



**NEENAKOSTI V ZDRAVJU**  
**IZZIV PRIHODNOSTI**  
**V MEDSEKTORSKEM POVEZOVANJU**



## NEENAKOSTI V ZDRAVJU: IZZIV PRIHODNOSTI V MEDSEKTORSKEM POVEZOVANJU

**Urednice:** Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel, Ada Hočevar Grom, Tina Lesnik

**Tehnična urednica:** Monika Robnik Levart

**Recenzentki:** prof. dr. Majda Pahor, doc. dr. Metka Mencin-Čeplak

**Lektoriranje:** Ana Peklenik

**Oblikovanje:** Andreja Frič

**Izdajatelj:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

**Avtorji fotografij na naslovnici** (po abecednem vrstnem redu): Arhiv občine Pivka, Arhiv TIC Moravske Toplice, Aleš Fevžer, Ivan Lipičnik, Barbara Ploštajner, Lucija Pušnik, Živa Rant, Uroš Švigelj

**Piktogrami:** Marko Pogačnik

**Elektronska izdaja.**

Publikacija je dostopna na spletni strani [www.nijz.si](http://www.nijz.si)

**Kraj in leto izdaje:** Ljubljana, 2021

Zaščita dokumenta

© 2021 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršnem koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo skladno z avtorskoppravno in s kazensko zakonodajo.

---

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 66169347

ISBN 978-961-6945-34-9 (PDF)



Nacionalni inštitut  
za javno zdravje



Inštitut za ekonomska raziskovanja  
Institute for Economic Research



INŠTITUT RS ZA SOCIALNO VARSTVO  
SOCIAL PROTECTION INSTITUTE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA



CANCER REGISTRY  
REGISTER RAKA  
SLOVENIJA



World Health  
Organization  
REGIONAL OFFICE FOR Europe



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

## ZAHVALE

Za dopolnitve, pomoč in dragocene usmeritve se zahvaljujemo članom usmerjevalne skupine, v katero so bili vključeni: Klavdija Kobal Straus in Vesna Kerstin Petrič z namestnico Urško Erklavec (MZ), Ružica Boškič, Simona Rajšp, Janja Romih in Tatjana Škornšek Pleš (MDDSZ), Mišela Mavrič (MIZŠ), Janja Turšič (MOP), Janja Pečar (UMAR), in Milan Krek (NIJZ). Za vizijo umestitve sodelovalne Platforme nacionalnih inštitucij za podporo ukrepanju za zmanjševanje neenakosti v zdravju v sistem v Sloveniji se zahvaljujemo Vesni Kerstin Petrič.

Za vključitev Slovenije v skupino držav, ki preizkušajo uporabo orodja HESRI, se zahvaljujemo beneški pisarni za vlaganje v zdravje in razvoj, ki deluje v okviru regionalnega urada SZO za Evropo, še posebej Chris Brown in Tatjani Buzeti. Za naklonjeno podporo in pomoč se zahvaljujemo Aigi Rurane iz slovenske pisarne regionalnega urada SZO za Evropo in Vesni Kerstin Petrič, nacionalni kontaktni točki za sodelovanje s SZO na Ministrstvu za zdravje.

Za umestitev naloge v financiranje Programa javnega zdravja in podporo pri njeni izvedbi se zahvaljujemo Direktoratu za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje in direktorju NIJZ Milanu Kreku. MZ, MDDSZ in SVRK se zahvaljujemo za sodelovanje pri konceptualizaciji Platforme za ukrepanje za zmanjševanje neenakosti v zdravju in povečevanju blaginje, za delo na oceni političnih ukrepov in njihovih vplivov na neenakosti.

Za dragocen pregled in refleksijo se zahvaljujemo Božidarju Voljču in Marjanu Premiku.

Zahvaljujemo se sodelavcem skupnega ukrepa JAHEE (Joint Action Health Equity Europe), še posebej švedskim koordinatorjem in partnerjem delovnega paketa 5 na temo »Monitoring health inequalities« ter finskim koordinatorjem in partnerjem delovnega paketa 9 na temo »Health equity in all policies – Governance«. Prav tako gre zahvala evropski mreži EuroHealthNet za deljenje izkušenj, omogočanje vpogledov ter svetovanje o strateškem in političnem dogajanju na področju neenakosti v EU.

Za pomoč pri oblikovalskih rešitvah se zahvaljujemo centru za komuniciranje na NIJZ, posebej Erni Pečan.

Za administrativno-tehnično pomoč se zahvaljujemo Aniti Štefin iz urada SZO v Sloveniji.

**Pri pripravi strokovne publikacije so sodelovali** (po abecednem vrstnem redu organizacij):

**ARSO:** Janja Turšič

**IER:** Miha Dominko, Andrej Srakar

**IRSSV:** Urban Boljka, Mateja Nagode, Tamara Narat, Maja Škafar, Martina Trbanc

**MDDSZ:** Ružica Boškič, Simona Rajšp

**MIZŠ:** Mišela Mavrič

**MZ:** Urška Erklavec, Vesna Kerstin Petrič

**NIJZ:** Andreja Belščak Čolaković, Urška Blaznik, Tanja Carli, Ivan Eržen, Vida Fajdiga Turk, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Matej Gregorič, Ada Hočevar Grom, Tadeja Hočevar, Marjetka Hovnik-Keršmanc, Ivanka Huber, Helena Jeriček Klanšček, Blashko Kasapinov, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Andreja Kukec, Darja Lavtar, Breda Lukavečki Družovec, Andreja Mezinec, Karin Mlakar, Peter Otorepec, Rok Poličnik, Barbara Mihevc Ponikvar, Ticijana Prijon, Sandra Radoš-Krnel, Maruša Rehberger, Monika Robnik Levart, Mateja Rok Simon, Maja Roškar, Andreja Rudolf, Olivera Stanojević Jerković, Marina Sučić Vuković, Matej Vinko, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Tina Zupanič

**OI RRRS:** Katarina Lokar, Ana Mihor, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Tina Žagar

**SZO:** Tatjana Buzeti, Lin Yang

**UMAR:** Lejla Fajić, Janja Pečar, Eva Zver

## PREGOVOR MINISTRA ZA ZDRAVJE

*Publikacija o neenakostih v zdravju prihaja v času, ko se soočamo z epidemijo covid-19 in njenim vplivom na vse vidike našega bivanja. Epidemija, z njo povezani nujni ukrepi in omejitve za vse predstavljajo velik izziv, zahtevajo številne prilagoditve in pomembno vplivajo na kakovost življenja vsakega posameznika. Največje breme v teh nepredvidljivih okoliščinah nosijo tisti, ki so bili posebno ranljivi že pred epidemijo ali pa so to postali prav zaradi nje. Gre predvsem za posameznike, ki se soočajo s kronično boleznijo, težavami v duševnem zdravju, revščino, socialno stisko in izključenostjo ali brezposelnostjo. Otrokom in mladostnikom sta bila vzeta šola in druženje z vrstniki, starejši so se soočali s strahom pred boleznijo in izoliranostjo od najdražjih, bolnikom je bil otežen dostop do zdravnika, kot so ga bili vajeni. Marsikdo se je soočil z negotovostjo glede zaposlitve in dela. Vse to lahko prispeva k večjim neenakostim v zdravju. Kljub izjemnim prizadevanjem zaposlenih v zdravstvu, socialnem varstvu, šolstvu in aktivnemu vključevanju civilne družbe pri naslavljanju z epidemijo povezanih in drugih potreb ranljivih skupin beležimo porast števila tistih, ki so v hudi duševni stiski, in se soočamo s problemi dostopnosti nekaterih zdravstvenih in drugih storitev. Spremljanje stanja, primerjave s preteklimi obdobji in drugimi državami ter prepoznavanje novih potreb ranljivih skupin so ključni, da bomo s pravočasnim odzivanjem lahko preprečili nadaljnje večanje neenakosti v zdravju in z veliko mero občutljivosti za tiste v stiski in potrebne pomoči pravočasno ukrepali. Publikacija o neenakostih v zdravju omogoča dober vpogled v to kompleksno področje in predstavlja pomembno orodje za načrtovanje ukrepov, s katerimi bi lahko postali najuspešnejši pri odpravljanju neenakosti v zdravju v prihodnje.*

*Poročilo, ki je pred vami, je odličen prikaz medsektorskega sodelovanja med ključnimi raziskovalnimi institucijami in ministrstvi, ki s svojim delom in politikami aktivno naslavlajo zmanjševanje neenakosti. Opravljeno delo je tudi plod uspešnega sodelovanja Slovenije s Svetovno zdravstveno organizacijo na tem področju. V letu 2019 je Slovenija gostila v svetovnem merilu prvo konferenco Svetovne zdravstvene organizacije o neenakostih v zdravju na visoki ravni. Na podlagi zaključkov konference je nastala Ljubljanska izjava, ki poziva politiko k odločnejšemu ukrepanju in je pomemben mejnik v prizadevanjih za odpravo neenakosti v zdravju. Slovenija tudi sicer sodi med tistih nekaj držav, ki so se problema neenakosti v zdravju lotile aktivno. O tem nenazadnje pričajo tudi do sedaj objavljena poročila in druge publikacije.*

*»Zdravje za vse« (Health for all), »nihče naj ne ostane zadaj« (Nobody left behind) in »skupaj za družbo zdravje« v Sloveniji že dolgo niso samo besede. S prizadevanji javnega zdravja na področju krepitve zdravja in preprečevanja bolezni v vseh skupinah prebivalstva; z vlaganji in velikimi naporji vseh, ki delajo v osnovni zdravstveni dejavnosti, da bi s preventivnimi programi in celovito obravnavo kroničnih bolnikov ter v sodelovanju z lokalno skupnostjo in socialnim varstvom bolje naslavljali potrebe ranljivih skupin; s presejalnimi programi za raka in vrhunskimi dosežki na specialistični ravni zdravstvenega varstva, ki so na voljo vsem, smo v preteklih letih veliko dosegli. Epidemija covid-19 nas ne sme in nas ne bo omajala v prizadevanjih, da v prihodnje še izboljšamo dostopnost kakovostne zdravstvene oskrbe za vse in še posebej za ranljive skupine.*

*Leto 2021 je za Slovenijo pomembno tudi v mednarodnem kontekstu, saj predsedujemo Svetu Evropske unije in imamo priložnost Evropi pokazati svoje dosežke. Poročilo Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju je primer dobre prakse, s katerim se lahko pohvalimo. Opozarja nas, da vlaganje v zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju, še posebej ranljivih skupin, zahtevata vse vladni pristop in sodelovanje vseh resorjev ter sta pogoj za doseganje večje socialne pravičnosti in blaginje vseh, dveh ključnih ciljev močne socialne Evrope in ciljev Združenih narodov za trajnostni razvoj.*

*Janez Poklukar, minister za zdravje*

## **PREDGOVOR MINISTRA ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI**

*Enakost je kot vrednota zapisana v vseh temeljnih mednarodnih dokumentih, prav tako je temelj relevantne zakonodaje. Družbena enakost mora predstavljati tako vodilo kot cilj vsake družbe in politike. Pa vendarle se še vedno (pre)pogosto srečujemo z neenakostmi na različnih področjih. Naloga države je, da jih prepozna, sprejema ukrepe, ki bodo vplivali na njihovo zmanjševanje in odpravo, ter prispeva k dvigu družbene ozaveščenosti v zvezi s to problematiko.*

*Pri odpravi neenakosti sta izjemnega pomena sodelovanje in povezovanje politik. Primer dobre prakse je družinska politika, ki posebno pozornost namenja zaščiti otrok in skrbi zanje. Družinska politika je sicer samostojna, vendar nerazdružljivo povezana z drugimi politikami, posebno izobraževalno, zdravstveno, socialno in prostorsko. Če želimo doseči napredek, pa je nujno tudi povezovanje z raziskovalnimi institucijami. Le tvorno sodelovanje vseh bo prispevalo k večji blaginji otrok, zmanjševanju njihove revščine in družbene izključenosti.*

*Snovalci pričujoče publikacije so prepoznali pomen sodelovanja. Da bi celoviteje naslovili problematiko neenakosti, so vključili vse relevantne deležnike. Tako so izpolnili pomembne naloge, ki so potrebne za odpravo neenakosti – vzpostavili so sodelovanje politik in institucij, hkrati pa bodo preko monografije ozaveščali strokovno in širšo javnost.*

*Zmanjševanje družbene neenakosti je eden največjih izzivov sodobne družbe. Prvi korak k temu cilju je prepričanje, da je enakost dobra za vse. To dokazujejo družbe z višjo stopnjo enakosti, v katerih so ljudje bolj zdravi, srečni in živijo kakovostneje. Enakost je torej tista vrednota, za katero se velja boriti.*

*Janez Cigler Kralj, minister za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti*

## **PREGOVOR DIREKTORJA NACIONALNEGA INŠTITUTA ZA JAVNO ZDRAVJE**

*Medsektorsko povezovanje je ključno za prepoznavanje in zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki so posledica kompleksnejše problematike tako na globalni kot nacionalni ravni. Da bi dosegli skupni cilj, to je prepoznavanje, zmanjševanje in preprečevanje neenakosti, je nujno povezovanje vseh deležnikov. Omogoča nam pripravo ustreznih in najbolj optimalnih predlogov ukrepov in rešitev za odločevalce, ki oblikujejo politike, ki vplivajo na zdravje in na neenakosti v zdravju. Slovenija je v Strategiji razvoja do leta 2030 med drugim zapisala, da bodo osrednja področja družbe osredotočena na skrb za zdravje. Zmanjšanje neenakosti v zdravju je med ključnimi sodobnimi izzivi pri ustvarjanju razmer za kakovostno življenje – cilj je izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva v vseh regijah, še posebno med starejšimi, socialno šibkejšimi in manj izobraženimi.*

*Zdravje je naša največja javna dobrina in vrednota. Prizma samoumevnosti zdravja se je razblinila lansko leto, ko smo se na svetovni ravni soočili s pandemijo novega koronavirusa. Zdravstveni sistemi po celem svetu so v zelo kratkem času trčili ob velikansko povpraševanje. To je vplivalo na njihovo učinkovitost in prožnost, ki sta bili odvisni tako od organizacije kot tudi vlaganj in razvoja v preteklosti. Koncept javnega zdravstva in socialne varnosti se je izkazal za izjemno pomembnega. Epidemija je žal postavila tudi visoko ceno dostopnosti zdravstvenega sistema, ki ne glede na zahtevnost situacije vedno kar najbolje deluje. Problematika neenakosti v zdravju ne vključuje samo zdravstvenega sektorja, temveč tudi družbeno-ekonomski vidik. Poglobljanje družbenih razlik zaradi epidemije je negativno vplivalo na življenjski slog prebivalstva – povečala se je pojavnost psihosocialnih stisk. Posledica teh je poslabšanje duševnega zdravja ter ekonomskega statusa prebivalcev Slovenije. Torej moramo v kriznih situacijah ob zagotavljanju delujočega zdravstvenega sistema nameniti bistveno več pozornosti tudi zmanjševanju tveganj za pojav neenakosti v zdravju z vidika družbeno-ekonomskih dejavnikov. V to področje pa moramo vlagati takrat, ko ni krize, in se tako pripravljati nanjo.*

*Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) ima pri tem izjemno pomembno vlogo, saj že vrsto let prepoznava vlogo in učinke neenakosti v zdravju. Pri oblikovanju programov in politik za reševanje te problematike združuje vrsto različnih deležnikov ter sodeluje v nacionalnih in mednarodnih projektih, ki se ukvarjajo z izzivi neenakosti. Regionalne oziroma geografske neenakosti naslavljamo v okviru projekta Zdravje v občini, kjer že šesto leto zapored predstavljamo zdravstvene izkaznice za vsako posamezno slovensko občino in regijo. Številni projekti (Skupaj za zdravje, Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih) in primeri dobrih praks (Shema šolskega sadja in zelenjave) ter programi (Program Svit) naslavljajo neenakosti v zdravju in delujejo v smeri njihovega zmanjševanja. NIJZ predstavlja Slovenijo med 25 sodelujočimi državami v projektu Joint Action Health Equity Europe (JAHEE), katerega cilji se nanašajo na identifikacijo in izboljšanje scenarijev za zmanjševanje neenakosti v zdravju, krepitev zavesti o pomanjkljivostih in izzivih za reševanje neenakosti pri odločevalcih ter izboljšanje načrtovanja aktivnosti, ki naslavljajo to kompleksno problematiko, na državni ravni. Izsledki projekta, ki se bo letos zaključil, bodo dragoceni in v pomoč pri pripravi novih predlogov ukrepov.*

*S prilagajanjem družbenih podsistemov in zagotavljanjem dostopnosti kakovostnih, pravočasnih zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe, z ozaveščanjem in izobraževanjem prebivalcev o pomenu zdravega življenjskega sloga in zmanjševanjem tveganj za zdravje ljudi bomo zmanjšali tudi pojavnost neenakosti v zdravju. Z zagotavljanjem potrebnih storitev bomo zmanjšali tudi nepravilnost – vsakdo mora v normalnem času dobiti storitev, ki jo potrebuje. Zato se moramo tako na družbeni kot na ravni posameznika zavedati, da zdravje ni samo vrednota in dobrina, temveč tudi pravica, in mora biti dosegljivo vsakomur ne glede na njegov družbeno-ekonomski položaj.*

*Milan Krek, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje*

## SEZNAM KRATIC IN KLJUČNI POJMI, POVEZANI S TEMATIKO NEENAKOSTI

- ADL – osnovna dnevna aktivnost (ang. Activity of daily living)
- ANP – alkoholu neposredno pripisljivi vzroki
- APC – Povprečna letna sprememba (ang. Annual Percent Change)
- APG – Anketa o porabi v gospodinjstvu
- ARSO – Agencija Republike Slovenije za okolje
- ATADD – Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah
- ATC – Anatomsko-terapevtska klasifikacija (ang. Anatomical-therapeutic classification)
- BDP – bruto domači proizvod
- DPOR – Državni program obvladovanja raka
- DZZ – dopolnilno zdravstveno zavarovanje
- EEA – evropski ekonomski prostor (ang. European Economic Area)
- EHIS – Evropska raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (ang. European Health Interview Survey)
- EU – Evropska unija
- EU-SILC – Statistika dohodka in življenjskih razmer v EU (ang. EU-Statistics on Income and Living Conditions)
- FAS – socialno-ekonomski položaj družine (ang. Family Affluence Scale)
- HBSC – raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (ang. Health Behaviour in School-Aged Children)
- HESri – European Health Equity Status Report orodje
- IARC – Mednarodna agencija za raziskave raka (ang. International Agency for Research on Cancer)
- IBO – Indeks blaginje otrok
- IER – Inštitut za ekonomska raziskovanja
- IKT – informacijsko-komunikacijska tehnologija
- IRSSV – Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo
- ISRO – indeks spremembe ranljivosti otrok
- ITM – indeks telesne mase
- JAHEE – skupni ukrep za enakost v zdravju EU (ang. Joint Action Health Equity Europe)
- MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
- MIZŠ – Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport
- MOP – Ministrstvo za okolje in prostor
- MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola
- MoST – Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih
- MZ – Ministrstvo za zdravje

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje  
 NPOSB – Nacionalni program obvladovanja sladkorne bolezni  
 OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development)  
 OI RRRS – Onkološki inštitut Register raka Republike Slovenije  
 OZN – Organizacija združenih narodov  
 OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje  
 PAF – populaciji pripisljiv delež (ang. Population Attributable Fraction)  
 PISA – Mednarodna raziskava o bralni, matematični in naravoslovni pismenosti v okviru projekta Program za mednarodno ocenjevanje študentov (ang. Programme for International Student Assessment)  
 PRISMA – Prednostna poročila za sistematične preglede in metaanalizo (ang. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Protocols)  
 RIBO – regijski indeks blaginje otrok  
 RII – relativni indeks neenakosti (ang. Relative Index of Inequality)  
 SHA – sistem zdravstvenih računov (ang. The System of Health Accounts)  
 SHARE – Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (ang. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)  
 SII – Naklonski indeks neenakosti (ang. Slope Index of Inequality)  
 SI-PANDA – Raziskava o vplivu pandemije na življenje  
 SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola  
 SSS – starostno standardizirana stopnja (ang. age standardised rate)  
 SURS – Statistični urad Republike Slovenije  
 SVRK – Služba vlade za razvoj in evropsko kohezijsko politiko  
 SZO (WHO) – Svetovna zdravstvena organizacija (ang. World Health Organisation)  
 UMAR – Urad za makroekonomske analize in razvoj  
 ZPMS – Zveza prijateljev mladine Slovenije  
 ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju  
 ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

**Enakost v zdravju** pomeni odsotnost nepravičnih, preprečljivih in odpravljivih razlik v zdravstvenem stanju med različnimi skupinami ljudi. Enakost v zdravju je dosežena, ko lahko vsakdo v celoti izkoristi svoj potencial za zdravje in dobro počutje (1).

**Neenakosti v zdravju**, kot jih obravnavamo v tej publikaciji, so socialno-ekonomske neenakosti v zdravju. To so razlike v zdravstvenem stanju ali porazdelitvi zdravstvenih in drugih povezanih virov med različnimi skupinami prebivalstva, ki izhajajo iz socialnih razmer, v katerih se ljudje rodijo, rastejo, živijo, delajo in starajo (2). Vlade jih lahko zmanjšajo z uporabo prepleta ustreznih medsektorskih politik in ukrepov. Zmanjševanje neenakosti v zdravju je stvar socialne pravičnosti (3).

**Neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva** se nanašajo na pravico vsakega prebivalca, ne glede na socialno-ekonomske okoliščine, iz katerih izhaja, do pravočasnega, cenovno dostopnega in kakovostnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva. Socialno-ekonomski položaj posameznika vpliva na



dostopnost zdravstvenega varstva v treh dimenzijah. Prva je obseg koriščenja storitev zdravstvenega varstva, druga finančna dostopnost in tretja nezadovoljene potrebe kot posledica različnih ovir v dostopu (npr. čakalnih dob) ali slabe kvalitete storitev (4).

(Izobrazbena) **vrzel** v zdravju pri izbranem kazalniku pomeni razliko v vrednosti izbranega kazalnika med osebami z najvišjo (npr. dosežena višja izobrazba in več) in tistimi z najnižjo doseženo stopnjo izobrazbe (npr. dosežena osnovna šola ali manj). Vrzeli se lahko izračunavajo tudi glede na dohodkovne razrede oseb in različne druge socialno-ekonomske kategorije, ki so na voljo za opazovano populacijo.

**Razlike v zdravju med spoloma** so razlike v zdravju, ki so pogojene z ekonomskimi, socialnimi in družbenimi dejavniki in ne izhajajo samo iz bioloških razlik. Pomembno je, da neenakosti v zdravju analiziramo ločeno za moške in ženske, saj se lahko neenakosti in vzroki zanje po spolu razlikujejo (5).

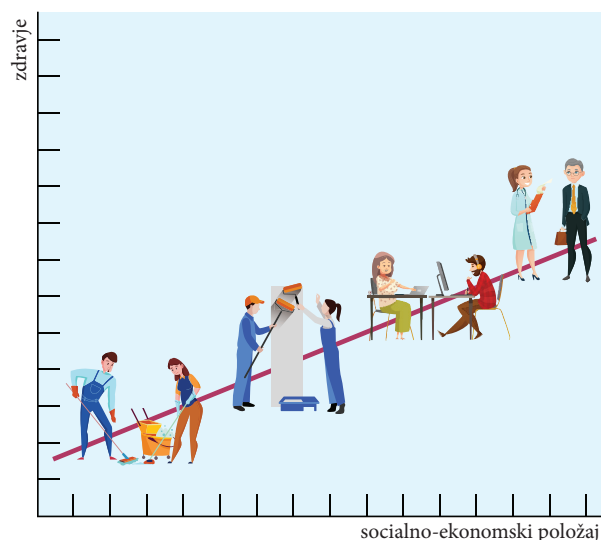
**Geografske ali teritorialne razlike v zdravju** so razlike v zdravju med različnimi geografskimi območji. Pomembno je, da pri tem upoštevamo tudi starostno strukturo prebivalcev in socialno-ekonomske dejavnike območja, ki ga analiziramo. Zdravstvene kazalnike opazovanega območja lahko uporabimo kot približek oz. oceno socialnoekonomskih neenakosti v zdravju, ko nimamo na razpolago zdravstvenih kazalnikov v povezavi z različnimi socialno-ekonomskimi skupinami. Pri tem je pomembno, da je socialna oz. družbena struktura homogena in da upoštevamo razlike v starostni strukturi prebivalcev (5).

**Determinante zdravja** so posamezni dejavniki ali kombinacija dejavnikov, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje. To poročilo se osredotoča na socialno-ekonomske determinante zdravja. To so dejavniki, na katere lahko vplivamo s političnimi, gospodarskimi in tudi osebnimi odločitvami. V nasprotju s tem pa na determinante oz. dejavnike, kot so starost, spol in genetske lastnosti, omenjene odločitve ne morejo vplivati.

**Varovalni dejavniki** vplivajo na zdravje in na vedenja, povezana z zdravjem, tako, da varujejo zdravje ter hkrati preprečujejo in zmanjšujejo tveganje za določeno bolezen. Klasični primer je cepljenje proti vrsti različnih nalezljivih bolezni. Prav tako sta varovalna dejavnika tudi zdrava prehrana (npr. mediteranska dieta) ali odsotnost kajenja. Med varovalne dejavnike spadajo tudi širši dejavniki duševnega zdravja (npr. družbena podpora in jasna življenjska usmeritev, nadzor nad svojim življenjem ter dobri odnosi v družini in družbenem okolju), ekonomska varnost, primerne stanovanjske razmere, prehranska varnost idr. (3, 6).

**Dejavniki tveganja** povečujejo verjetnost oz. tveganje za pojav zdravstvenih težav in bolezni, ki jih lahko preprečimo. Lahko so socialno-ekonomski, lahko pa so povezani s specifičnimi okoljskimi dejavniki tveganja (npr. onesnažen zrak) ali dejavniki tveganja, povezanimi z življenjskim slogom (npr. kajenje).

**Socialni gradient v zdravju** prikazuje zdravstvene izide v odnosu do socialnoekonomskega položaja. Gradient kaže, da neenakosti v zdravju niso le vprašanje vrzeli v zdravju med najpremožnejšo in najrevnejšo skupino prebivalcev, saj se nanaša na celotno populacijo (slika 1.1).



Slika 1.1: Socialni gradient v zdravju

**Socialno-ekonomski položaj** je relativni položaj družine ali posameznika na hierarhični družbeni lestvici in je odvisen od dostopa do premoženja, ugleda in moči ter nadzora nad njimi.

**Zdravje v vseh politikah** izpostavlja, da morata biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev na različnih ravneh, ki ta cilj zasledujejo s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi. Je pristop uresničevanja univerzalne, zdravju naklonjene politike ali t. i. politike zdravja, ki je dolgoročna, medsektorska in skupna odgovornost celotne vlade.

**Zdravstveni izidi** so opazovani pojavi, npr. obolevnost, invalidnost, umrljivost, samoocenjeno zdravje, blagostanje.

**Ranljivost** razumemo kot relacijski pojav (med posameznikom in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem) in tudi kot proces, ki se spreminja od ene do druge osebe, se razlikuje v različnih življenjskih obdobjih in različnih okoliščinah, ob čemer se pri eni osebi lahko kombinirajo številne oblike ranljivosti. Posameznik je dojet na presečišču različnih individualnih in družbenih procesov (mikro-, mezo-, makroraven), ki vplivajo na ranljivost v zdravju in druga področja človekovega življenja. Prav tako 'ranljive skupine' niso statične in strogo zamejene, temveč se spreminjajo in prekrivajo. Posameznik se lahko v nekem življenjskem obdobju nahaja v več 'ranljivih' skupinah hkrati, v naslednjem pa se nahaja izven vsake od njih (7).

**Pojem blaginje** je multidimenzionalen, kar pomeni, da ga sestavlja več blaginjskih področij (npr. zdravje, dohodek in premoženje, stanovanje, socialna omrežja, usklajevanje dela in družine itd.). Na opredelitev blaginje pomembno vplivajo specifično družbeno, ekonomsko in kulturno okolje ter upoštevanje subjektivnih kazalnikov. Takšno razumevanje blaginje (in posledično njeno merjenje) je prisotno že vsaj od 60. let prejšnjega stoletja oz. od pojava zahtev po večji veljavi t. i. socialnih kazalnikov v ocenah družbenega napredka (8). Pomembne mednarodne organizacije, kot so SZO, OECD, PISA in raziskave, npr. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju HBSC in Raziskava blaginje otrok ISCI, priznavajo pomembno vlogo subjektivnih kazalnikov pri oceni blaginje in vključujejo tudi subjektivno oceno blaginje (torej zadovoljstva z življenjem, srečo ipd.).

**Dolgotrajna oskrba** je definirana kot niz storitev in pomoči osebam, ki so zaradi duševne in/ali fizične oslabelosti in/ali invalidnosti v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju dnevnih opravil in/ali potrebujejo stalno zdravstveno nego. Dnevna opravila so lahko tista, ki jih oseba, ki potrebuje pomoč, opravlja vsak dan (osnovna dnevna opravila (ADL) kot so kopanje, oblačenje, prehranjevanje), ali pa so povezana s samostojnim življenjem (podporna dnevna opravila (IADL), kot so priprava obroka, upravljanje denarja, nakupovanje živil ali osebnih predmetov, lahka ali težka gospodinjska opravila in uporaba telefona) (9).

Pri razumevanju splošnih epidemioloških konceptov in pojmov si lahko pomagata tudi s pojmovnikom SLORA (10).

# KAZALO

<b>ZAHVALE</b>	3
<b>PREDGOVOR MINISTRA ZA ZDRAVJE</b>	4
<b>PREDGOVOR MINISTRA ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI</b>	5
<b>PREDGOVOR DIREKTORJA NACIONALNEGA INŠTITUTA ZA JAVNO ZDRAVJE</b>	6
<b>SEZNAM KRATIC IN KLJUČNI POJMI, POVEZANI S TEMATIKO NEENAKOSTI</b>	7
<b>1 NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI – RAZVOJ OD POROČANJA O NEENAKOSTIH V ZDRAVJU DO RAZISKOVANJA VPLIVA POLITIK NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU</b>	12
<b>2 PRIKAZ STANJA S POMOČJO KAZALNIKOV ZA SLOVENIJO IN PRIMERJAVA Z EU</b>	17
2.1 O kazalnikih neenakosti v zdravju	17
2.2 Neenakosti v zdravju – mednarodne primerjave	23
2.3 Izbrani kazalniki neenakosti v Sloveniji	33
2.3.1 Neenakosti v zdravju skozi potek življenja	33
2.3.2 Socialno-ekonomske determinante zdravja	66
2.3.3 Dostopnost do zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe	71
2.4 Neenakosti v zdravju med regijami	89
2.4.1 Regijski vidik izbranih kazalnikov neenakosti v zdravju v Sloveniji	89
2.4.2 Regijski prikaz stopnje tveganja socialne izključenosti	94
2.5 Skupine z ranljivostmi, ovire v dostopu do zdravstva in prakse premoščanja ovir	95
<b>3 POLITIČNI UKREPI IN VRZELI V NEENAKOSTI</b>	102
3.1 Izhodišče	102
3.2 Pet osnovnih pogojev za enakost v zdravju	104
3.3 Slaba kakovost zraka kot element neenakosti v zdravju	111
3.4 »Dolgi teksti niso več v modi! « – Aplikativno raziskovanje blaginje otrok	114
3.5 Alkohol v Sloveniji: kako velik je problem, kje smo uspešni in kje so še priložnosti?	119
3.6 Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših	125
3.7 Neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe z vidika življenjskega cikla	128
<b>4 COVID-19 SINDEMIJA IN NEENAKOSTI</b>	131
4.1 Izhodišče	131
4.2 Regijske neenakosti v ranljivosti otrok v času epidemije novega koronavirusa	132
4.3 Neenakosti v zdravju v Sloveniji zaradi covida-19	137
4.4 Bo pandemija COVID-19 poglobila neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije?	140

<b>5 MULTIDISCIPLINARNI IN MEDSEKTORSKI POGLED NA PRIKAZANE PODATKE IN INFORMACIJE S PRIPOROČILI ZA POLITIČNE ODLOČEVALCE ZA IZBOLJŠANJE STANJA</b>	150
5.1 Kje smo z neenakostmi v letu 2021?	156
5.2 Česa smo se v procesu priprave publikacije naučili?	158
Priporočila	160
I. Spremljanje in analize stanja, razvoj metod in znanja	160
II. Vlaganje v aktivnosti in programe	160
III. Vzpostavitev multidisciplinarne platforme za ocenjevanje vpliva političnih ukrepov na neenakosti v zdravju	161
<b>6 METODOLOŠKO POJASNILO</b>	162
6.1 Pojasnilo merjenja blaginje	162
6.2 Metodologija in viri podatkov vezano na poglavje o kazalnikih	163
6.3 Vezano na prispevek Skupine z ranljivostmi v Sloveniji – O raziskavi projekta MoST	169
6.4 Vezano na prispevek 5 pogojev za enakost v zdravju	170
6.5 Vezano na prispevek Slaba kakovost zraka kot element neenakosti v zdravju	171
6.6 Vezano na prispevek Aplikativno raziskovanje blaginje otrok	172
6.7 Vezano na prispevek Alkohol v Sloveniji: kako velik je problem, kje smo uspešni in kje so še priložnosti?	173
6.8 Vezano na prispevek Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših	174
6.9 Vezano na prispevek Neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe z vidika življenjskega cikla	174
6.10 Vezano na prispevek Regijske neenakosti v ranljivosti otrok v času epidemije novega koronavirusa	175
6.11 Vezano na prispevek Neenakosti v zdravju v Sloveniji zaradi covid-19	176
6.12 Vezano na prispevek »Bo pandemija covid-19 poglobila neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije?«	177
<b>7 SEZNAM VIROV</b>	178
<b>8 KAZALO SLIK</b>	192

# 1 NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI – RAZVOJ OD POROČANJA O NEENAKOSTIH V ZDRAVJU DO RAZISKOVANJA VPLIVA POLITIK NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU

*Avtorice: Mojca Gabrijelčič Blenkuš (NIJZ), Monika Robnik Levart (NIJZ), Ana Mihor (OI RRRS)*

Javno zdravje je socialno usmerjena medicinska stroka, ki se ukvarja z zdravjem populacije. Splošni javnozdravstveni podatki in informacije nam dajo osnovni vpogled v stanje zdravja v določeni populaciji. Vendar resnične izzive posameznih populacijskih podskupin zaznamo šele, ko podatke o stanju zdravja in različnih okoliščin, ki na zdravje vplivajo, ustrezno razčlenimo – predvsem po spolu, starosti, regiji bivanja, še posebej pa po izobrazbi in socialno-ekonomskem statusu. Na ta način ugotovljamo, katere skupine prebivalcev imajo zaradi življenjskih razmer posebej neugodne zdravstvene izide in so v primerjavi s splošno populacijo v neenakem položaju glede svojega zdravja. Govorimo o neenakostih v zdravju in o tem, kako naj država oz. njeni deležniki ukrepajo, da se nepravične neenakosti zmanjšujejo (1). Neenakosti v zdravju so danes v središču Trajnostnih razvojnih ciljev Združenih narodov, kjer že prvi cilj ‚Odprava revščine‘, napoveduje tudi povezane cilje: ‚Odprava lakote‘, ‚Zdravje in dobro počutje‘, ‚Kakovostno izobraževanje‘ in ‚Enakost spolov‘ (11).

Neenakostim v zdravju v slovenskem prostoru posvečamo pozornost že od preloma devetnajstega v dvajseto stoletje, razcvet pa je javno zdravje s svojo socialno medicinsko noto doživelo po prvi svetovni vojni, v slovenskem prostoru predvsem z bratoma Pirc, posebno Ivom Pircem, ki je *„sodeloval v procesu socializacije medicine in vpeljal med Slovence javno zdravstvo po Štamparjevem modelu.“* (12). Takoj po končani drugi vojni je med drugim izvedel eno prvih študij socialne skupine na odmaknjenem kmečkem podeželju in definiral ukrepe, ki bi jih morala izvesti preiskovana skupina za izboljšanje stanja (13). V obdobju po drugi svetovni vojni so bili zdravstveni, socialni in izobraževalni sistemi naravnani tako, da so omogočali veliko dostopnost največji večini skupin prebivalstva, javnozdravstveni ukrepi pa so sledili stanju in zaznanim problemom v populaciji. Tudi v obdobju od leta 1991 do krize v letu 2008 je Slovenija ohranjala politike, ki so vzdrževale sorazmerno nizke in stabilne stopnje neenakosti ter nizke in stabilne stopnje revščine, zaradi česar je imela Slovenija enega najnižjih Gini indeksov (14).

Neenakosti v zdravju in njihove determinante v Sloveniji lahko spremljamo z raziskovanjem javnega mnenja (SJM) (15). Že v sedemdesetih letih dvajsetega stoletja so bila v raziskovalno orodje SJM umeščena tudi neposredna vprašanja o zaznavanju neenakosti, predvsem skozi socialne determinante neenakosti (16). Tako se npr. že leta 1968 pojavi vprašanje, kaj najbolj deli prebivalce Slovenije med seboj, z možnimi odgovori med drugim: dohodek, življenjski standard ter izobrazba. V letu 1980 je bilo zastavljeno vprašanje, ali je pomembnejše: 1) čim hitrejša povečanje proizvodnje, tudi ob povečanju neenakosti/ali 2) čim več enakosti med ljudmi, četudi bi to pomenilo počasnejši razvoj. To je še danes eno najbolj perečih in celo naraščajočih temeljnih družbenih vprašanj, kot determinant povezanih z javnim zdravjem. V letu 2005 je bilo v SJM zastavljeno vprašanje o tem, kako uspešna je slovenska vlada pri omejevanju rasti neenakosti med ljudmi.

Na NIJZ spremljamo neenako razporeditev različnih zdravstvenih fenomenov med različnimi populacijskimi skupinami kot redni del zdravstvene statistike, ki smo jo zaradi spodbud iz mednarodne skupnosti in predvsem zaradi vedno boljših tehničnih možnosti varovanja, združevanja in obdelave velikih podatkovnih baz v zadnjih letih tudi temeljito prenovili in posodobili.

Podobno kot v drugih državah tudi v Sloveniji v zadnjih desetletjih poteka preobrazba nacionalnega sistema poročanja o neenakostih v zdravju in blagostanju. K temu nas zavezuje tudi Politična deklaracija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o socialnih determinantah zdravja, ki je bila sprejeta leta 2011 v Riu (17). Ta posebej poudarja, da moramo države članice najprej začeti z ustreznim sodobnim merjenjem stanja na petih harmoniziranih področjih socialnih determinant zdravja, ki so odvisne od političnih ukrepov. Velik premik v smeri merjenja opisanega stanja je SZO s svojim Uradom za zdravje in razvoj v Benetkah naredila v letu 2019 s pripravo Poročila o stanju enakosti v zdravju v Evropi (WHO Health Equity Status Report), na

podlagi orodja za sledenje politik, ki vplivajo na enakost (18, 19). Sloveniji je pripadla čast, da je ministrsko konferenco držav evropske regije s predstavitvijo poročila organizirala v Ljubljani, kjer so države z ljubljansko zaključno izjavo tlakovale pot sprejemu deklaracije o enakosti v zdravju na 69. zasedanju regionalnega odbora SZO v letu 2019 (20, 21).

V Sloveniji imamo danes v primerjavi z drugimi državami vzpostavljen bogat tristopenjski sistem obveznega poročanja, ki vsebuje tudi elemente oziroma kazalnike neenakosti v zdravju ali pa je namenjen izključnemu poročanju o neenakostih v zdravju:

- od leta 2007 Urad za makroekonomske analize in razvoj (UMAR) v okviru spremljanja izvajanja Strategije razvoja Slovenije objavlja letno Poročilo o razvoju, ki vključuje cilj doseči zdravo in aktivno življenje za vse (22);
- od leta 2014 Inštitut RS za socialno varstvo (IRSSV) pripravlja letna poročila o socialnem položaju v Sloveniji za Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), ki ga je k letnemu spremljanju revščine in socialnega položaja zavezal sklep Odbora Državnega zbora za delo, družino, socialne zadeve in invalide iz oktobra 2013 in
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIZZ) je odgovoren za pripravo periodičnih poročil (na štiri do pet let) o neenakostih v zdravju v Sloveniji, kot je zapisano v Resoluciji o nacionalnem programu zdravstvenega varstva 2016-2025: »Skupaj za družbo zdravja«, o katerih bo več napisanega v nadaljevanju.

Slovenija je bila v letu 2016 povabljen na tehnično srečanje SZO o merjenju in spremljanju socialnih determinant zdravja, kjer je skupaj s Kolumbijo in Novo Zelandijo predstavila opisani sistem spremljanja neenakosti v državi (23).

Prvi dve poročili NIJZ o neenakostih na področju zdravja sta bili predvsem osredotočeni na zbiranje, analizo in predstavitev podatkov o razlikah v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva. Prvo poročilo je bilo objavljeno leta 2011 in je vključevalo tudi analitični prikaz dostopnosti zdravstvenega varstva in konceptualne predloge za zmanjševanje neenakosti v zdravju (24). V tistem času smo lahko prikazali neenakosti v zdravju, vezane na posameznega opazovanca, le v presečnih raziskavah, kot so EHIS, CINDI ali HBSC. Večina rutinskih zbirk podatkov ni bila opremljena z osebnim identifikatorjem, zato smo v prvem poročilu v letu 2011 za prikaz neenakosti med prebivalci uporabili podatke o socialno-ekonomskem statusu lokalnih skupnosti, v katerih so posamezniki prebivali (glede na višino dohodnine in registrirane stopnje brezposelnosti).

Drugo poročilo o neenakostih v zdravju v Sloveniji je bilo objavljeno leta 2018 in je prikazovalo spremembe kazalnikov neenakosti na področju zdravja med finančno krizo, na podlagi usmeritev SZO pa so bili narejeni tudi prvi koraki k opisovanju vpliva medsektorskih ukrepov na izražanje neenakosti v zdravju (25). Poleg tega so bile v drugo poročilo vključene poglobljene analize posameznih ranljivih skupin in izbrane dobre prakse za zmanjšanje vrzeli v zdravju. Obenem smo raziskovalci na NIJZ ugotavljali, da znamo dobro opisovati stanje, bistveno zahtevnejše pa je identificirati in interpretirati ukrepe, ki jim lahko pripišemo vpliv na neenakosti. Zato je NIJZ drugo poročilo že pred javno objavo najprej neformalno predstavil sodelavcem Inštituta za ekonomska raziskovanja (IER) in Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV) z namenom iskanja skupnih interpretativnih rešitev. To je bilo možno, ker so vse tri nacionalne inštitucije v letih 2014–2016 tesno sodelovale v projektu AHA.Si za pripravo podlag za slovensko strategijo dolgožive družbe, se ob tem dobro spoznale, zgradile multidisciplinarno kompetenco in medsebojno zaupanje. Rezultati takratnega sodelovanja so bili podlaga, ki jo je vladna delovna skupina na UMAR uporabila za pripravo Strategije dolgožive družbe, ki je bila objavljena v letu 2017.

Za tretjo publikacijo NIJZ o neenakostih v zdravju smo iskali še bolj razvojni pristop, saj smo si želeli pri poročanju napredovati, delati multidisciplinarno in v praksi premakniti poudarek poročila s podatkov na politike. Na podlagi politične deklaracije SZO iz Ria o socialnih determinantah zdravja smo se tudi v Sloveniji zavezali, da bomo *„s pomočjo celovitega medsektorskega pristopa dosegli socialno in zdravstveno pravičnost na socialnih determinantah zdravja in dobrega počutja“*. Ob implementaciji pristopa iz Ria smo ob pomoči in

sodelovanju Pisarne SZO za vlaganje v zdravje testirali tudi European Health Equity Status Report (HESRi) orodje, ki spodbuja premik fokusa z opisovanja problema zdravstvene neenakosti k omogočanju ukrepov za njeno zmanjšanje. V veliko pomoč nam je bilo tudi sodelovanje v mreži EuroHealthNet, v kateri inštituti za javno zdravje, ministrstva za zdravje in ključni deležniki povezano delujejo na polju neenakosti v zdravju, promocije zdravja in zdravja v vseh politkah v kontekstu Evropske unije (26). Mreža omogoča vpogled v politično dogajanje in strateški razvoj za javno zdravje relevantnih sektorjev in politik v kontekstu promocije zdravja in neenakosti v zdravju (npr. Evropski steber socialnih pravic, enakost spolov, izobrazba in neenakosti ter številne druge) (27-29).

Za uresničenje ambicioznega cilja je NIJZ ob začetku priprave poročila v letu 2020 ponovno poiskal formalno sodelovanje dveh deležnikov, ki sodelujeta pri poročanju o neenakostih na socialnem področju na državnem nivoju, in sicer IRSSV in IER. Vse tri inštitucije so ob začetku podpisale soglasje o sodelovanju in začrtale skupni načrt kratko-, srednje- in dolgoročnega sodelovanja. Kasneje sta se pripravili publikacije pridružila še UMAR in Register raka na Onkološkem inštitutu (OI RRRS). Temeljna predpostavka pri tem je bila, da morajo biti v takšno sodelovanje vključeni najboljši strokovnjaki za vsako področje, ki se pri delu med seboj dopolnjujejo, kar zmanjšuje dokaj pogost problem dela v silosih. S tesnim sodelovanjem, na rednih srečanjih dvakrat mesečno so partnerji na podlagi nacionalnih prednostnih nalog najprej pripravili in predstavili predlog politik za obravnavo v poročilu (ukrepi, ki temeljijo na evropskih procesih Evropskega semestra in strateških usmeritvah, kot je Evropski steber socialnih pravic (30, 31). Obenem smo z uporabo iste metodologije kot v SZO Poročilu o stanju enakosti v zdravju v Evropi za Slovenijo analizirali, kako pet bistvenih pogojev prispeva k neenakosti v zdravju (s tem smo se priključili skupini držav, ki so testirale pristop HESRi).

Aktivne razprave so pripeljale do dogovora, da se bo politični del tretjega poročila podrobneje osredotočil na otroke (IRSSV, tema: kazalci dobrega počutja otrok v povezavi na politike), starejše (IER, tema: dolgotrajna oskrba v povezavi na politike) ter politike na področju življenjskega sloga (NIJZ, tema: politični ukrepi, povezani s škodljivo rabo alkohola z nekaj primeri dobre prakse). To so teme, ki jih partnerji trenutno tudi aktivno raziskujejo. V delu publikacije, ki prikazuje kazalnike skozi čas, so končni seznam vključenih kazalnikov prispevali vsi trije partnerji. Dodan je vpogled v nepravilnosti zaradi pandemije covid-19. Predmet poročila je tudi obsežna analiza ranljivih skupin in priprava analize fokusnih skupin za optimalne politične posege. Vzporedno je potekalo sodelovanje v skupnem ukrepu Evropske unije za zmanjševanje neenakosti v zdravju (JAHEE), ki je omogočalo neposreden vpogled in sodelovanje pri razvoju spremljanja, raziskovanja in ukrepanja na področju zmanjševanja neenakosti.

Junija 2020 je bil za pripravo tretje publikacije o neenakostih v zdravju v Sloveniji ustanovljen usmerjevalni odbor, ki je vključeval predstavnike Ministrstva za zdravje (MZ), Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) ter Ministrstva za okolje in prostor (MOP), pa tudi vseh treh sodelujočih organizacij in UMAR. Izkazalo se je, da je sodelovanje z visokimi predstavniki ministrstev velika dodana vrednost, saj raziskovalci v neposrednem dialogu lahko razložijo rezultate svojega raziskovanega dela, predstavniki sektorjev pa sproti zastavljajo vprašanja in usmerjajo delo ter identificirajo tiste informacije, ki so v danem političnem trenutku ključne za argumentacijo najboljših možnih političnih rešitev.

Ob tem se je izkazalo, da pri implementaciji zdravja v vseh politikah strokovnjaki javnega zdravja v podporo zdravstvenemu resorju sicer lahko samostojno predstavljajo rezultate in vsebine predstavnikom drugih resorjev, vendar nimajo nujno dovolj multidisciplinarnih kompetenc, predvsem pa manjka poznavanje medsebojnih razmerij, zgodovine razvoja posameznih področij v drugih sektorjih, premalo je vzpostavljenih mrež in navadno je pomanjkljivo medsebojno zaupanje. V primeru priprave tretje publikacije je bilo za uspešno pripravo pregleda in priporočil za politike ključno dobro medsebojno sodelovanje več nosilnih sektorskih inštitutov, ki so s svojo argumentacijo nato lahko skupaj učinkoviteje nagovorili predstavnike sektorjev.

Opisani premiki od poročanja o neenakostih v Sloveniji na podlagi podatkov k poročanju na podlagi politik, ki vplivajo na neenakosti, so zahtevali tudi spremembe na področju medsebojnega sodelovanja in razvoja vseh vrst kapacitet. Priprava publikacije je bila le del kratkoročnih ciljev sodelovanja med partnerskimi inštituti. Za srednjeročni cilj predvidevamo vzpostavitev skupne pilotne interdisciplinarne raziskovalne platforme sektorskih inštitutov, ki bo podpirala ukrepe za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja in dobrega počutja, dolgoročni cilj pa je vključitev platforme v organizacijsko strukturo vlade, da bi na sistemski ravni omogočili oblikovanje politik za zmanjšanje neenakosti v zdravju. Platforma je opredeljena tudi kot eden od ukrepov Slovenije za okrevanje in lažji izhod iz krize zaradi sindemije covid-19.





## Neenakosti v zdravju in slovenska družba



Nova publikacija NIJZ o zdravju predstavlja neenakosti v Sloveniji. Neenakosti in zdravstvene potrebe posameznikov, družin, skupin, lokalnih skupnosti in družbe pa niso enake, se spreminjajo in prepletajo z življenjem, posredno pa opredeljujejo tudi zdravstveno varnost in družbeno pravičnost. Naše zdravstvene dosežke lahko primerjamo z družbami, kjer imajo več kadrov in zdravstvu namenjajo več sredstev. Pa vendar – ali tudi zdravstvo lahko podpira neenakosti v zdravju? Dostopnost zdravstvenih storitev je vse slabša, spremljajo jo nepregledne čakalne dobe, ki so se v epidemiji covid-19 še podaljšale. Kako je epidemija vplivala na odnos med zdravstvom in družbo, je bila stroka pri oblikovanju ukrepov dovolj enotna, so ukrepi krepili družbeno zaupanje v zdravstvo ali ga zmanjševali? Ali je zavračanje preventivnih priporočil in cepljenja proti covidu-19 lahko znak porajajočih se novih neenakosti v zdravju? Vprašati se je treba tudi, kako na družbeno zdravje vplivata naš zapleteni nacionalni značaj in naraščajoča družbena nestrpnost.

V majhni Sloveniji je zdravstvena vrzel med po rangu prvo in zadnjo regijo očitna in čas je, da se vprašamo, ali bi bilo neenakosti v ravnskem Prekmurju treba reševati drugače kot na goratem Gorenjskem. So mar sposobnosti prebivalcev med regijami različne ali pa bi javno zdravstvo svoja prizadevanja moralo oblikovati bolj individualno? Po pregledu publikacije je možnih še več vprašanj, vendar noben človek, nobena družba in nobeno zdravstvo niso popolni, zdravja in sreče ni mogoče niti dati niti zagotoviti nikomur. Soočeni z zdravstvenimi neenakostmi se bomo vedno spraševali, katera stopnja zdravja bi bila v danih okoliščinah dosegljiva in kljub razlikam še pravična. Naši socialno-ekonomsko šibkejši sodržavljeni imajo potrebe in tudi sposobnosti, da jih zadovoljijo, pri njihovem uresničevanju pa potrebujejo več podpore. Zato si želimo, da bi NIJZ k obljubljenemu medsektorskemu povezovanju in aktivnemu sodelovanju pritegnil tudi prebivalce Slovenije.

Božidar Voljč, nekdanji minister za zdravje Republike Slovenije ter nekdanji član izvršilnega odbora SZO

Pričujoča monografija nudi vpogled v neenakosti v zdravju v Sloveniji in v tem kontekstu sproža razmislek, ali smo pravična družba oziroma kaj storiti in kako ravnati, da bi bili kot skupnost bolj zdravi. Razumno je predpostavljati, znanost in stroka javnega zdravja pa dokazujeta, da so pravične (egalitarne) skupnosti bolj zdrave, stabilnejše in imajo daljšo življenjsko dobo kot nepravične. V monografiji podani in z dokazi podprti predlogi za izboljševanje zdravja prebivalstva izpostavljajo pomen družbenih determinant zdravja ter nujnost družbenih ukrepov za zmanjšanje neenakosti na vseh ravneh socialne organiziranosti, še posebno v kriznih situacijah.

Vemo, da družbene determinante spremljajo posameznike in skupnost skozi vsa življenjska obdobja in določajo njihovo zdravstveno stanje, zato jih je treba nenehno spremljati in jim namenjati tudi širšo politično obravnavo. Na dokazih podprte usmeritve poleg skrbi za dostopno in kakovostno zdravstveno dejavnost – zdravstveno politiko vključujejo tudi aktivnosti za promocijo zdravja, socialno varstvo, izboljšanje okolja – politiko zdravja v sinergični razvojni strategiji, ki vodi v družbo zdravja. Politika zdravja podpira hitrejši razvoj skupin s slabšim zdravstvenim stanjem in v kontekstu pravičnosti ustvarja razmere, v katerih imajo enake priložnosti za zdravje in uspeh vsi člani skupnosti. Ti morajo zaupati/verjeti v družbeno poštenost, če naj ravnajo v skladu s pravili, ki jo povezujejo in vzdržujejo. V tem smislu je vlada dolžna določiti merljive zdravstvene cilje in strategije, skrbeti in dograjevati zdravstveni informacijski sistem, vzpostaviti varnostne mehanizme za odpravljanje pomanjkanja in delovati tako, da z moralno in oblastno močjo podpira politiko zdravja v vseh sektorjih in vzpodbuja ter spoštuje demokratične postopke z udeležbo javnosti.

Iz monografije izhaja nujnost, da v zapletene in dinamične družbene odnose vnašamo zavest in etiko soodvisnosti, kot kažipot naših odločitev. Pričujoča monografija nas utrjuje v prepričanju, da potrebujemo več sistemske solidarnosti, če želimo kot skupnost doseгти boljše zdravje in prednosti, ki jih prinaša blaginja.

Marjan Premik, dolgoletni univerzitetni učitelj socialne medicine

## 2 PRIKAZ STANJA S POMOČJO KAZALNIKOV ZA SLOVENIJO IN PRIMERJAVA Z EU

### 2.1 O kazalnikih neenakosti v zdravju

*Avtorice: Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel, Ada Hočevar Grom (vse NIJZ)*

Neenakosti v zdravju obstajajo v vseh družbah, a jih zanikamo, če jih ne odkrivamo in ne prikazujemo. To je grob povzetek razlogov, zakaj je v raziskovanje ustreznih metod in definiranje kazalnikov za osvetlitev enega najpomembnejših razvojnih problemov sodobnih družb v zadnjih treh desetletjih vložena veliko dela v javnem zdravju (3). Razlike v zdravju med skupinami v populaciji obstajajo in jih že tradicionalno opazujemo po spolu, starosti in geografskih območjih. Veliko razlik v zdravju, ki niso pravične in jih je treba zmanjševati, pa povzročata socialno-ekonomski položaj posameznikov in okolja, v katerem živijo. Ustrezno vrednotenje in spremljanje razlik v zdravju s pomočjo kazalnikov je osnova vseh strategij za zmanjševanje neenakosti v zdravju na lokalnem, nacionalnem in mednarodnem nivoju.

Področje spremljanja neenakosti v zdravju je zelo dinamično in se stalno razvija. Pri začetkih raziskovanja neenakosti v zdravju v Sloveniji so nam bili v pomoč metodološki priročniki, ki so jih s sodelovanjem vodilnih strokovnjakov pripravile mednarodne organizacije (32-36). Te so raziskovanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju uvrstile v fokus svojega delovanja na področju zdravja prebivalstva. Pozneje smo pristope razvijali in nadgrajevali z namenom, da bi čim bolj prikazali vse dimenzije neenakosti v zdravju v Sloveniji in posebej razlike, ki nastajajo zaradi socialno-ekonomskega položaja.

Razvrščanje posameznikov v različne skupine po tipičnih determinantah socialno-ekonomskega položaja za namene primerjav upošteva podatke o posamezniku in mednarodno primerljive kategorije. V publikacijah NIJZ se kot določevalca socialno-ekonomskega položaja največkrat uporablja dosežena stopnja izobrazbe. Ta podatek je med socialno-ekonomskimi določevalci najbolj zanesljiv ali enostavno povezljiv iz različnih virov podatkov, tako iz podatkovnih zbirk kot tudi nacionalnih anketnih raziskav, iz katerih pridobivamo informacije s področja zdravja, zdravstva, sociale, trga dela in ekonomskega položaja prebivalstva. Že v prejšnjih publikacijah o neenakosti v zdravju smo prikazali, da dosežena stopnja izobrazbe in dohodek kažeta dobro medsebojno ujemanje tako na nacionalni kot regionalni ravni (24, 25).

S kazalniki zdravja prikazujemo izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti. Informacije pomagajo organizacijam, skupnostim in državam, da osredotočijo svoje vire in prizadevanja za izboljšanje zdravja in dobrega počutja vseh ljudi. O tem, katere kazalnike izbrati za prikaz neenakosti v zdravju, poteka stalna strokovna razprava. Tuje in domače analize so nas naučile, da so dejavniki zdravja in bolezni, pri katerih najdemo občutne razlike po socialno-ekonomskem položaju na škodo manj izobraženih ali manj premožnih, pa tudi taki, kjer razlik po socialno-ekonomskem položaju ni, ali pa so celo obratne.

Kazalniki za to publikacijo so izbrani na podlagi izkušenj, ki smo jih pridobili ob pripravi prejšnjih dveh. Na NIJZ smo analizirali različne kazalnike zdravja in zdravstvenega varstva, kot so obolevnost, umrljivost, uporaba zdravstvenih storitev, in znane dejavnike življenjskega sloga, ki vplivajo na zdravje prebivalstva. Vključena tematska področja predstavljajo velike javnozdravstvene probleme z vidika razširjenosti oz. pogostosti in njihovega vpliva na delovno zmožnost prebivalstva, prezgodnjo umrljivost, obremenitev zdravstvene službe ter kakovost življenja v Sloveniji in Evropi (24). Medinstitucionalno sodelovanje pa je omogočilo, da so pri opisih kazalnikov socialnega varstva, dolgotrajne oskrbe in dostopnosti zdravstvenega sistema svoje znanje prispevali strokovnjaki, ki te podatke in njihovo interpretacijo najboljše poznajo. Socialni kazalniki v zgodnjih obdobjih življenja kažejo pomembne razlike v izhodiščnih možnostih za zdravo življenje. Zato smo tokrat med kazalnike uvrstili obsežen nabor tistih, ki osvetljujejo socialni položaj v Sloveniji. Razširjeno prikazujemo kazalnike zdravstvenega sistema, ki je kljub univerzalnemu zdravstvenemu zavarovanju za nekatere skupine slabše dostopen.

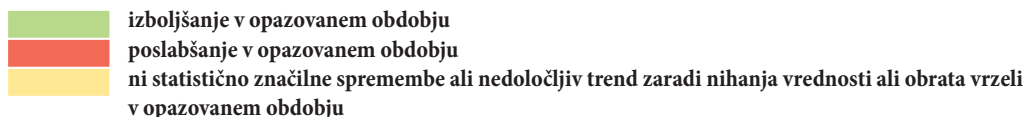
Umestitev Slovenije med evropske države nam pomaga oceniti obseg neenakosti v zdravju v Sloveniji. Za razumevanje obsega neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva in neenakosti v dostopnosti zdravstvenega sistema je treba Slovenijo umestiti v mednarodne primerjave z državami EU ali OECD glede na nekatere ključne kazalnike zdravja in zdravstvenega varstva. Po drugi strani pa nam neenakosti v zdravju pomaga razumeti tudi regionalni pogled. Že v prejšnjem poročilu Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize smo v uvodu omenili, da so regionalne razlike v zdravju pomemben vidik neenakosti, zato smo prikazali tudi nekaj regijskih primerjav, ki neenakost v zdravju in vedenjskem slogu posameznikov generalizira na geografsko območje in neenakost nadgradi z delovanjem socialno-ekonomskih vplivov okolja. Podroben prikaz kazalnikov po slovenskih občinah je na voljo na spletni strani Zdravje v občini (<http://obcine.nijz.si/>).

V prikazih kazalnikov izobrazbo razvrščamo v nizko, srednjo in visoko. Nizka izobrazba vključuje osebe brez izobrazbe do poklicne stopnje, visoka pa osebe z doseženo višjo do podiplomsko izobrazbo. Kjer je bilo možno, smo vrzel med nizko in visoko izobraženimi prikazali v daljšem časovnem obdobju in poskušali oceniti, ali se razlike po socialno ekonomskem položaju v Sloveniji zmanjšujejo, povečujejo, ostajajo nespremenjene ali pa jih ne moremo jasno določiti.

Ko opazujemo zdravje, je starost najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na izide. Tudi pri dejavnih vedenjskega sloga opazamo pomembne razlike po starostnih skupinah, ki pa so pogosto razporejene drugače kot pri izidih zdravja. Izidi zdravja so namreč tipično ugodnejši za mlajše prebivalce, medtem ko pri nekaterih dejavnih tveganja opazamo, da se mlajši prebivalci obnašajo bolj tvegano. Da bi v čim večji meri izločili vpliv starosti pri primerjavah v času in prostoru, smo uporabili starostno standardizacijo kot običajni standard pri kazalnikih o izidih zdravja in večini drugih prikazanih kazalnikih.

Pri obsežni analizi, ki je bila potrebna pred opisom kazalnikov, smo izračunavali različne mere tako relativne kot absolutne razlike med skupinami, naklonski (slope) indeks neenakosti, neenakostim pripisljiv delež razlike med skupinami (PAF – Population Attributable Fraction), pri prikazih pa smo se odločili za enostaven prikaz vrzeli v incidenci ali prevalenci pojava po skupinah socialno-ekonomskega dejavnika, najpogosteje po izobrazbi.

Prikazani nabor kazalnikov ocenjujemo kot korak na poti do standardnega nabora izbranih kazalnikov, s katerim bomo dolgoročno in hkrati pogosteje spremljali neenakosti v zdravju v Sloveniji.



Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Samoocena zdravja	green	green	green	green
Pričakovano trajanje življenja - moški	green	green	green	green
Pričakovano trajanje življenja - ženske	green	green	green	yellow
Kajenje v nosečnosti	yellow	yellow	red	yellow
Delež žensk z ITM >= 25 pred nosečnostjo	red	red	red	yellow
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu	green	green	green	yellow
Nosečnica brez presejalne preiskave	green	green	green	yellow
Nosečnice (prva nosečnost) brez udeležbe na Pripravi na porod	red	red	yellow	red
Prezgodni porod	yellow	yellow	yellow	yellow
Nizka porodna teža	yellow	yellow	yellow	yellow
Perinatalna umrljivost enojčkov	yellow	yellow	yellow	yellow
Prevalenca kajenja tobaka	yellow	yellow	yellow	yellow
Alkohol – prevalenca opijanja	red	red	red	red
Telesna dejavnost	yellow	yellow	yellow	yellow
Uživanje sadja in zelenjave	red	red	red	yellow
Debelost - moški	red	red	red	green
Debelost – ženske	red	red	red	yellow
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka - moški	red	red	green	red
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka - ženske	green	green	green	red
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen - moški	red	red	yellow	red
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen - ženske	red	red	red	red
Kronična okvara vratu	red	red	red	green
Kronična okvara hrbta	red	red	red	green
Incidenca vseh rakov skupaj - moški	yellow	yellow	yellow	yellow
Incidenca vseh rakov skupaj - ženske	red	red	yellow	yellow
Incidenca pljučnega raka - moški	green	yellow	yellow	yellow
Incidenca pljučnega raka - ženske	red	red	yellow	yellow
Incidenca želodčnega raka - moški	green	yellow	yellow	yellow
Incidenca želodčnega raka - ženske	green	yellow	yellow	yellow
Incidenca raka dojke	red	yellow	yellow	yellow
Incidenca kožnega melanoma - moški	red	yellow	yellow	yellow
Incidenca kožnega melanoma – ženske	yellow	yellow	yellow	yellow
Incidenca rakov glave in vratu – moški	green	yellow	yellow	yellow
Incidenca rakov glave in vratu – ženske	yellow	yellow	yellow	yellow
Prisotnost simptomov depresivne motnje - moški	red	red	yellow	red
Prisotnost simptomov depresivne motnje - ženske	yellow	red	yellow	red
Iskanje pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja - moški	green	yellow	yellow	red
Iskanje pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja - ženske	yellow	green	yellow	green
Prezgodnja umrljivost pred 75. letom starosti	green	green	green	yellow
Umrlijivost zaradi pljučnega raka - moški	green	green	green	yellow
Umrlijivost zaradi pljučnega raka - ženske	red	red	yellow	red
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov - moški	red	red	red	yellow
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov - ženske	red	red	red	yellow
Umrlijivost odraslih zaradi poškodb v nezgodah	green	green	yellow	green
Umrlijivost starejših zaradi padcev	red	red	red	yellow
Umrlijivost zaradi samomora - moški	green	green	yellow	yellow
Umrlijivost zaradi samomora - ženske	green	green	yellow	yellow

Slika 2.1: Časovni trendi kazalnikov, ki jih v publikaciji prikazujemo po izobrazbenih skupinah

**Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša**

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Samoocena zdravja				
Pričakovano trajanje življenja - moški				
Debelost - moški				
Kronična okvara vratu				
Kronična okvara hrbta				
Iskanje pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja - ženske				
Umrljivost odraslih zaradi poškodb v nezgodah				

Slika 2.2: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša

**Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja**

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Nosečnice (prva nosečnost) brez udeležbe na Pripravi na porod				
Alkohol – prevalenca opijanjanja				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka - moški				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka - ženske				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen - moški				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen - ženske				
Prisotnost simptomov depresivne motnje - moški				
Prisotnost simptomov depresivne motnje - ženske				
Iskanje pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja - moški				
Umrljivost zaradi pljučnega raka - ženske				
Umrljivost zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov - moški				

Slika 2.3: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja

Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali pa niha med časovnimi obdobji

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Pričakovano trajanje življenja - ženske	Green	Green	Green	Yellow
Kajenje v nosečnosti	Yellow	Yellow	Red	Yellow
Delež žensk z ITM >= 25 pred nosečnostjo	Red	Red	Red	Yellow
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu	Green	Green	Green	Yellow
Nosečnica brez presejalne preiskave	Green	Green	Green	Yellow
Prezgodni porod	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Nizka porodna teža	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Perinatalna umrljivost enojčkov	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Prevalenca kajenja tobaka	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Telesna dejavnost	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Uživanje sadja in zelenjave	Red	Red	Red	Yellow
Debelost - ženske	Red	Red	Red	Yellow
Incidenca vseh rakov skupaj - moški	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca vseh rakov skupaj - ženske	Red	Red	Yellow	Yellow
Incidenca pljučnega raka - moški	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca pljučnega raka - ženske	Red	Red	Yellow	Yellow
Incidenca želodčnega raka - moški	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca želodčnega raka - ženske	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca raka dojke	Red	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca kožnega melanoma - moški	Red	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca kožnega melanoma - ženske	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca rakov glave in vratu - moški	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Incidenca rakov glave in vratu - ženske	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Prezgodnja umrljivost pred 75. letom starosti	Green	Green	Green	Yellow
Umrlijivost zaradi pljučnega raka - moški	Green	Green	Green	Yellow
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov - ženske	Red	Red	Red	Yellow
Umrlijivost starejših zaradi padcev	Red	Red	Red	Yellow
Umrlijivost zaradi samomora - moški	Green	Green	Yellow	Yellow
Umrlijivost zaradi samomora - ženske	Green	Green	Yellow	Yellow

Slika 2.4: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali pa niha med časovnimi obdobji



*Zdravje ljudi je tesno povezano s socialnimi in ekonomskimi razmerami, v katerih živijo. Posamezniki nižje na družbeni lestvici v primerjavi s tistimi višje zbolevalo pogosteje ter umirajo v nižjih starostih. Tudi pri raku že leta ugotavljamo, da se breme te bolezni v večji meri tipično, a ne izključno, kopiči pri socialno-ekonomsko prikrajšanih. Številni bolniki z rakom v Sloveniji in drugod po Evropi vsako leto zbolijo ali prezgodaj umrejo prav zaradi socialno-ekonomskih neenakosti v naši družbi. Odpravljanje teh neenakosti je tako že vrsto let v središču pozornosti strokovnjakov, laične javnosti in odločevalcev.*

*V Sloveniji imamo zaradi Registra raka Republike Slovenije, ki že 70 let deluje v okviru Onkološkega inštituta Ljubljana, izredno dolgo tradicijo spremljanja bremena raka in kakovosti oskrbe vseh onkoloških bolnikov v državi. Pričujoče poglavje o povezavi med socialno-ekonomskim okoljem in rakom v Sloveniji je nastalo prav na podlagi podatkov našega populacijskega Registra raka. Želimo si in upamo, da bo naše delo odločevalcem v Sloveniji in širše pomagalo bolje razumeti neenakosti pri bremenu raka in usmeriti svoje delovanje v njihovo zmanjšanje ali celo odpravljanje.*

*Vesna Zadnik, vodja Registra raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana*

*Analize potrjujejo izjemen pomen zdravja celotne populacije skozi vse življenjsko obdobje. Zdravje posameznika je pomembno za vključenost v družbo in doseganje višje ravni gospodarske razvitosti, ki je ključna za zagotavljanje blaginje za vse generacije. Zato mora biti področje varovanja in promocije zdravja vključeno v vse politike in ukrepe, posebna pozornost pa mora biti namenjena socialno šibkejšim prebivalcem.*

*Marijana Bednaš, direktorica Urada RS za makroekonomske analize in razvoj*

## 2.2 Neenakosti v zdravju – mednarodne primerjave

Avtorice: Metka Zaletel, Tatjana Kofol Bric, Ada Hočevar Grom (vse NIJZ), Eva Zver (UMAR)

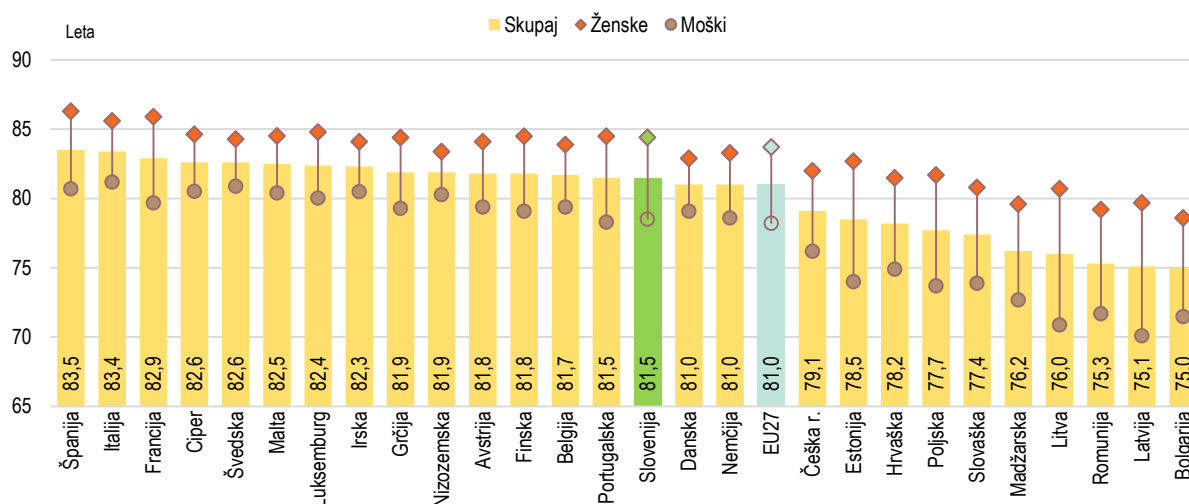
Zdravstveno stanje populacije je rezultat zapletenega medsebojnega delovanja številnih dejavnikov. Zaradi povečanja splošne blaginje, manjše izpostavljenosti dejavnikom tveganja, napredka medicine in boljše dostopnosti zdravstvenega varstva se izboljšuje v vseh državah Evropske unije. Hitrost izboljševanja zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju sta v večini držav odvisna od vlaganj v zdravstveni in socialni sistem, večanja dostopnosti do zdravstvenih storitev ter preventive in promocije zdravja v državi. Najpomembnejši vzrok neenakosti v zdravju pa so splošne socialno-ekonomske neenakosti v družbi.

OECD v svoji publikaciji »Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems« ugotavlja, da so nižje izobraženi prebivalci držav članic OECD verjetneje slabega zdravja; še več, najnižje izobraženi dva- ali celo večkrat pogosteje svoje zdravje označujejo kot slabo v primerjavi s prebivalci z najmanj višjo izobrazbo (44 % v primerjavi s 23 %). Podobne rezultate lahko opazimo tudi pri omejitvah za dnevne aktivnosti ter prevalenci več kroničnih bolezni hkrati (4).

Neenakosti v zdravju so torej dejstvo, vendar pa opazimo, da se v različnih državah izrazijo pri različnih vidikih zdravja kot različno velike. Za razumevanje, kako obsežne so neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva in kako velike so neenakosti v dostopnosti zdravstvenega sistema, pa je treba Slovenijo umestiti v mednarodne primerjave z državami EU ali OECD glede na nekatere ključne kazalnike zdravja in zdravstvenega varstva.

### Primerjava glavnih kazalnikov zdravja in zdravstvenega varstva Slovenije z državami EU

Kazalnik, s katerim zaobjamemo tako zdravstveno stanje prebivalstva kot delno tudi delovanje sistema zdravstvenega varstva, je pričakovano trajanje življenja. To je v Sloveniji v zadnjih desetih letih naraslo za 2,1 leti (na 81,5 let), pri čemer je pri moških zraslo bolj (za 2,6 let) kot pri ženskah (za 1,7 leta). V istem obdobju je v Evropski uniji pričakovano trajanje življenja naraslo za 1,4 leta, bolj pri moških (1,7 let) kot pri ženskah. Vrzal v pričakovanem trajanju življenja med moškimi in ženskami v Sloveniji ostaja večja kot v EU (v Sloveniji 5,9, v EU 5,3 let), čeprav se je v zadnjih desetih letih zmanjšala bolj kot v EU.



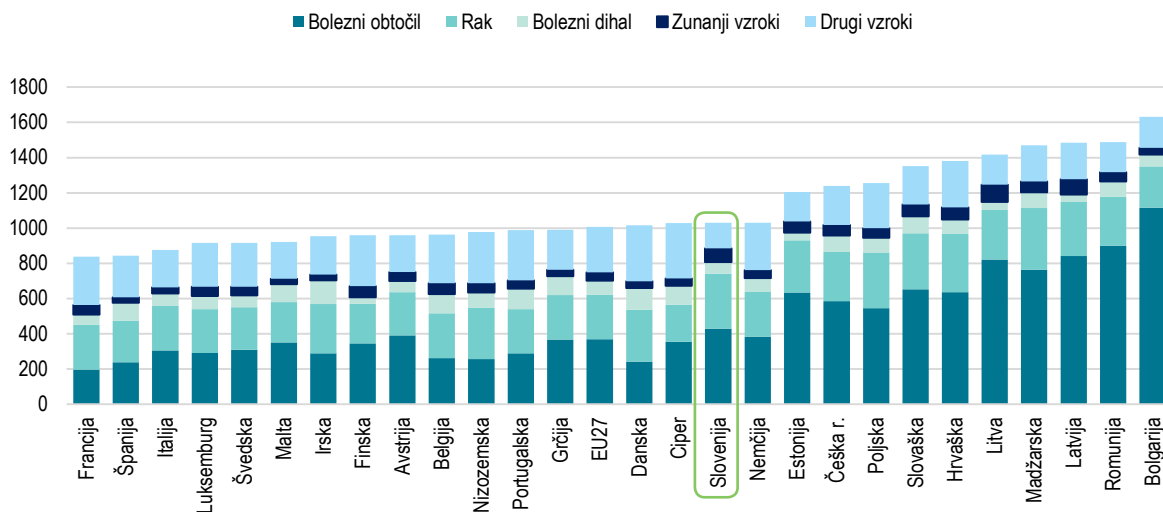
Slika 2.5: Pričakovano trajanje življenja v državah EU, povprečje 2016–2018

Vir: Eurostat Database, preračuni OECD.



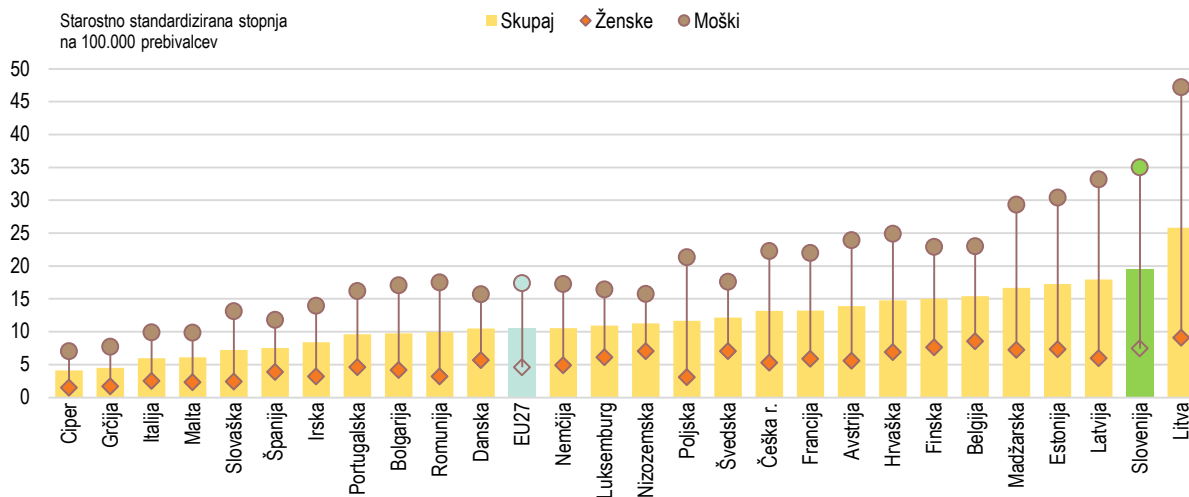


Ko primerjamo Slovenijo oziroma zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije s stanjem v drugih državah, nam veliko povedo tudi primerjave glavnih vzrokov umrljivosti. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti v Sloveniji so primerljive s povprečjem EU27, tudi rangi glavnih vzrokov umrljivosti (bolezni obtočil, raka in dihal) ne odstopajo od primerljivih držav, ima pa Slovenija eno najvišjih umrljivosti zaradi zunanjih vzrokov smrti, kamor so vključeni nezgode (transportne in ostale), samomori in drugi podobni vzroki. Pomemben delež lahko pripišemo samomorom, kjer Slovenija ostaja ena od držav z zelo velikim bremenom.



Slika 2.7: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti glede na glavne vzroke umrljivosti na 100.000 prebivalcev, članice EU, 2017

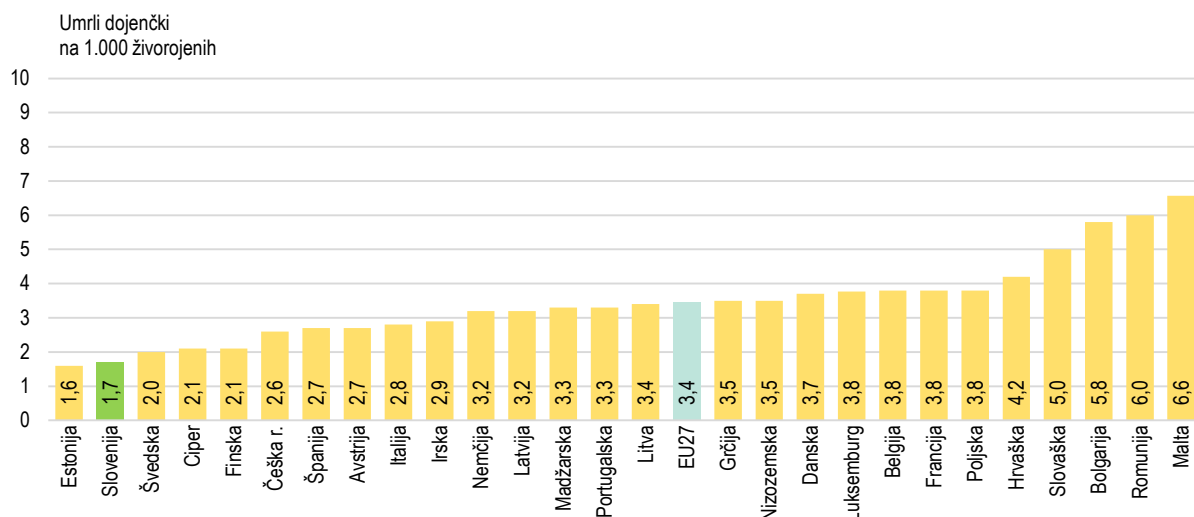
Vir: Eurostat Database.



Slika 2.8: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev, članice EU, 2017

Vir: Eurostat Database.

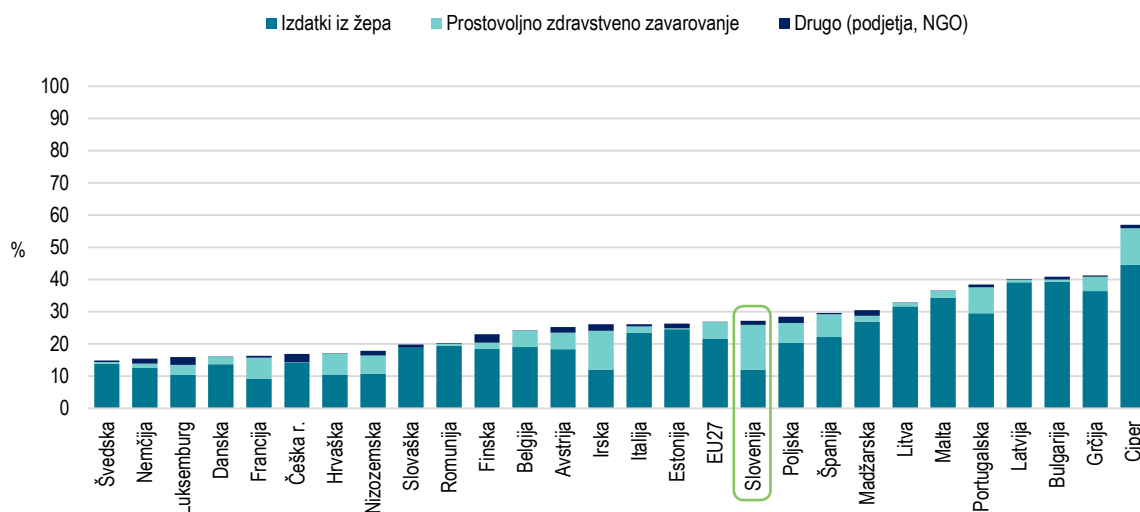
Slovenija se po različnih analizah pri skrbi za dojenčke in otroke uvršča med uspešnejše članice EU. Eden od pomembnih kazalnikov je umrljivost dojenčkov (število umrlih dojenčkov na 1.000 živorojenih), kjer se Slovenija tradicionalno umešča med države z najnižjo umrljivostjo. Umrljivost dojenčkov je namreč v Sloveniji še enkrat nižja od evropskega povprečja in štirikrat nižja od najslabše uvrščenih držav članic.



Slika 2.9: Umrljivost dojenčkov (število umrlih dojenčkov na 1.000 živorojenih), članice EU, 2018

Vir: Eurostat Database.

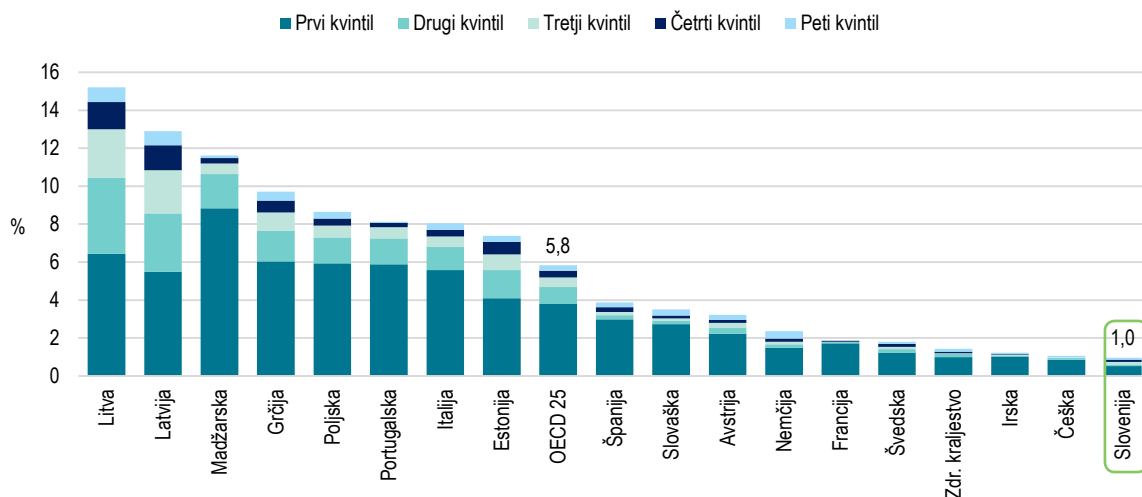
Z vidika finančne dostopnosti zdravstva (angl. *affordability*) je ključna obremenjenost prebivalstva z neposrednimi izdatki za zdravstvo iz žepa (glej kazalnik: Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo), ki v Sloveniji ostaja nizka. Delež vseh zasebnih izdatkov za zdravstvo je v Sloveniji približno enak povprečju držav EU27 (2018: 27 %) (slika 2.10), vendar se v nasprotju z večino držav pri nas več kot polovica zasebnih izdatkov pokriva iz sistema dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj (glej kazalnik: Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje). To je razlog, da se neposredni izdatki že 15 let ohranjajo na ravni pribl. 12 % tekočih izdatkov za zdravstvo, kar je bistveno nižje od povprečja držav EU. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije so neposredni izdatki iz žepa sprejemljivi in ne ogrožajo finančne dostopnosti zdravstvenega varstva, dokler ne dosegajo deleža okoli 15 % (38). V Sloveniji je zelo nizek tudi delež neposrednih izdatkov iz žepa za zdravstvo v končni potrošnji gospodinjstev (1,9 % v letu 2018), ki prav tako na agregatni ravni odraža finančno dostopnost zdravstvenega varstva. Delež izdatkov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja je leta 2018 v Sloveniji znašal 15 % tekočih izdatkov za zdravstvo, kar je največ med državami EU oziroma bistveno več kot v povprečju EU27 (5 % v 2018). Slovenija je med redkimi državami na svetu, v katerih so izdatki za prostovoljna zavarovanja višji od neposrednih izdatkov za zdravstvo (39).



Slika 2.10: Zasebni izdatki za zdravstvo in njihova struktura, 2018, v %

Vir: OECD 2020 (40). Opomba: EU27 je aritmetično povprečje.

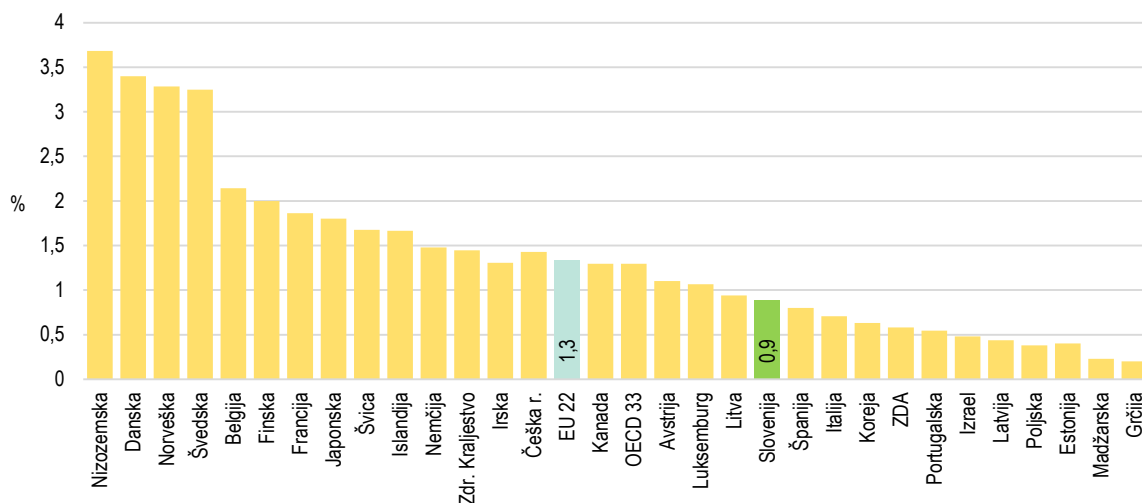
V Sloveniji je delež gospodinjstev, ki se soočajo z ogrožajoče visokimi izdatki za zdravstvo (glej kazalnik: Neposredni izdatki za zdravstvo glede na dohodek gospodinjstev), še vedno zelo nizek in je v letu 2018 dosegel le 0,8 % celotne populacije (2015: 1,0 %), kar je najnižji delež med državami EU in OECD 25, za katere so razpoložljivi izračuni (slika 2.11). Podobno kot v večini držav EU so tudi v Sloveniji ogrožajočim izdatkom najbolj izpostavljena gospodinjstva v najnižjem dohodkovnem kvintilu.



Slika 2.11: Delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki za zdravstvo po kvintilih potrošnje, države EU in povprečje OECD25

Vir: Thomson et al, 2019 (41); povzeto po OECD 2020 (40). Opomba: Pripravljeno na podlagi podatkov APG: 2011: Francija; 2012: Slovaška, Švedska; 2013: Latvija, Nemčija; 2014: Združeno kraljestvo, Poljska; 2015: Madžarska, Estonija, Španija, Slovenija; 2016: Irsko, Litva, Grčija, Italija.

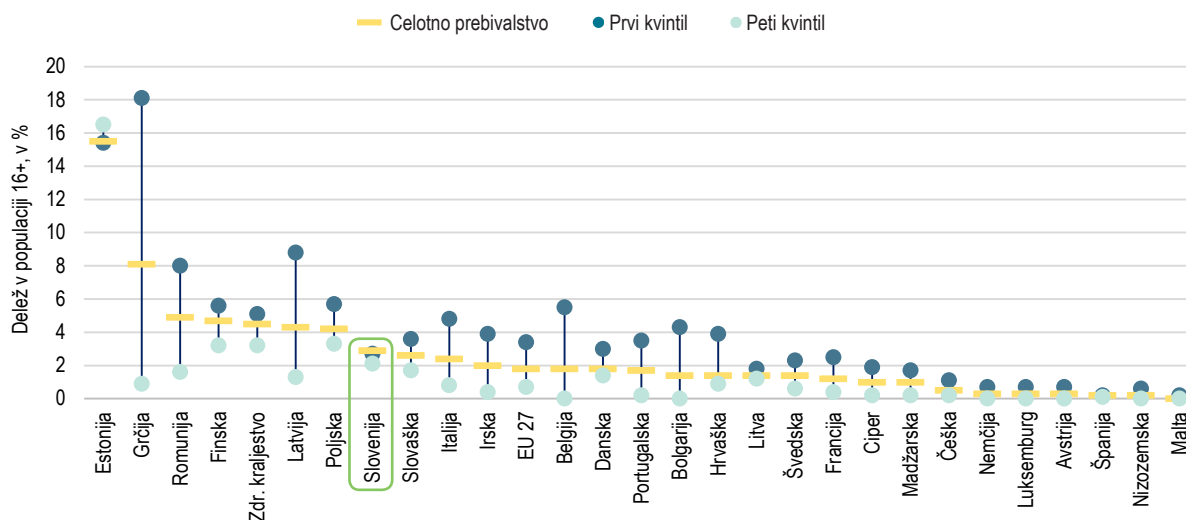
Slovenija se poleg izzivov pri zdravstvenem varstvu sooča še z večjimi težavami pri finančni dostopnosti do storitev dolgotrajne oskrbe, ki se že vrsto let poslabšuje. Zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo (vsi so neposredni in ne iz dopolnilnega zavarovanja) so se v obdobju od leta 2005 realno povečali kar za 60 % (22, 39). Neustrezno urejena oskrba starejših povečuje breme družin in koriščenje zdravstvenih storitev (glej poglavje 3.6: Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših). Študije kažejo, da več javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo zagotavlja večjo finančno zaščito prebivalstva pred neposrednimi izdatki za dolgotrajno oskrbo in nezadovoljenimi potrebami (42, 43). Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji vse bolj zaostajajo za povprečjem EU. Leta 2018 so znašali še 0,9 %, povprečje 22 držav EU, za katere so razpoložljivi podatki, pa 1,3 % BDP (slika 2.12).



Slika 2.12: Delež javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji in državah OECD, 2018

Vir: SURS 2020; OECD Stat 2021.

Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi so v Sloveniji zelo visoke predvsem zaradi čakalnih dob. O neizpoljenih potrebah po zdravstveni oskrbi v Sloveniji poroča 2,3 %, v povprečju držav EU pa 1,7 % prebivalcev. Razlike med državami so velike tako v deležu populacije, ki poroča o neizpoljenih potrebah, kot tudi v razlogih zanje in v neenakostih glede na dohodek. Glavni razlogi so finančni (visoki izdatki iz žepa), čakalne dobe ali oddaljenost (slika 2.13). V Sloveniji so problematične le čakalne dobe, podobno tudi v Estoniji, Finski, Slovaški, Švedski in Združenem kraljestvu (22). Prebivalci Slovenije z najvišjimi in najnižjimi dohodki se glede neizpoljenih potreb po zdravstveni oskrbi le malo razlikujejo.



Slika 2.13: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi finančnih razlogov, čakalne dobe ali oddaljenosti ter razlike glede na dohodek, 2019 (v %)

Vir: Eurostat Database 2021. Opomba: po anketi EU-SILC.

### Primerjava neenakosti v zdravju z drugimi državami

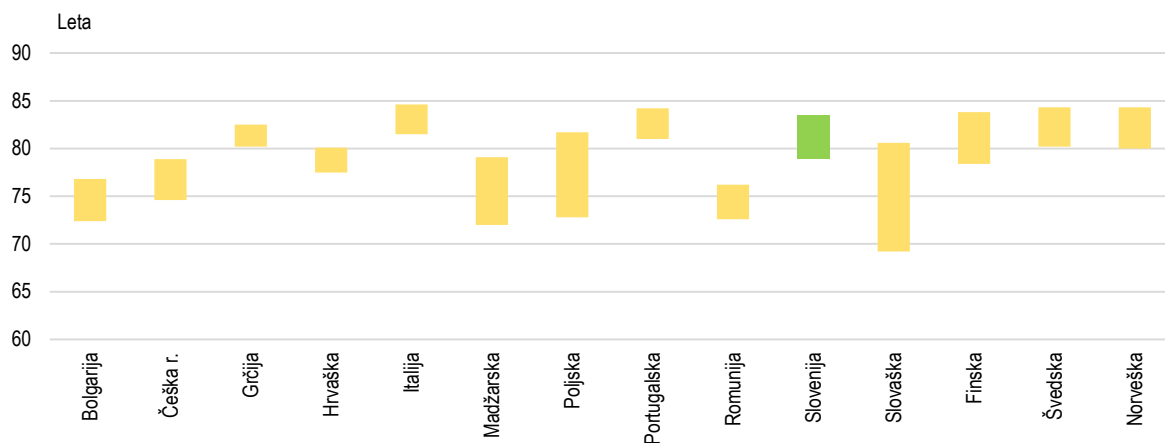
Dekompozicija večine kazalnikov zdravja bi pokazala, da v Sloveniji obstajajo populacijske podskupine (po izobrazbi, dohodku ali regiji), katerih zdravje je podobno slabo kot v najslabših državah EU, ter podskupine, katerih zdravje je podobno dobro kot v najboljših državah EU. Zato v državah opazujemo vrzeli med posameznimi podskupinami in jih primerjamo z vrzelmi v drugih državah. Pri tem nam primerjave velikokrat onemogočajo podatki, ki so zbrani na različne načine, ter podatki, ki ne omogočajo primerljivih dekompozicij populacije. Kljub temu v nadaljevanju prikazujemo nekaj kazalnikov, ki omogočajo vpogled v velikost vrzeli med populacijskimi podskupinami v Sloveniji v primerjavi z drugimi državami.

V zadnjem obdobju sta bili v evropskem merilu izdani dve večji publikaciji, ki se ukvarjata s socialno-ekonomskimi neenakostmi v zdravju, in sicer publikacija OECD »Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems«, platforma SZO »The Health Equity Dataset« ter poročilo SZO »Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report« (4, 18). Pri tem je treba opozoriti, da zaradi relativno dolgih časovnih zamikov pri obdelavah mednarodnih baz podatkov tovrstne publikacije vedno prikazujejo podatke za od tri do – največkrat – pet let nazaj, zato neposrednih primerjav s podatki, ki so objavljeni v tokratni slovenski publikaciji, ne moremo pripraviti.

Obsežnih primerjav držav glede na različne kazalnike ne moremo povzeti v enem odstavku, bi pa želeli bralce napotiti na pregledni seznam 14 kazalnikov v publikaciji OECD (4). Pregledni seznam obsega kazalnike štirih sklopov, in sicer tvegana vedenja, zdravstveno stanje, uporaba zdravstvenih storitev in neizpolnjene potrebe po zdravljenju. S seznama je razvidno, da je v Evropi le ena država, kjer po nobenem od kazalnikov prebivalci ne izkusijo kritične ravni neenakosti med visoko in nizko izobraženimi, in sicer je to Združeno kraljestvo. Slovenija dosega kritično raven pri debelosti žensk, samooceni zdravja, obiskih pri specialistih, obiskih pri zobozdravniku ter neizpoljenih potrebah po zdravljenju.

Podobne vrednosti (razpone) kazalnikov imajo sosednje in srednjeevropske države, pri čemer velja opozoriti, da se v državah pri zelo različnih kazalnikih izkazuje neenakost na visoki ravni. Za Evropo kot celoto torej ne moremo trditi, da so nekateri kazalniki bolj kritični, drugi pa manj, saj se dejansko nabor kritičnih kazalnikov od države do države zelo razlikuje.

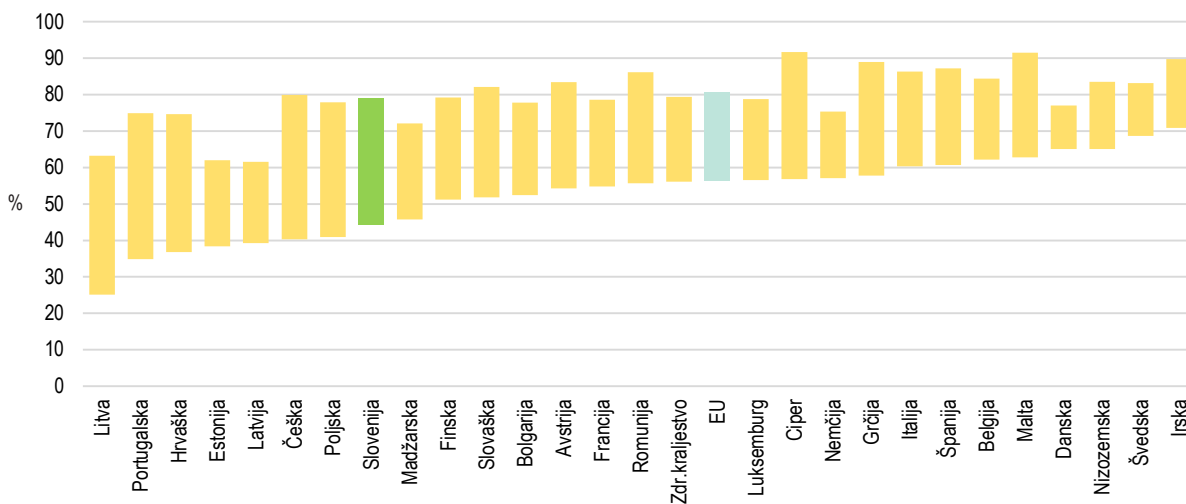
V nadaljevanju za ilustracijo prikazujemo nekaj kazalnikov oziroma vrzeli med populacijskimi podskupinami z nizko in visoko izobrazbo po državah, za katere so podatki na voljo.



Slika 2.14: Vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med nižjo in višjo izobrazbo, nekatere države EU, 2017

Vir: Eurostat Database.

Vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med visoko in nizko izobraženimi osebami obstajajo v vseh državah, čeprav je velikost vrzeli zelo različna. Po vrzeli Slovenijo lahko primerjamo s Švedsko, Norveško in Češko republiko, medtem ko je vrzel na Hrvaškem, v Grčiji, Italiji in na Portugalskem ožja.

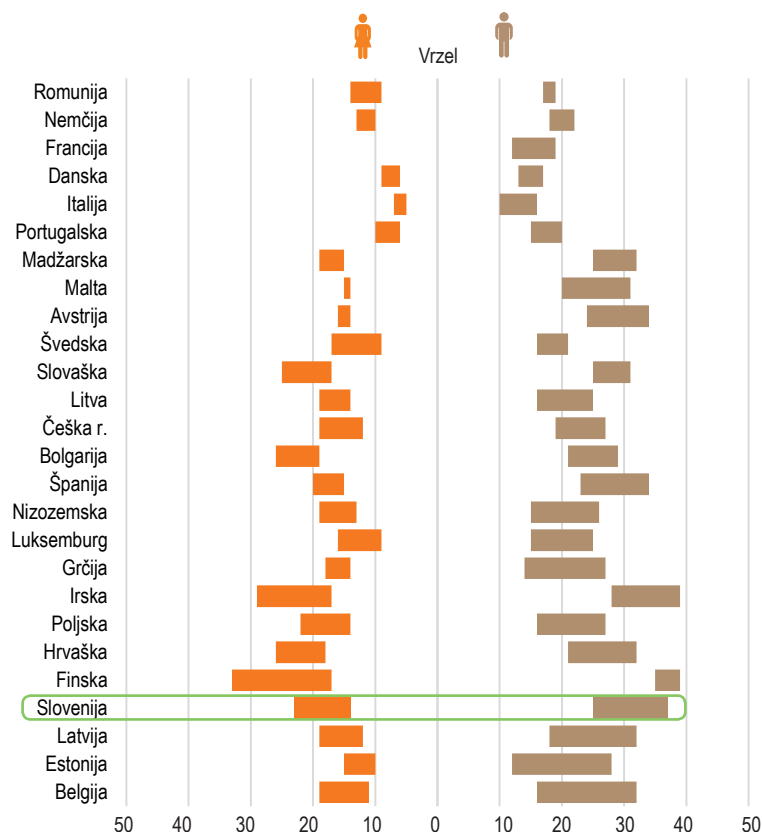


Slika 2.15: Vrzeli v samooceni zdravja (delež oseb, ki so svoje zdravje ocenile kot dobro ali zelo dobro) med nižjo in višjo izobrazbo, nekatere države EU, 2018

Vir: Eurostat Database.

Vrzel med visoko in nizko izobraženimi osebami po samooceni zdravja (delež oseb, ki so svoje zdravje ocenile kot dobro ali zelo dobro) je v Sloveniji med višjimi v EU. V letu 2018 je po podatkih Eurostata oziroma raziskave EU-SILC znašala 34,7 %, višja je bila le še na Cipru, Poljskem, Hrvaškem, Portugalskem, Litvi in Češki republici. Povprečna vrzel v EU znaša 24,2 % (44).

Neenakosti v dobi otroštva in mladosti lahko še posebej zaznamujejo bodoče odraslo življenje. Zato je prepoznavanje neenakosti v tej dobi in ustrezno ukrepanje zelo pomembno. NIJZ sodeluje v mednarodni raziskavi Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), kjer so opazovanja neenakosti postala standardni del mednarodnega poročila (45, 46). Tipičen primer neenakosti pri mladostnikih so neenakosti v telesni dejavnosti, saj mladostniki iz revnejših družin v večini držav poročajo o nižjih stopnjah telesne aktivnosti dnevno. Na sliki 2.16 prikazujemo delež mladostnikov (ločeno po spolu) z vsaj 60 minut zmerne do intenzivne telesne aktivnosti glede na socialno-ekonomski položaj družine (angl. Family Affluence Scale – FAS). Mladostniki so na podlagi FAS razdeljeni v tri skupine: nizek, srednji in visok socialno-ekonomski položaj družine.



Slika 2.16: Vrzel v deležu mladostnikov z vsaj 60 minut zmerne do intenzivne telesne aktivnosti v zadnjem tednu med nižjim in višjim FAS, fantje in dekleta, EU, 2017–2018

Vir: Inchley 2020.

Vrzel pri obeh spolih je v Sloveniji višja od povprečne vrzeli drugih držav in tudi višja od mediane vrzeli. Torej so razlike med najmanj in najbolj privilegiranimi slovenskimi mladostniki pri kazalniku, ki opredeljuje pogostnost gibanja, večje kot pri njihovih vrstnikih iz nekaterih drugih držav (npr. Nemčije, Francije, Italije, Portugalske, Avstrije, Slovaške, Bolgarije). Kljub temu pa lahko zaključimo tudi, da je delež dečkov z nizkim FAS v Sloveniji, ki se gibljejo več kot 60 minut v zadnjem tednu, med najvišjimi v EU, in celo višji od deleža dečkov z visokim FAS v nekaterih državah. Podobno velja tudi za dekleta.

## Zaključek

Slovenija je pri nekaterih kazalnikih zdravja ohranila že tradicionalno dober rezultat (npr. umrljivost dojenčkov), pri nekaterih kazalnikih je še vedno med najslabšimi državami v EU (npr. umrljivost zaradi samomorov), pri večini kazalnikov zdravja pa je uvrščena nekje v sredino evropskih držav (npr. pričakovano trajanje življenja).

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je nekoliko nad povprečjem držav EU28, vrzel v pričakovanem trajanju življenja med moškimi in ženskami pa ostaja večja kot v EU28.

V Sloveniji nam je v primerjavi z drugimi državami EU tudi v času ekonomske krize in po njej uspelo ohraniti relativno dobro zdravje prebivalstva kljub relativno majhnim izdatkom za zdravstvo. Neposredni izdatki za zdravstvo so v Sloveniji že 15 let bistveno nižji od povprečja v državah EU. Zelo nizek je tudi delež neposrednih izdatkov iz žepa za zdravstvo v končni potrošnji gospodinjstev, je pa delež izdatkov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji najvišji med državami EU. Skrb zbujajoče je poslabševanje finančne dostopnosti storitev dolgotrajne oskrbe, saj so se v Sloveniji zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo v zadnjih 15 letih povečali kar za 60 %.

Glede socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju se Slovenija podobno kot druge države pri nekaterih kazalnikih umešča dobro ali zelo dobro (prevalenca kroničnih bolezni, debelost pri moških, kajenje pri ženskah, neizpolnjene potrebe po zdravljenju zaradi čakalnih dob), pri drugih pa precej slabo (debelost žensk, samoocena zdravja, obiski pri specialistu in zobozdravniku, neizpolnjene potrebe po zdravljenju).

Zato je za zmanjševanje neenakosti poleg že znanih ukrepov nujno tudi meriti neenakosti na način, ki je primerljiv v vseh evropskih državah. To omogoča po eni strani širši pogled na neenakosti, po drugi strani pa tudi prenos dobrih praks iz držav, ki so neenakosti uspele zmanjšati.



## 2.3 Izbrani kazalniki neenakosti v Sloveniji

Nanizali smo kazalnike zdravja od z zdravjem povezanega vedenjskega sloga, bolezni in vzrokov smrti do socialno-ekonomskega položaja in dostopnosti zdravstvenega sistema, s katerimi osvetljujemo trenutno stanje in najpomembnejše vplive na socialno-ekonomske neenakosti v zdravju. Vrzeli v zdravju smo prikazali za več kot desetletje nazaj in poskušali oceniti, ali se neenakosti v zdravju zmanjšujejo, ostajajo enake ali se povečujejo.

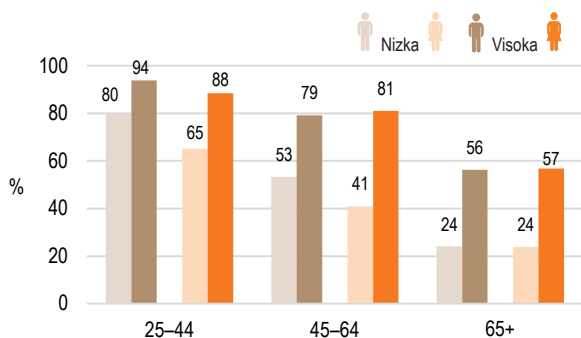
### 2.3.1 Neenakosti v zdravju skozi potek življenja

*Avtorji: Ivan Eržen, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Marjetka Hovnik-Keršmanc, Helena Jeriček Klanšček, Blashko Kasapinov, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Darja Lavtar, Barbara Mihevc Ponikvar, Ticijana Prijon, Sandra Radoš-Krnel, Maruša Rehberger, Mateja Rok Simon, Maja Roškar, Andreja Rudolf, Matej Vinko, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Tina Zupanič (vsi NIJZ), Ana Mihor (OI RRRS)*

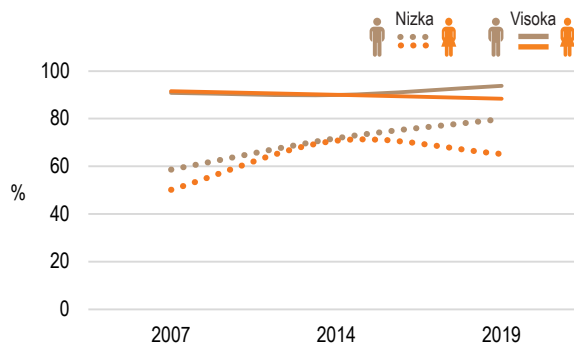
## SAMOOCENA DOBREGA ALI ZELO DOBREGA ZDRAVJA

Avtorja: Blashko Kasapinov, Metka Zaletel

Samoocena zdravja je kazalnik osebnega dojemanja zdravja, ki se pogosto uporablja v zdravstvenih, psiholoških in kliničnih raziskavah. Osebno dojetje zdravja naj bi odsevalo biološke, socialno-ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja posameznika, ta pa ga določi preko odgovora na eno vprašanje. Na samooceno zdravja vpliva veliko različnih dejavnikov, kot so starost, spol, izobrazba, materialno stanje in socialni položaj. V splošnem velja, da osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem in ženske svoje zdravje ocenjujejo slabše kot tisti z višjim položajem in moški.



Slika 2.17: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, po spolu, starostnih skupinah in izobrazbi v Sloveniji v letu 2019



Slika 2.18: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, v starostni skupini 25–44 let po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih

Podobno kot ugotavljajo tuje in predhodne slovenske študije, tudi v Sloveniji v letu 2019 ugotavljamo, da je slabša samoocena zdravja povezana z nizko stopnjo izobrazbe (47, 48). Vrzel v dobri in zelo dobri samooceni zdravja med visoko in nizko izobraženimi se povečuje s starostjo, in sicer pri moških od 13,9 % v starostni skupini 25–44 let na 32,2 % v starostni skupini nad 65 let. Podobno je tudi pri ženskah, kjer vrzel prav tako narašča s starostjo, s 23,2 % na 33 %, sicer je vrzel največja v starostni skupini 45–64 let. Mlajši moški v vseh izobrazbenih skupinah v celoti bolje ocenjujejo svoje zdravje kot ženske, pri starejših skupinah pa se razlike med spoloma zmanjšujejo.

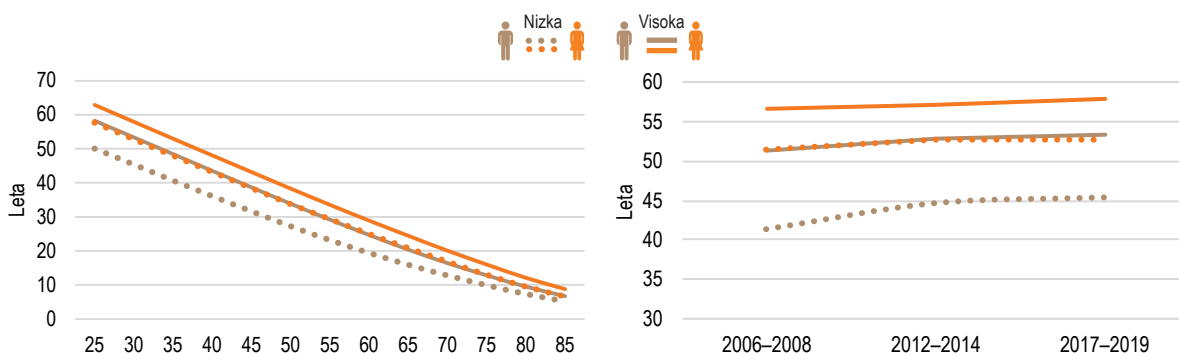
Trendi v opazovanih obdobjih kažejo, da narašča delež posameznikov, ki ocenjujejo svoje zdravje kot dobro in zelo dobro tako pri moških kot pri ženskah, naraščanje beležimo pri vseh starostnih skupinah. Vendar pa vrzel med spoloma še vedno obstaja (7,3 % v letu 2019), hkrati pa se je vrzel po izobrazbi zmanjšala (53 % v letu 2007 in 43 % v letu 2019). Zmanjšanje izobrazbene vrzeli lahko opazimo pri moških v vseh starostnih skupinah, pri ženskah pa se je zmanjšala samo v starostni skupini 25–44 let, v drugih starostnih skupinah sprememba trenda ni značilna.

Podatki kažejo, da se je v obdobju 2007–2019 povečal delež prebivalstva, starega več kot 25 let, ki ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro; hkrati pa se Slovenija s tem kazalnikom umešča v povprečje držav članic EU. Čeprav se vrzel med nizko in visoko izobraženimi zmanjšuje, je ta še vedno velika. Vrzel med moškimi in ženskami je v opazovanih obdobjih relativno stabilna. Ta razlika med spoloma je dokumentirana v raziskavah, temelji na kombinaciji bioloških dejavnikov in družbene neenakosti med spoloma (49). Čeprav so družbe vse bolj izenačene, vztrajne neenakosti v izobraževanju, zaposlovanju in dohodkih še vedno vodijo v trajne neenakosti v zdravju med moškimi in ženskami, a tudi države z večjo enakostjo spolov v družbi ne dosegajo večje enakosti v zdravju. Neenakosti v zdravju med izobraženimi skupinami pojasnjujejo različni koncepti, ki se osredotočajo na vedenjske, materialne in psihosocialne dejavnike. Študije so pokazale, da obstaja povezava med samooceno zdravja, boleznimi, povezanimi z življenjskim slogom (npr. sladkorno boleznijo, zvišanim krvnim tlakom), življenjskimi navadami (npr. kajenjem, redno telesno vadbo) in debelostjo (50). Še posebno močna je povezava z umrljivostjo, saj so raziskave pokazale, da imajo osebe, ki samoporočajo o slabšem zdravju, dvakrat ali celo večje tveganje za prezgodnjo umrljivost v prihodnosti (51, 52). Spodbujanje socialnega vključevanja zlasti pri osebah z nizko izobrazbo je ustrezen ukrep za zmanjšanje neenakosti v samooceni zdravja. Sodelovanje v družbenih dejavnostih pomeni fizično vključevanje v družbo, zagotavlja čustveno podporo, daje občutek pomena in pripadnosti ter povečuje verjetnost dolgoročne blaginje posameznika, zlasti pri starejših (53).

## PRIČAKOVANO TRAJANJE ŽIVLJENJA PRI 30. LETU

Avtorja: Tatjana Kofol Bric, Blashko Kasapinov

Pričakovano trajanje življenja je novejša mera, ki prikazuje pričakovana leta življenja ob rojstvu ali izbrani že doseženi starosti. Izračun temelji na vzorcih umiranja v opazovanem obdobju in predpostavki, da se bodo ti vzorci ohranjali. Osnova za izračun so triletna povprečja stopenj umrljivosti. Ker se v večini družb pričakovano trajanje življenja moških in žensk pomembno razlikuje, je pričakovano trajanje življenja pogosto prikazano ločeno po spolu, pogosto ob rojstvu in 65. letu starosti. Prikaz kazalnika glede na socialno-ekonomski položaj, ki je določen z doseženo izobrazbo, običajno kaže pričakovano trajanje življenja pri 30. letu starosti.



Slika 2.19: Pričakovano trajanje življenja po spolu in izobrazbi v Sloveniji v obdobju 2017–2019

Slika 2.20: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih

Pričakovano trajanje življenja moških ob dopolnjenem 30. letu se v opazovanih obdobjih povečuje pri vseh izobrazbenih skupinah. Ko primerjamo obdobji 2012–2014 in 2017–2019, se ohranja vrzel pribl. 8 let razlike med pričakovanim trajanjem življenja visoko in nizko izobraženih moških, kar je izrazito zmanjšanje vrzeli po izobrazbi iz obdobja 2006–2008. Pri ženskah se pričakovano trajanje življenja pri 30. letu podaljšuje, vendar ne v vseh izobrazbenih skupinah. V obdobju 2017–2019 je pri nizko izobraženih ženskah pričakovano trajanje življenja ostalo enako, kot je bilo v obdobju 2012–2014. Podaljšalo se je pričakovano trajanje življenja visoko izobraženih žensk, kar je povzročilo, da se je vrzel med obema izobrazbenima skupinama žensk povečala na 5,1 let, medtem ko je bila v obdobju 2012–14 le 4,4 leta, v obdobju 2006–08 pa 5 let.

Pričakovano trajanje življenja nizko izobraženih žensk je skoraj enako pričakovanemu trajanju življenja visoko izobraženih moških, le v zadnjem opazovanem obdobju je opazna razlika v korist daljšega življenja visoko izobraženih moških. K razliki po izobrazbi pri moških največ prispeva prezgodnje umiranje nizko izobraženih moških med 60. in 70. letom starosti, k razliki po izobrazbi pri ženskah pa največ prispeva umiranje nizko izobraženih žensk po 85. letu starosti.

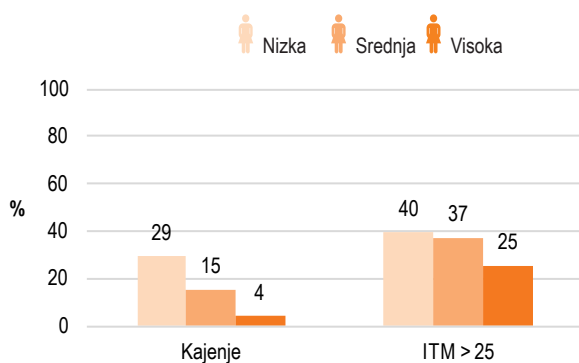
Prikazani podatki za Slovenijo kažejo med zadnjima opazovanima obdobjema povečanje izobrazbene vrzeli v pričakovanem trajanju življenja pri ženskah. Izobrazbena razlika v umiranju žensk se enakomerno nabira v vseh življenjskih obdobjih, poveča pa se v zadnjem obdobju življenja. Prepričljive vzroke za povečanje vrzeli pri ženskah je zato treba poleg že znane različne razširjenosti dejavnikov tveganega vedenjskega sloga med izobrazbenimi skupinami iskati in obravnavati tudi v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

Neenakosti v pričakovanem trajanju življenja glede na izobrazbo so na splošno večje pri moških kot pri ženskah, posebno v centralni in vzhodni Evropi. Za 14 evropskih držav, kjer je na voljo podatek o izobrazbi umrlih, je povprečno pričakovano trajanje življenja moškega pri 30. letu z nizko izobrazbo za 7 let krajše kot moškega z visoko izobrazbo. Izobrazbena vrzel pri ženskah je v povprečju štirinajstih držav okoli 3 leta (54). Pri analizi osmih dejavnikov tveganja, ki značilno predstavljajo različna področja življenja in z njimi povezane politike v izbranih državah EU, so k izobrazbeni vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med 35. in 80. letom starosti največ prispevali kajenje, nizek dohodek, debelost ter premajhno uživanje sadja in zelenjave. Med državami obstajajo velike razlike v pomembnosti opazovanih dejavnikov tveganja (55). S tem so povezane tudi različne prioritete držav pri ukrepih, ki posledično podaljšujejo pričakovano trajanje življenja in zmanjšujejo socialno-ekonomske neenakosti.

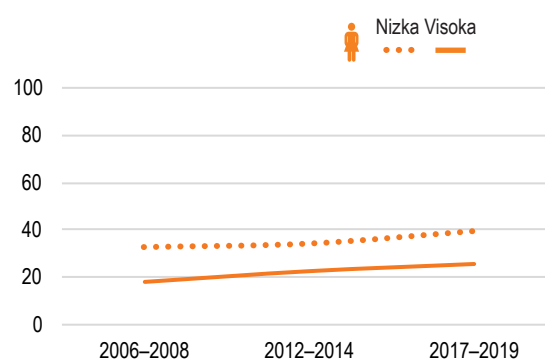
## ŽIVLJENJSKI SLOG V NOSEČNOSTI

Avtorica: Barbara Mihevc Ponikvar

Splošno zdravstveno stanje in življenjski slog žensk v rodni dobi vplivata na potek in izide nosečnosti. Med pomembnejšimi dejavniki, ki lahko povzročajo zaplete v nosečnosti in tudi dolgoročno vplivajo na zdravje novorojenega otroka, sta kajenje v nosečnosti ter prekomerna prehranjenost nosečnice (56). Zato v tem poglavju prikazujemo delež žensk, ki v nosečnosti kadijo, ter delež žensk s prekomerno prehranjenostjo ali debelostjo (indeks telesne mase – ITM več kot 25) v začetku nosečnosti.



Slika 2.21: Deleži kadilk in žensk z ITM > 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi, 2017–2019



Slika 2.22: Delež žensk z ITM > 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih

V letih 2017–2019 je v nosečnosti kadilo 10,2 % žensk. S starostjo je delež kadilk upadal, do vključno 24. leta je kadilo 19,1 %, med 25. in 34. letom 9,2 % in po 35. letu 8,6 % nosečnic. Še večje so bile razlike med ženskami z različno stopnjo izobrazbe (slika 2.21); delež kadilk med najmanj izobraženimi je bil skoraj 8-krat višji kot med najbolj izobraženimi, štirikrat pogosteje kot najbolj izobražene pa so kadile ženske s srednjo izobrazbo. Vrzel med najnižjo in najvišjo izobrazbeno skupino se v obdobju 2006–2019 ni spremenila.

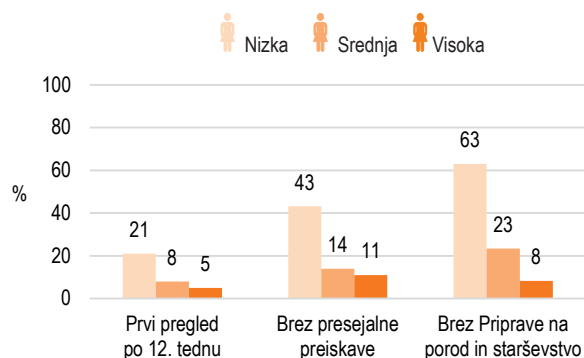
V omenjenem obdobju opažamo neugoden trend naraščanja deleža žensk s prekomerno prehranjenostjo in debelostjo. V letih 2017–2019 je imelo ITM več kot 25 v začetku nosečnosti že 31,2 % žensk, to je 6 odstotnih točk več kot v letih 2006–2008. Trend naraščanja je bil prisoten v vseh izobrazbenih skupinah, tako se vrzel med najnižje in najvišje izobraženimi ni spremenila (slika 2.22). V letih 2017–2019 so imele najmanj izobražene ženske povprečno za 56 % večje tveganje za ITM več kot 25 v primerjavi z najvišje izobraženimi (slika 2.21), razlika med izobrazbenima skupinama je bila najmanjša pri ženskah, mlajših od 25 let (za 33 % večje tveganje) in največja po 35. letu (za 88 % večje tveganje).

Kajenje je eden najpomembnejših preprečljivih dejavnikov tveganja za zaplete v nosečnosti. Vpliva na rast in razvoj ploda in je povezano z nizko porodno težo, zastojem rasti, mrtvorojenostjo, prezgodnjim porodom in nekaterimi prirojenimi anomalijami. Vse več je dokazov o dolgoročnih vplivih, kot so tveganje za debelost, vedenjske in kognitivne primanjkljaje in prizadetost pljuč (56). Prekomerna prehranjenost in debelost v nosečnosti povečata tveganje za gestacijski diabetes, preeklampsijo, prirojene anomalije, mrtvorojenost, zastoj rasti ali makrosomijo, prezgodnji porod in carski rez. Preko fetalnega programiranja v maternici, epigenetskih procesov in sprememb v mikrobiomu novorojenčka je lahko prizadeto tudi dolgoročno zdravje otroka. Možne posledice so debelost, astma in razvojni zaostanek (56). Življenjski slog je eden od mehanizmov, preko katerih socialno-ekonomski položaj vpliva na izide nosečnosti (57). Med izobrazbenimi skupinami nosečnic so prisotne velike razlike v kajenju in prekomerni prehranjenosti. V primerjavi s predhodnimi leti je zaznati poslabšanje predvsem pri prekomerni prehranjenosti, ob tem ni sprememb v vrzeli med izobrazbenimi skupinami pri nobenem od dejavnikov, kar kaže, da se razlike ne zmanjšujejo. Tako so otroci manj izobraženih mater že pred rojstvom v povprečju izpostavljeni večjim tveganjem z dolgoročnimi posledicami. V programih krepitve zdravja bi bilo treba več pozornosti nameniti mladim ženskam z dejavniki tveganja, še posebno iz deprivilegiranih skupin. Potrebni so tudi usmerjeni programi, kot so na primer programi opuščanja kajenja ali varne vadbe za nosečnice, vsi programi pa naj temeljijo na sodobnih pristopih in naj bodo usmerjeni v opolnomočenje.

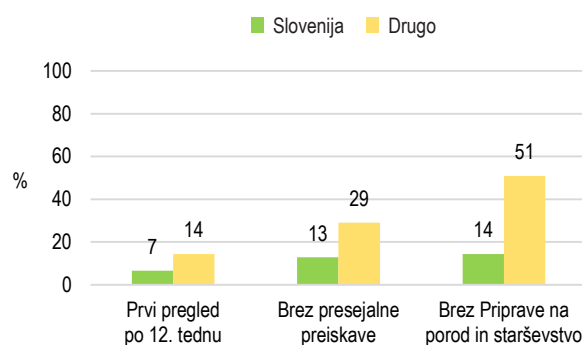
## ZDRAVSTVENO VARSTVO V NOSEČNOSTI

Avtorica: Barbara Mihevc Ponikvar

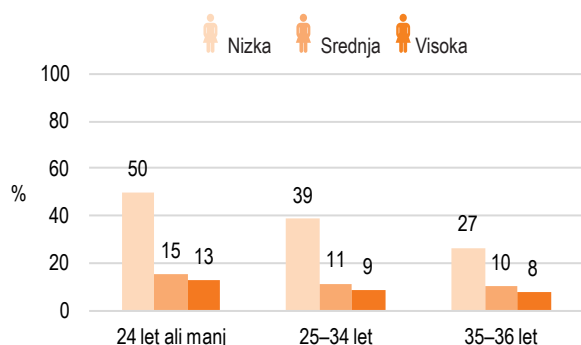
V Sloveniji vsaki nosečnici pripada 10 preventivnih pregledov, prvi naj bi bil opravljen do 12. tedna nosečnosti. Ženskam, ki bodo ob terminu poroda stare 35–37 let, pripada brezplačna presejalna preiskava za odkrivanje kromosomopatij pri plodu, za ostale je samoplačniška. Nosečnica in spremljevalec se lahko udeležita tudi tečaja Priprave na porod in starševstvo (PPS). Med kazalniki koriščenja zdravstvenega varstva v nosečnosti prikazujemo, delež žensk s prvim pregledom po 12. tednu nosečnosti, delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile PPS in delež žensk brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije v nosečnosti.



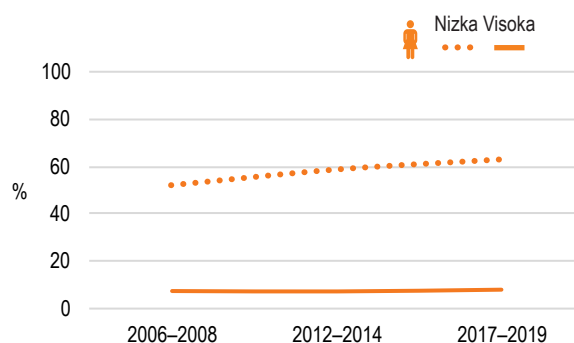
Slika 2.23: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po izobrazbi, 2017–2019



Slika 2.24: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po državi prvega bivališča, 2017–2019



Slika 2.25: Delež nosečnic brez presejalne preiskave na kromosomopatije, po izobrazbi in starosti, 2017–2019



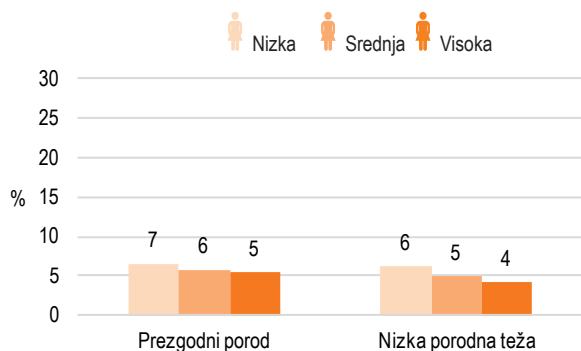
Slika 2.26: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile PPS, po izobrazbi in časovnih obdobjih

Namen preventivnih aktivnosti v nosečnosti je varovanje zdravja matere in ploda z zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem zapletov, odkrivanjem povečanega tveganja za prirojene nepravilnosti, krepitevjo zdravega življenjskega sloga ter pripravo na porod in skrb za dojenčka. V letih 2017–2019 je prvi pregled pozno v nosečnosti (po 12. tednu) opravilo 8,3 % žensk, med mlajšimi od 25 let 15,8 %. PPS se ni udeležilo 19,6 % prvorodk, med mlajšimi kar 40,7 %, presejalne preiskave na kromosomopatije pa ni opravilo 15,5 % žensk. Pri vseh treh kazalnikih so prisotne velike razlike med izobrazbenimi skupinami in glede na državo prvega bivališča nosečnice (sliki 2.23 in 2.24). Pri presejalni preiskavi je razlika med izobrazbenimi skupinami najnižja med 35. in 37. letom, ko je preiskava brezplačna (slika 2.25), kar kaže na to, da lahko k razlikam med izobrazbenimi skupinami prispeva tudi nezmožnost pokritja stroška preiskave. Delež žensk s poznim prvim pregledom in brez presejalne preiskave sta se v primerjavi s predhodnimi obdobji zmanjšala. Nasprotno je porasel delež prvorodk, ki niso obiskovale PPS, povečala pa se je tudi vrzel med izobrazbenimi skupinami (slika 2.26). Pri koriščenju storitev zdravstvenega varstva v nosečnosti ugotavljamo slabši odziv mlajših, nizko izobraženih žensk in priseljenk. Prisotne razlike so velike, če jih želimo zmanjšati, bo treba več vlagati v ozaveščenost ciljnih skupin, prilagoditi preventivne programe ranljivim skupinam žensk ter zagotoviti brezplačno dostopnost vseh storitev, ki lahko pomembno prispevajo k zdravju v nosečnosti. Spodbujanje zdravega načina življenja žensk in moških v reproduktivnem obdobju, pred zanositvijo in v obdobju nosečnosti ter obdobju dojenčka je zelo smiselno in stroškovno učinkovito.

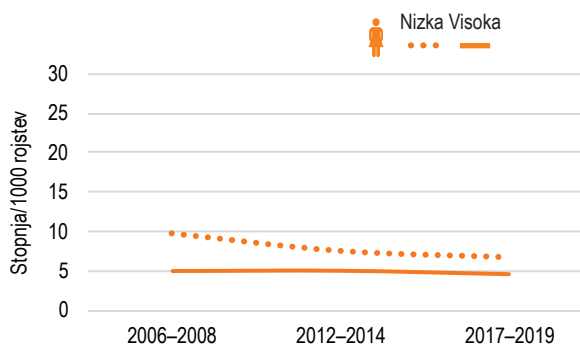
## IZIDI NOSEČNOSTI

Avtorica: Barbara Mihevc Ponikvar

Prezgodnji porod (pred 37. tednom nosečnosti) in nizka porodna teža (pod 2.500 gramov) sta med najpomembnejšimi vzroki obolevnosti in umrljivosti novorojenčkov in tako sodita med ključne izide nosečnosti. Stopnja perinatalne umrljivosti pa je sploh eden najpomembnejših kazalnikov zdravja in kakovosti zdravstvenega varstva v nosečnosti, med porodom in po njem (56). V poglavju tako prikazujemo delež prezgodaj rojenih enojčkov, delež enojčkov z nizko porodno težo ter stopnjo perinatalne umrljivosti enojčkov (vsota števila mrtvorjenih in števila otrok umrlih v starosti 0–6 dni na 1.000 rojstev).



Slika 2.27: Deleži prezgodnjih porodov in enojčkov s težo pod 2.500 g, po izobrazbi matere, 2017–2019



Slika 2.28: Stopnja perinatalne umrljivosti enojčkov, po časovnih obdobjih in izobrazbi matere

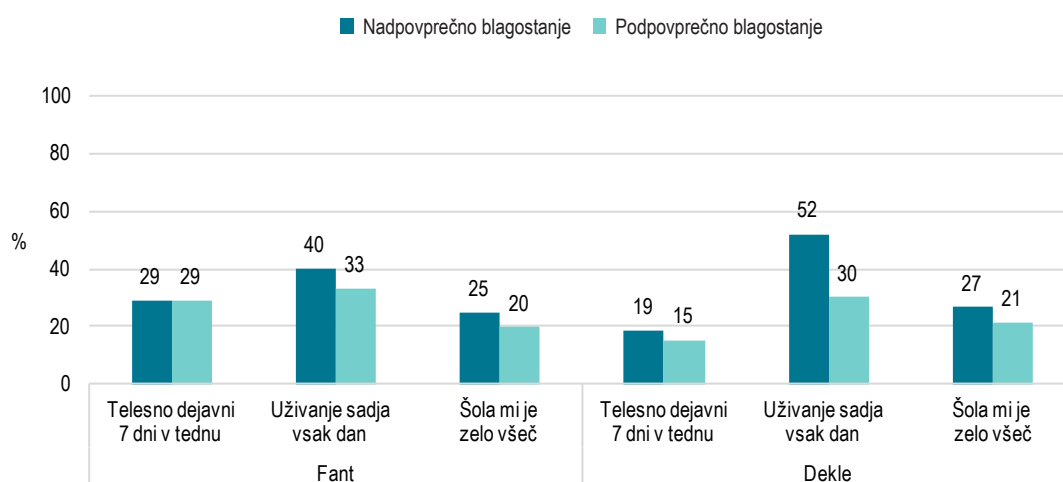
V letih 2017–2019 je bilo prezgodaj rojenih 5,6 % enojčkov, nizko porodno težo pa je imelo 4,6 % enojčkov. Pri ženskah z nizko izobrazbo je bilo tveganje za prezgodnji porod za 23 % višje, tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo pa za 49 % višje kot visoko izobraženih (slika 2.27). Po 35. letu starosti sta bili omenjeni tveganji višji že za 51 oziroma 85 %. Tveganje za perinatalno smrt enojčka je bilo pri nizko izobraženih ženskah za 50 % višje kot pri visoko izobraženih, a razlika ni statistično značilna. Postane pa razlika večja (2,4-kratna) in značilna, če iz primerjave izključimo umetno sprožene prekinitve nosečnosti zaradi razvojnih nepravilnosti otroka. Deleža prezgodaj rojenih enojčkov in enojčkov z nizko porodno težo se v obdobju 2006–2019 nista pomembno spremenila, prav tako ni bilo značilnih sprememb v vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ženskami. Pri perinatalni umrljivosti enojčkov pa se v tem obdobju nakazuje zmanjšanje stopnje, a statistično ni značilno. Ugotavljamo tudi precejšnje absolutno zmanjšanje vrzeli v perinatalni umrljivosti enojčkov med nizko in visoko izobraženimi ženskami (slika 2.28), vendar pa, upoštevaje spremembe v starostni strukturi mater, relativne razlike ravno tako niso statistično značilne.

Prezgodaj rojeni otroci imajo povečano tveganje za smrt, obolevnost, moten motorični in kognitivni razvoj ter tveganje za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni pozneje v življenju. Nizka porodna teža je pogostejša pri multipli nosečnosti in prezgodnjem porodu, lahko se pojavi tudi pri donošenih otrocih kot znak zastoja rasti. Otroci z nizko porodno težo imajo prav tako večje tveganje za slabe perinatalne izide ter dolgoročne kognitivne in motorične okvare, srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen in metabolni sindrom (56). Pri nižje izobraženih materah ugotavljamo večje tveganje za prezgodnji porod in nizko porodno težo otroka. Že v predhodnih analizah smo ugotavljali tudi večjo umrljivost njihovih otrok (24). Podobne neenakosti so prisotne tudi v nekaterih drugih razvitih državah s sicer ugodnimi perinatalnimi izidi (58). Tovrstne neenakosti imajo podlago v tako imenovanih strukturnih dejavnikih tveganja, kot so nizka izobrazba in dohodek, priseljski status in življenje v deprivilegiranih območjih. Zaradi dolgoročnih posledic na zdravje predstavljajo velik izziv za politične odločevalce in zdravstvene sisteme (59). Potrebe socialno-ekonomsko prikrajšanih nosečnic so lahko zelo kompleksne, saj se pogosto soočajo s številnimi izzivi, kot so stres, težave v duševnem zdravju, bolezni odvisnosti, izpostavljenost nasilju in drugo (60). Zato je nujna krepitev obporodne zdravstvene skrbi, ki naj bo individualizirana in naj vključuje vidike telesnega, duševnega, čustvenega in socialnega zdravja, večjo ozaveščenost strokovnjakov za prepoznavanje in posebno skrb za ranljive skupine nosečnic ter usmerjanje v celostne programe pomoči, ki jih je treba v Sloveniji še razviti.

## ZDRAVJE IN Z ZDRAVJEM POVEZANA VEDENJA PRI MLADOSTNIKI

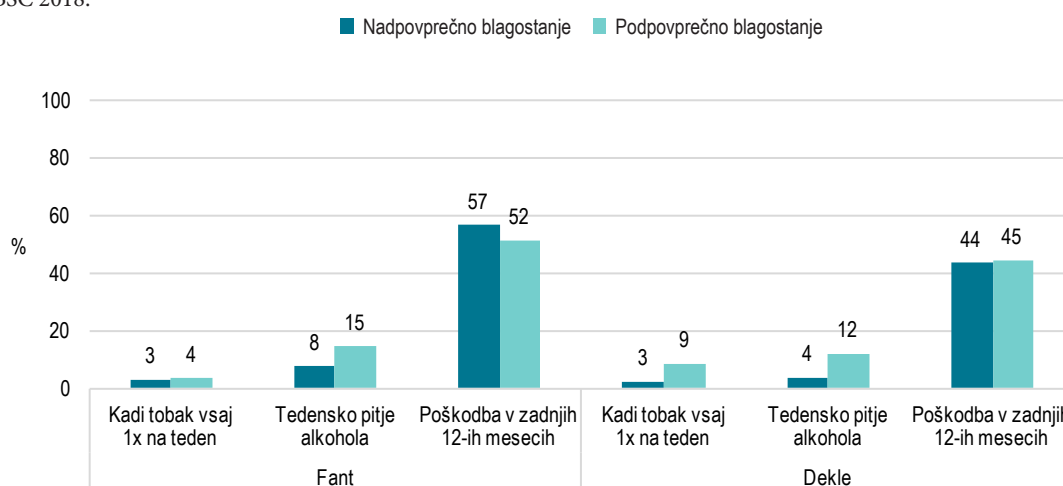
Avtorici: Helena Jeriček Klanšček, Tina Zupanič

Študije v zadnjih desetletjih kažejo, da so mladostniki, ki odraščajo v socialno in materialno deprivilegiranih družinah, bolj izpostavljeni slabšemu zdravju in tveganim vedenjem kot tisti, ki prihajajo iz socialno in materialno privilegiranih družin (61-75). Ena od pomembnih mednarodnih študij Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (Health Behavior in School-aged Children – HBSC) nam omogoča vpogled v razlike med najbolj materialno privilegirano in najmanj privilegirano skupino 11-, 13- in 15-letnikov v izbranih kazalnikih na področju tveganih vedenj, življenjskega sloga, samoocene fizičnega in duševnega zdravja (61). Boljše razumevanje neenakosti v zdravju in vedenjih, povezanih z zdravjem med mladostniki, nam lahko omogoča prepoznavanje vzrokov in načinov vzpostavljanja ter ohranjanja neenakosti v zdravju med odraslimi ter načrtovanje možnih načinov ukrepanja.



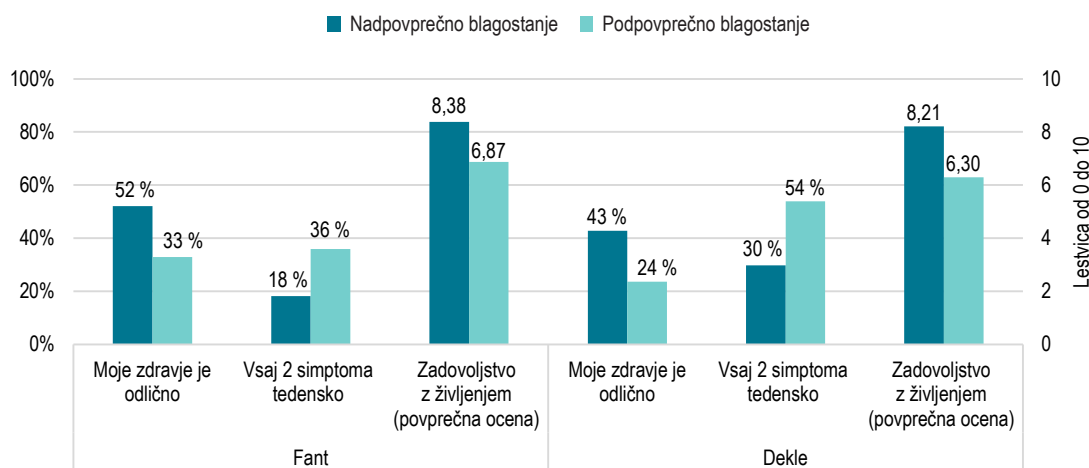
Slika 2.29: Izbrani kazalniki življenjskega sloga in odnosa do šole glede na samoocenjeno denarno blagostanje (nad- ali podpovprečno) po spolu, 2018

Vir: HBSC 2018.



Slika 2.30: Izbrani kazalniki tveganih vedenj in poškodb glede na samoocenjeno denarno blagostanje (nad- ali podpovprečno) po spolu, 2018

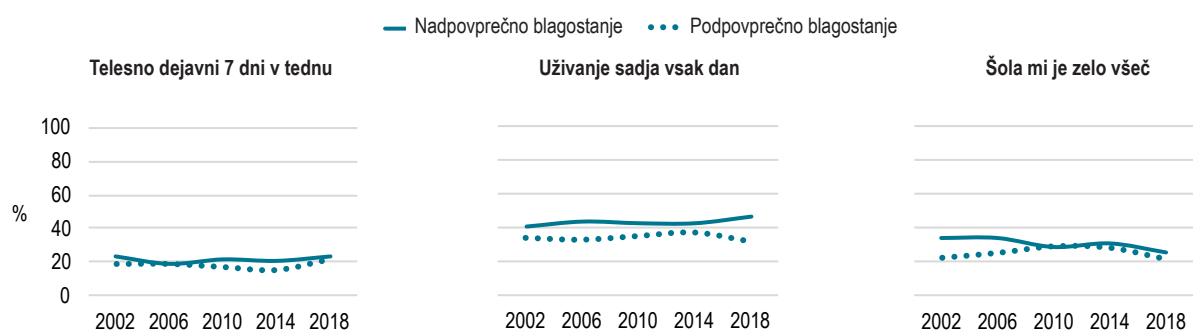
Vir: HBSC 2018.



Slika 2.31: Izbrani kazalniki zdravja in povprečje zadovoljstva z življenjem glede na samoocenjeno denarno blagostanje (nad- ali podpovprečno) po spolu

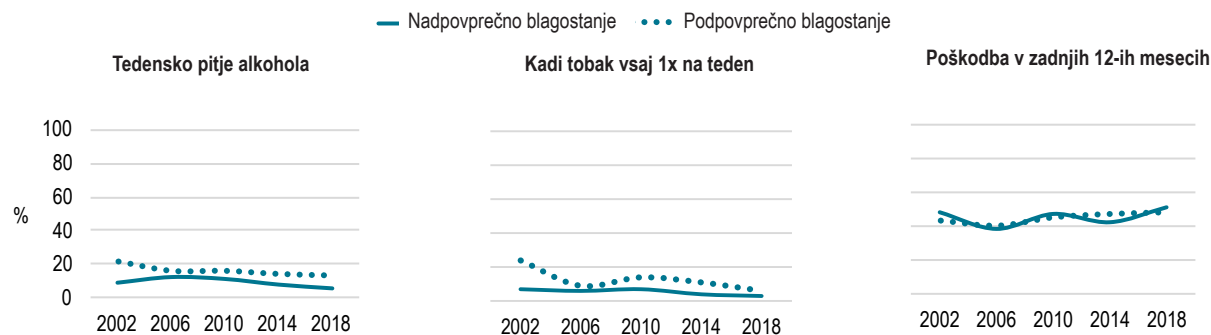
Vir: HBSC 2018.

Primerjave med skupinama mladostnikov z nadpovprečno in podpovprečno ocenjenim blagostanjem iz leta 2018 kažejo, da so mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem pogosteje telesno aktivni, uživajo več sadja, manj kadijo in manj pijejo alkohol, doživljajo manj psihosomatskih simptomov, ocenjujejo svoje zdravje in zadovoljstvo kot boljše od mladostnikov s podpovprečno ocenjenim blagostanjem (slike 2.29 – 2.31). Razlike med skupinama so večinoma pomembne, razen pri telesni dejavnosti in poškodbah, kjer ni razlik med tistimi z nad- in podpovprečnim blagostanjem. Med spoloma je več pomembnih razlik pri skupini z nadpovprečno ocenjenim blagostanjem v primerjavi s skupino mladostnikov s podpovprečno ocenjenim blagostanjem, kjer je razlik med spoloma manj.



Slika 2.32: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov življenjskega sloga in odnosa do šole med tistimi z nad- in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki

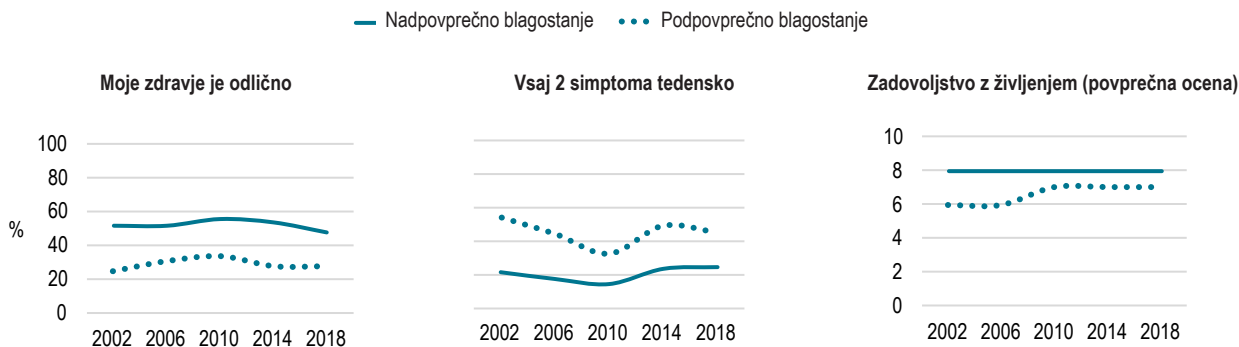
Vir: HBSC, 2018



Slika 2.33: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov tveganih vedenj in poškodb med tistimi z nad- in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki

Vir: HBSC, 2018





Slika 2.34: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji v zadovoljstvu z življenjem med tistimi z nad- in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- 15-letniki

Vir: HBSC, 2018

Vrzeli oz. razlike se v obdobju 2002–2018 (med skupinama mladostnikov z nad- in podpovprečno ocenjenim blagostanjem) večinoma niso povečale, razen pri uživanju sadja. Največje vrzeli oz. razlike med nad- in podpovprečno skupino so pri odlično samoocenjenem zdravju, in sicer je tistih, ki menijo, da je njihovo zdravje odlično, v skupini z nadpovprečnim blagostanjem skoraj dvakrat toliko kot tistih v skupini s podpovprečnim blagostanjem. Velika vrzel ali razlika je tudi med nad- in podpovprečno skupino pri doživljanju psihosomatskih simptomov in zadovoljstvu z življenjem; pri drugih kazalnikih so razlike med skupinama manjše.

Izračun populaciji pripisljivega deleža (PAF) v raziskavi iz leta 2018 pokaže, da bi bilo pri mladostnikih:

- tedensko kajenje za 18,5 % nižje, če bi vsi kadili toliko, kot kadijo v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko pitje alkohola za 14,8 % nižje, če bi vsi pili toliko alkohola, kot ga pijejo v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- odlično ocenjeno zdravje za 13,5 % višje, če bi vsi ocenili svoje zdravje tako kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko doživljanje psihosomatskih simptomov za 11,5 % nižje, če bi vsi doživljali psihosomatske simptome kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem.

Pri ostalih kazalnikih pa so razlike pod 10 % (dnevno uživanje sadja bi bilo višje za 7,4 %, če bi vsi uživali toliko sadja kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem; telesna dejavnost bi bila višja za 6,8 %, če bi bili vsi toliko telesno dejavni kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem; za 5 % bi bila višja prevalenca tistih, ki jim je šola všeč, če bi vsi doživljali šolo kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem; zadovoljstvo z življenjem bi bilo za 4,2 % višje, če bi vsi zadovoljni toliko, kot so v skupini z nadpovprečnim blagostanjem).

Kljub ugodnemu trendu nekaterih z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih v zadnjih letih lahko opazimo precejšnje razlike, ki izvirajo iz socialnoekonomskega stanja družine (61). Mladostniki, ki nadpovprečno ocenjujejo blagostanje svoje družine, so bolj fizično aktivni, se bolj zdravo prehranjujejo in redkeje posegajo po alkoholu ali tobaku. Zmanjševanje neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenj mladostnikov je ključno tako za omogočanje bolj zdravega mladostništva kot tudi za zmanjševanje neenakosti v zdravju odraslih.

Splošni ukrepi, ki izboljšujejo zdravje v celotni populaciji mladostnikov, med drugim vključujejo spodbujanje avtonomije mladostnikov v varnem okolju, lajšanje dostopa do zdrave in kvalitetne prehrane, večanje možnosti za športno udejstvovanje, ohranjanje varnosti v lokalnem okolju ter aktivno vključenost skupnosti v programe za promocijo zdravja, preventivne programe in delavnice. Na področju alkohola in tobaka se je kot najučinkovitejša pokazala kombinacija ukrepov, kot so večji nadzor nad prodajo alkohola in tobaka, časovno in starostno omejevanje možnosti nakupa, zmanjšanje splošne dostopnosti in ponekod tudi povišanje cen alkohola in tobacnih izdelkov ter zmanjšanje njune sprejemljivosti v splošni populaciji (61-75).

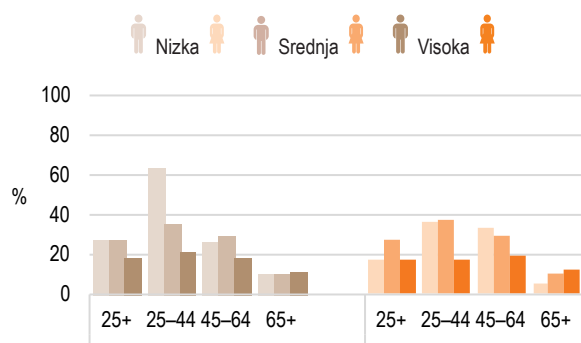
Domače in šolsko okolje ostajata glavni socialni okolji, v katerem mladostniki odraščajo in se razvijajo. Šole so tako idealen prostor za spremembo in krepitev zdravega vedenja tudi pri posameznikih iz ekonomsko deprivilegiranih okolij. Šole lahko nudijo dostop do zdrave prehrane in zadostne fizične aktivnosti, s krepitvijo kakovostne socialne mreže mladostnikov pa lahko spodbujajo tudi druga z zdravjem povezana vedenja (61), (73). Zmanjševanje dostopnosti nezdrave hrane v šolah naj bi bilo učinkovitejše od zgolj ponudbe zdrave brez umika nezdrave hrane (73). Strategije na ravni družine bi morale biti usmerjene v učenje pozitivnih starševskih spretnosti, psihoedukacijo o vlogi in pomenu zdravega vedenja ter višanje stopnje sodelovanja staršev s šolo in skupnostjo, v kateri potekajo organizirane aktivnosti (61, 71, 72).

Eden od ukrepov je tudi spodbujanje kakovostnega preživljanja prostega časa ter organiziranih prostočasnih (športnih) aktivnosti, saj se mladostniki iz družin z nižjim socialno-ekonomskim položajem ter enostarševskih družin vanje redkeje vključujejo (71, 72). Možnost sodelovanja v organiziranih športnih ali umetniških aktivnostih ter vključenost v mladinske organizacije so povezani z višjo stopnjo psihosocialne prilagojenosti ter večjo stopnjo subjektivnega blagostanja (71). Pri tem je poseben poudarek treba nameniti športnim aktivnostim, saj se vključenost vanje pozitivno povezuje z boljšim zdravjem in manj psihosomatskimi težavami (71, 72, 74, 75). Fizično bolj aktivni posamezniki iz okolij z nižjim socialno-ekonomskim položajem pogosteje poročajo o visoki subjektivni oceni zdravja kot posamezniki iz okolij z višjim socialno-ekonomskim položajem, ki niso fizično aktivni (74, 75). Mladostnikom iz manj privilegiranih okolij bi bilo treba omogočiti boljšo dostopnost do zdravih aktivnosti ter spodbujati kakovostno preživljanja prostega časa ter tudi spodbujati starše, da se vključijo v organizacijo in so tudi sami dober zgled.

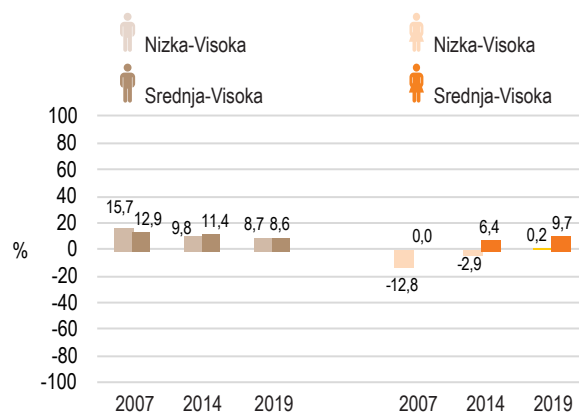
## KAJENJE TOBAKA

Avtorice: Helena Koprivnikar, Darja Lavtar, Maruša Rehberger

Odstotki kadilcev se v svetu in Sloveniji razlikujejo glede na socialno-ekonomski položaj, to so socialno-ekonomske neenakosti v kajenju. Kadi večji delež prebivalcev z nižjim socialno-ekonomskim položajem (običajno prikazano s stopnjo izobrazbe), pri čemer obstajajo razlike po spolu in starosti, skladne s potekom epidemije kajenja. Neenakosti v kajenju so pomemben vzrok neenakosti v zdravju, zato je ključno njihovo spremljanje in izvajanje ukrepov za njihovo zmanjševanje (76-78).



Slika 2.35: Deleži kadilcev (rednih in občasnih) med prebivalci, starimi 25 in več let, skupaj, po spolu, starosti in izobrazbi, 2019



Slika 2.36: Vrzeli v deležu kadilcev (razlika v deležu kadilcev med najnižje in najvišje izobraženimi ter med srednješolsko in najvišje izobraženimi, izražena v odstotnih točkah) med prebivalci, starimi 25 in več let, po spolu, v letih 2007, 2014 in 2019

Deleži kadilcev se skupno, po spolu in starosti razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe (povsod  $p < 0,001$ ). Med moškimi izstopa nižji delež kadilcev med najbolj izobraženimi, med ženskami višji med srednje izobraženimi. Neenakosti v kajenju so pri obeh spolih najizrazitejše v starostni skupini 25–44 let, kjer je delež kadilcev najnižji v skupini z najvišjo stopnjo izobrazbe, to velja tudi pri ženskah v starostni skupini 45–64 let (povsod  $p < 0,05$ ).

V obdobju 2007–2019 se delež kadilcev v vseh izobrazbenih skupinah ni spremenil, po spolu beležimo le znižanje deleža med ženskami v skupini z najvišjo stopnjo izobrazbe ( $p = 0,01$ ). Pri ženskah se je v tem obdobju vrzel v deležu kadilk med najnižje in najvišje izobraženimi (OŠ–VŠ) ter srednješolsko in najvišje izobraženimi (SŠ–VŠ) spreminjala v različne smeri, prva se je absolutno znižala za 13 odstotnih točk, druga pa absolutno zvišala za 10 odstotnih točk. Med moškimi sta se obe vrzeli absolutno znižali (za 7 oziroma 4 odstotne točke).

V Sloveniji beležimo znatne socialno-ekonomske neenakosti v kajenju. Med moškimi z manj kot višjo izobrazbo so odstotki kadilcev 1,5-krat višji kot med tistimi z višjo. Pri ženskah izstopa 1,6-krat višji odstotek kadilk med srednješolsko izobraženimi. Če bi v vseh izobrazbenih skupinah uspeli znižati odstotek kadilcev na raven med najvišje izobraženimi, bi se pri moških odstotek kadilcev znižal za četrtno, pri ženskah za petino. Neenakosti v kajenju so najizrazitejše med mlajšimi (25–44 let), kar kaže verjetno večanje neenakosti v kajenju v prihodnosti. Med moškimi z najnižjo izobrazbo je odstotek kadilcev 3-krat višji, med ženskami z manj kot višjo stopnjo izobrazbe pa 2-krat višji kot med najvišje izobraženimi.

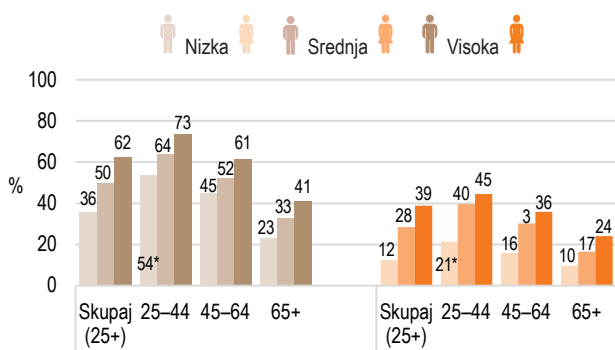
V obdobju 2007–2019 se je med ženskami vrzel med najnižje in najvišje izobraženimi izničila, za 10 odstotnih točk pa se je zvišala vrzel med srednješolsko in najvišje izobraženimi, tako je zdaj odstotek kadilk najvišji med srednješolsko izobraženimi. Med moškimi so se vrzeli v kajenju zmanjšale za do 7 odstotnih točk.

Zmanjševanje neenakosti v kajenju je ključno za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Ukrepi, ki zmanjšujejo neenakosti v kajenju, so zvišanje cen oziroma zmanjšanje cenovne dostopnosti tobačnih izdelkov in nacionalni programi opuščanja kajenja, ki ciljano zajemajo večji delež kadilcev z nizkim socialno-ekonomskim položajem (79-81). Ocenjuje se, da dolgoročno verjetno vsi ukrepi nadzora nad tobakom zmanjšujejo neenakosti v kajenju (82).

## ALKOHOL – OPIJANJE

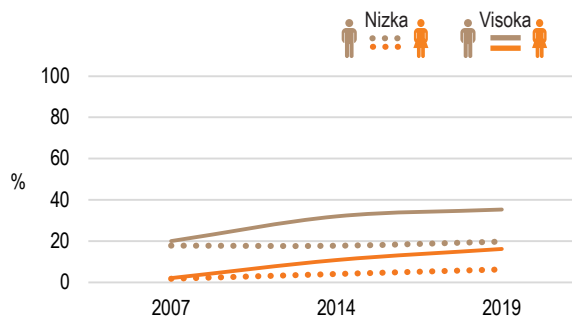
Avtorici: Marjetka Hovnik-Keršmanc, Maja Roškar

Opijanje, ki predstavlja visoko tvegan način pitja alkohola, je pomemben dejavnik tveganja za škodljive posledice in zmanjšuje dobrobit posameznika in njegovih bližnjih. V raziskavi EHIS je opredeljeno kot pitje 6 ali več meric alkohola ob eni priložnosti. Pogostost opijanja se v mnogih državah razlikuje glede na socialno-ekonomski status prebivalcev (83, 84). Za ohranjanje zdravja in dobrobiti prebivalcev je ključno, da socialno-ekonomske neenakosti v pitju alkohola spremljamo in snujemo ukrepe za njihovo zmanjševanje.



Slika 2.37: Deleži oseb, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat opile, med prebivalci Slovenije, po spolu, starosti in izobrazbi, 2019

\*Vrednost je manj natančna.



Slika 2.38: Deleži oseb, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat opile, med nizko in visoko izobraženimi prebivalci Slovenije, starimi 25 in več let, po spolu, v letih 2007, 2014 in 2019

V letu 2019 je 39,5 % oseb poročalo, da so se v preteklem letu vsaj enkrat opile (v nadaljevanju opile). Odstotek je bil med moškimi 1,8-krat višji kot med ženskami. Odstotki oseb, ki so se opile, so se skupno, po spolu in starosti razlikovali glede na stopnjo izobrazbe. Opijanje je pri moških in ženskah v vseh starostnih skupinah najpogostejše med visoko izobraženimi. Razlike v opijanju so najizrazitejše v starostni skupini 25–44 let, kjer je razlika med najbolj in najmanj izobraženimi pri moških 19,7 odstotnih točk, pri ženskah pa kar 23,1 odstotnih točk.

V letih 2007, 2014 in 2019 opazimo znatne vrzeli v pogostosti opijanja med srednje in visoko izobraženimi ter med nizko in visoko izobraženimi osebami; v letu 2019 je vrzel med prvimi znašala 8,7 odstotnih točk, med drugimi pa 29,3 odstotne točke. Odstotki tistih, ki so se opili, so bili med osebami z visoko izobrazbo v letu 2019 2,6-krat višji kot med tistimi z nizko izobrazbo. Vrzeli v opijanju med skupinami oseb z različno stopnjo izobrazbe so bile pri moških in ženskah v vseh letih podobno izrazite (v letu 2019 je bila vrzel med nizko in visoko izobraženimi tako pri moških kot pri ženskah 26,5-odstotna).

V obdobju 2007–2019 se je odstotek oseb, ki so se opile, značilno povišal skupno in v vseh starostnih skupinah. Do porasta je prišlo tudi pri ženskah in visoko izobraženih. V istem obdobju se je vrzel v pogostosti opijanja med osebami z visoko in tistimi z nizko izobrazbo pomembno povečala pri obeh spolih, kar kaže povečevanje razlike v opijanju.

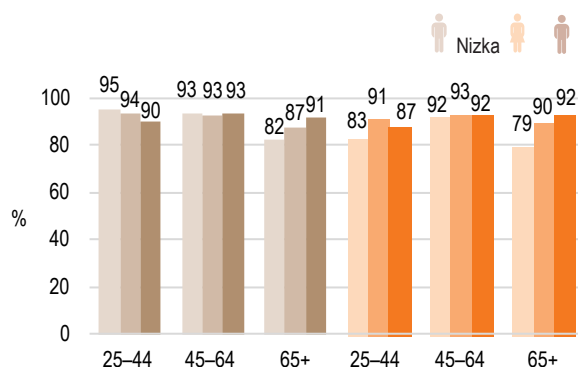
Če bi v letu 2019 imele vse osebe v Sloveniji (stare 25 in več let) enak delež opijanja, kot so ga imele osebe z visoko izobrazbo, bi se delež tistih, ki so se opili, povišal za 22 %. Skupno bi tako znašal 61,5 %. Cilj pa je doseči v vseh skupinah čim manj ali nič opijanja.

V Sloveniji obstajajo izrazite razlike v opijanju, ki je najpogostejše v mlajših starostnih skupinah in med visoko izobraženimi. Ne glede na to avtorji opozarjajo, da so škodljive posledice pitja alkohola bolj izražene pri osebah z nižjim socialno-ekonomskim statusom, čeprav popijejo enake ali celo manjše količine alkohola, gre za t. i. alkoholni paradoks, k čemur lahko prispeva več različnih dejavnikov (npr. drugi dejavniki življenjskega sloga, slabši dostop do zdravstvenih storitev in drugih virov pomoči, stigma) (85, 86, 87). Pomembno je, da se v prizadevanjih za zmanjševanje škode zaradi alkohola usmerjamo v celotno populacijo in sprejemamo ukrepe, ki neenakosti med prebivalci lahko zmanjšajo; med njimi so omejevanje dostopnosti alkohola (npr. poviševanje cen, uvedba minimalne cene, zmanjševanje neregistrirane porabe alkohola) in oglaševanja alkoholnih pijač, ozaveščanje, prepoznavanje in nudenje pomoči osebami, ki pijejo čez mejo manj tveganega pitja, ob sočasnem uvajanju še drugih učinkovitih ukrepov alkoholne politike, še zlasti tistih, ki bodo usmerjeni v zmanjševanje opijanja (88, 89).

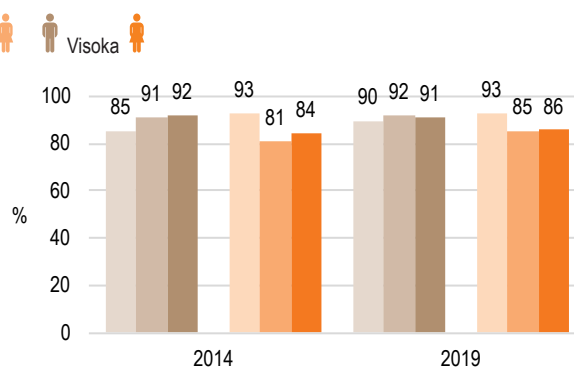
## TELESNA DEJAVNOST

Avtorica: Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Zadostna telesna dejavnost je eden od ključnih varovalnih dejavnikov zdravja, ki zmanjšuje umrljivost zaradi vseh vzrokov in je povezan z zmanjšano pojavnostjo srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2 in nekaterih vrst raka. Povezan je z boljšim duševnim in kognitivnim zdravjem ter spanjem in lahko povečuje socialno vključenost. Po priporočilu SZO naj bodo odrasli redno, in to najmanj 150–300 minut tedensko zmerno do intenzivno ali pa najmanj 75–150 minut tedensko intenzivno telesno dejavni (slika 2.40) (90).



Slika 2.39: Telesno dejavni v skladu s priporočili SZO, po spolu, starosti in izobrazbi v letu 2019



Slika 2.40: Telesno dejavni v skladu s priporočili SZO, po spolu in izobrazbi v letih 2014 in 2019

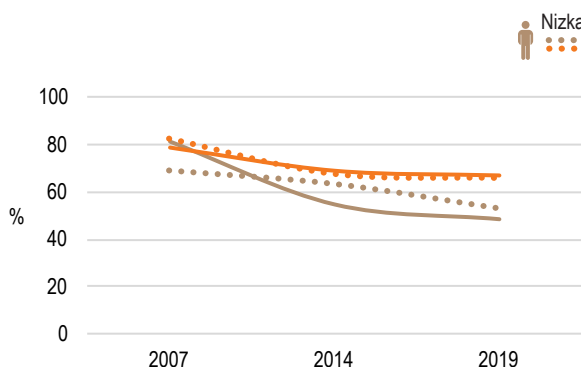
Na vprašanje: “Ali ste dnevno povprečno telesno dejavni vsaj 30 minut ali skupno 150 minut na teden?” je v letu 2019 pritrdilno odgovorilo kar 90 % prebivalcev Slovenije, v letu 2014 pa le odstotek manj, s čimer smo lahko zadovoljni. V letu 2019 razlike po spolu niso značilne, pozitivno je odgovorilo v obeh preiskovanih letih dobrih devet desetih moških in slabih devet desetih žensk. Značilno najbolj telesno dejavni so tisti v starostni skupini od 45 do 64 let (92,7 %), obenem so značilno najmanj dejavni osnovnošolsko in manj izobraženi (85,6 %). Vendar so le pri najstarejših skupinah obeh spolov najbolj telesno dejavni najvišje izobraženi in najmanj osnovnošolsko izobraženi. Pri najstarejši skupini moških so bili v letu 2019 najbolj telesno dejavni tisti z visokošolsko izobrazbo in najmanj osnovnošolsko izobraženi, vendar razlike niso značilne. V letu 2019 je bil delež oseb, ki so telesno dejavne, med osebami z višjo izobrazbo ali več, za 4,5 odstotne točke višji kot pri osebah z osnovnošolsko izobrazbo in manj. Vrzel med najnižje in najvišje izobraženimi se med letoma 2014 in 2019 ni spremenila.

V Sloveniji so prebivalci v veliki meri dnevno povprečno telesno dejavni vsaj 30 minut ali skupno 150 minut na teden, ob upoštevanju aktivnosti pri delu, vsakodnevnih opravil in v prostem času. To nas lahko zadovoljuje, po drugi strani pa ocenjujemo stanje na podlagi najmanjšega priporočenega obsega telesne dejavnosti, ki vključuje tudi vsakdanja opravila. Zato bi lahko v prihodnje merili tudi bolj časovno obsežno in bolj intenzivno telesno dejavnost, še posebno pa sedeči življenjski slog. Danes zaradi različnih obveznosti presedimo daljša časovna obdobja, kar je samostojni dejavnik tveganja za razvoj kroničnih bolezni. Po priporočilu SZO naj odrasli omejijo čas, ki ga v dnevu presedijo (90). Za povečanje koristi za zdravje naj sedeči življenjski slog zamenjajo s telesno dejavnostjo katerekoli intenzivnosti. V takih primerih naj si po priporočilu SZO odrasli za več ugodnih vplivov na zdravje prizadevajo za več dnevne in tedenske telesne dejavnosti zmerne do visoke intenzivnosti, kot je priporočeno. Zadostna telesna dejavnost je dejavnik, ki posredno povečuje zdrava leta življenja, kar je temeljni cilj Strategije razvoja Slovenije do 2030, Strategije dolgožive družbe in resolucije Skupaj za družbo zdravja, saj pomembno zmanjšuje bremena bolezni in ekonomske stroške različnih sektorjev, predvsem pa povečuje kakovost življenja prebivalcev (91). Glede na to, da je v prvih štirih valovih raziskave SI-PANDA skoraj polovica odraslih prebivalcev poročala, da so manj telesno dejavni kot pred pandemijo covid-19, bo treba razlike po posameznih skupinah prebivalcev skrbno spremljati ter načrtovati dodatne ukrepe za povečevanje telesne dejavnosti in telesne zmogljivosti prebivalcev (92).

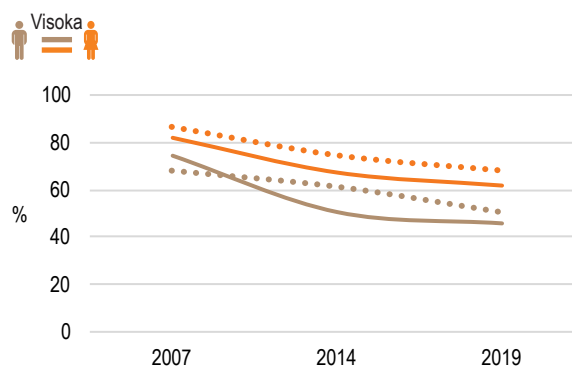
## UŽIVANJE SADJA IN ZELENJAVE

Avtorica: Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Sadje in zelenjava sta pomembni vsakodnevni sestavini zdrave prehrane. Za izboljšanje splošnega zdravja in zmanjšanje tveganja nekaterih bolezni SZO priporoča uživanje več kot 400 gramov sadja in zelenjave na dan, v vseh dnevni obrokih (93, 94). Njuna vključitev v prehrano lahko zmanjša tveganje za nekatere kronične bolezni, vključno s srčno-žilnimi boleznimi in nekaterimi vrstami raka, ter lahko pomaga preprečiti povečanje telesne mase in zmanjša tveganje za debelost. Poleg tega sta bogat vir vitaminov in mineralov, prehranskih vlaknin ter številnih koristnih nehranljivih snovi, kot so rastlinski steroli in flavonoidi.



Slika 2.41: Delež oseb, starejših od 25 let, ki uživajo zelenjavo vsaj enkrat dnevno, Slovenija



Slika 2.42: Delež oseb, starejših od 25 let, ki uživajo sadje vsaj enkrat dnevno, Slovenija

Uživanje sadja in še bolj zelenjave v opazovanem obdobju upadata pri obeh spolih in v vseh izobrazbenih skupinah. Ženske uživajo več sadja in zelenjave kot moški. Izobrazbena vrzel v uživanju zelenjave se sicer značilno spreminja, a se v letu 2007 izkazuje v obratni smeri kot v letih 2014 in 2019. Zelenjavo v letih 2014 in 2019 pogosteje uživajo moški z nizko izobrazbo, kar pomeni obrat vrzeli v primerjavi z letom 2007, ko so zelenjavo pogosteje uživali moški z visoko izobrazbo. Največji padec uživanja zelenjave je zaznati pri visoko izobraženih moških srednjih let (45–64 let). Pri ženskah so razlike v uživanju zelenjave med posameznimi izobrazbenimi skupinami manj izrazite in raznolike po starosti.

Pri uživanju sadja lahko sledimo povečevanju izobrazbene vrzeli predvsem med letoma 2007 (1,7 %) in 2014 (9,9 %), ki se nato do leta 2019 (7,5 %) nekoliko zmanjša. Čeprav se uživanje sadja v vseh izobrazbenih skupinah pri obeh spolih zmanjšuje (razen v letu 2014 pri nizko izobraženih moških), se vrzel najbolj povečuje na račun padca uživanja pri visoko izobraženih moških in tudi ženskah. Samo med moškimi, starejšimi od 65 let, uživajo več sadja višje izobraženi.

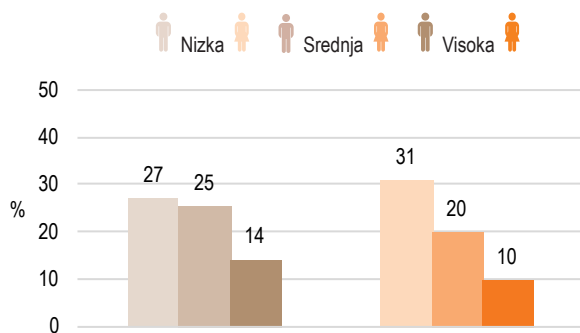
Ocenjeno je bilo, da je 3,9 milijona smrtnih primerov letno po vsem svetu mogoče pripisati neustrezni porabi sadja in zelenjave (94). Na podlagi izračunov je bilo ocenjeno tudi, da je nezadostnemu vnosu sadja in zelenjave globalno možno pripisati približno 14 % smrti zaradi raka prebavil, približno 11 % smrti zaradi ishemične bolezni srca in približno 9 % smrti zaradi možganske kapi. Izračuni iz leta 2002 za Slovenijo so podobni: 11 % zaradi raka, 11 % zaradi ishemične bolezni srca in 6 % zaradi možganske kapi (95, 96).

V Sloveniji smo povečevanje uživanja sadja in zelenjave zaznavali v letih do 2010, ko so intenzivno teklo aktivnosti prvega nacionalnega programa prehranske politike (97). Tudi nacionalni program Dober tek, Slovenija 2015–25 ima ambiciozno zastavljene medsektorske cilje povečanja uživanja sadja (najmanj enkrat na dan za 5 %) in zelenjave (najmanj enkrat na dan za 10 %), s posebnim poudarkom na ranljivih socialno-ekonomskih skupinah in tudi zmanjšanju razlik med spoloma (98, 99). Ugotovimo lahko, da se uživanje sadja in zelenjave tako med mladimi kot odraslimi v zadnjem desetletju zmanjšuje, za vzdrževanje učinkovitosti ukrepov na določenem področju jih je treba stalno aktivno medsektorsko nadgrajevati. Velik potencial v smer intenziviranja politik na področju prehrane prinaša tudi Evropski načrt za premagovanje raka, ki med svojimi cilji navaja tudi povečanje vključevanja rastlinskih živil v prehrano ob posebni pozornosti ter uživanju več sadja in zelenjave (100). Ob tem Evropska komisija posebno pri aktivnostih zdravega življenjskega sloga izpostavlja nižje socialno-ekonomske in ranljive skupine. Podporo aktivnostim na nacionalni in evropski ravni kompatibilno nudi tudi nova strategija EU F2F (Farm to Fork).

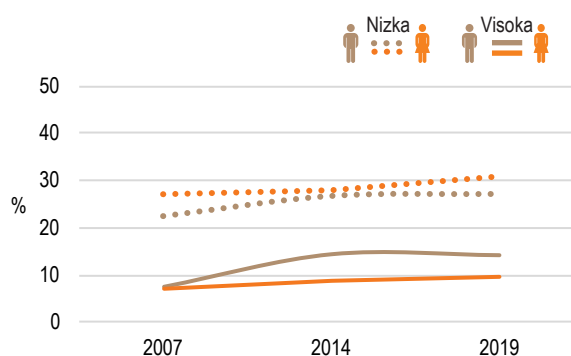
## DEBELOST

Avtorica: Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Prekomerna telesna teža in debelost sta opredeljeni kot prekomerno kopičenje maščobe, ki lahko poslabša zdravje. Indeks telesne mase (ITM) se uporablja za razvrščanje prekomerne teže in debelosti pri odraslih. Opredeljen je kot teža osebe v kilogramih, deljena s kvadratom višine v metrih ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ): osebe s prekomerno težo imajo ITM večji ali enak 25; kot debele jih opredelimo pri ITM, večjem ali enakem 30. ITM je uporabno merilo, saj je enak za oba spola in za vse starosti odraslih. Vendar ga je treba obravnavati kot grobo vodilo, ker morda ne ustreza enakemu tipu in enaki stopnji debelosti pri različnih posameznikih (101) (slika 2.44).



Slika 2.43: Delež debelih (ITM > 30) po izobrazbi in spolu v letu 2019



Slika 2.44: Delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več, po spolu in izobrazbi

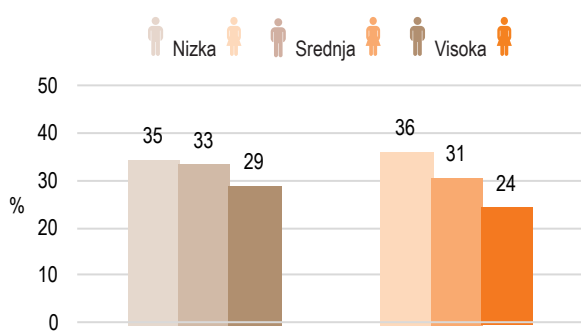
Debelost v obdobju 2007–2019 pri prebivalcih Slovenije značilno narašča, značilen porast opazimo tudi pri moških. Od izobrazbenih skupin najbolj značilno narašča pri srednješolsko izobraženih (od 19,2 v letu 2007 do 23,0 % v letu 2019). Debelost je sicer najnižja pri visoko izobraženih, nižja pri ženskah kot pri moških, najvišja pa pri nizko izobraženih, kjer je nižja pri moških kot pri ženskah. V letu 2019 je bil delež oseb z ITM nad 30 med osebami z visoko izobrazbo za 18 odstotnih točk nižji kot pri osebah z nizko izobrazbo. Če bi imeli v letu 2019 vsi prebivalci enake stopnje debelosti po ITM, kot jih ima najvišje izobražena oziroma najbolj privilegirana skupina, bi bila debelost v populaciji nižja za 44,9 %. Med leti 2007 in 2019 se pri debelosti nakazuje trend zmanjševanja vrzeli med izobrazbenimi skupinami, nakazano bolj na račun moških kot žensk. Delež prebivalcev z debelostjo med nizko izobraženimi je v letu 2007 3,41-krat, v letu 2014 2,45-krat in v letu 2019 2,54-krat večji od deleža debelih prebivalcev z visoko izobrazbo.

V Evropi in Sloveniji pri razporeditvi debelosti med skupinami prebivalcev obstajajo velike socialno-ekonomske razlike (102). Neenakostim v izobrazbenem statusu lahko v Evropi pripišemo 26 % debelosti pri moških in 50 % debelosti pri ženskah. Kot kažejo naši podatki, prebivalci iz nižjih socialno-ekonomskih skupin dva- do trikrat verjetneje postanejo debeli, zaradi česar imajo večje tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2, ishemične bolezni srca in možganske kapi. Velik del prezgodnje umrljivosti in izgubo zdravih let življenja v nižjih socialno-ekonomskih skupinah lahko razložimo z boleznimi, povezanimi z debelostjo. Po podatkih OECD prekomerna telesna teža in s tem povezane kronične bolezni v povprečju skrajšajo pričakovano trajanje življenja v državah OECD za 2,7 let. Za zdravljenje posledic prekomerne telesne teže bo v naslednjih tridesetih letih porabljenih 8,4 % zdravstvenega proračuna držav OECD (103). Teoretično bi lahko ob izenačenju stopenj debelosti vseh prebivalcev s stopnjo najvišje izobraženih prihranili skoraj polovico tega zneska. Prekomerna teža zmanjšuje zaposlenost in produktivnost delavcev, še posebno v nižjih izobrazbenih skupinah. Ekonomske izgube vključujejo stroške zdravstvene oskrbe, izgubljene ali zmanjšane delovne produktivnosti, izgubljenih delovnih dni, umrljivosti in trajne invalidnosti. Upoštevati je treba tudi širši socialno-ekonomski vpliv debelosti, kot so na primer večji socialni transferji. Zaradi teh učinkov debelost v povprečju zniža BDP za 3,3 % tako v državah OECD kot državah članicah EU28.

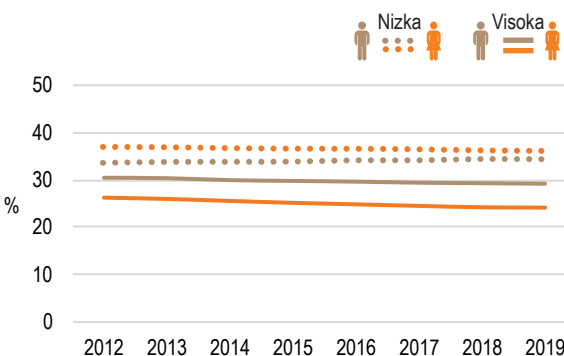
## VISOK KRVNI TLAK

Avtor: Blashko Kasapin

Zdravljenje povišanega krvnega tlaka je sestavljeno iz spremembe življenjskega sloga in zdravljenja z zdravili. Ker je hipertenzija eden najmočnejših napovedovalcev srčno-žilne ogroženosti, je zdravljenje zvišanega krvnega tlaka pomembna preventiva srčno-žilne obolevnosti. Ta kazalnik prikazuje razmerje med številom oseb, ki so znotraj opazovanega koledarskega leta prejele vsaj en recept za zdravila za zniževanje krvnega tlaka, in številom vseh prebivalcev sredi istega leta glede na doseženo izobrazbo.



Slika 2.45: Delež prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka pri starejših od 25 let v Sloveniji v letu 2019



Slika 2.46: Trend deleža prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka pri starejših od 25 let v Sloveniji

V letu 2019 je bil v Sloveniji 32,7 % moških in 30,8 % ženskam, starejšim od 25 let, predpisan vsaj en recept za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka. Delež prejemnikov narašča s starostjo pri moških in ženskah. Pri obeh spolih obstaja izobrazbeni gradient, ki kaže, da se delež prejemnikov zdravil znižuje z višjo stopnjo izobrazbe. Delež prejemnikov zdravil za zniževanje krvnega tlaka se je v opazovanem obdobju 2012–2019 povečal pri nizko izobraženih moških, medtem ko je upadel pri moških z visoko izobrazbo in ženskah iz vseh izobrazbenih skupin. To je povzročilo, da se je vrzel med nizko in visoko izobraženimi pri moških povečala s 3,2 na 5,5 %. Pri ženskah je vrzel večja kot pri moških. Upad deleža prejemnic je bil večji pri visoko izobraženih, zato se je vrzel med nizko in visoko izobraženimi ženskami še povečala (z 10,8 na 11,9 %). K razliki po izobrazbi pri obeh spolih največ prispeva predpisovanje zdravil nizko izobraženim moškim ter ženskam med 60. in 64. letom starosti.

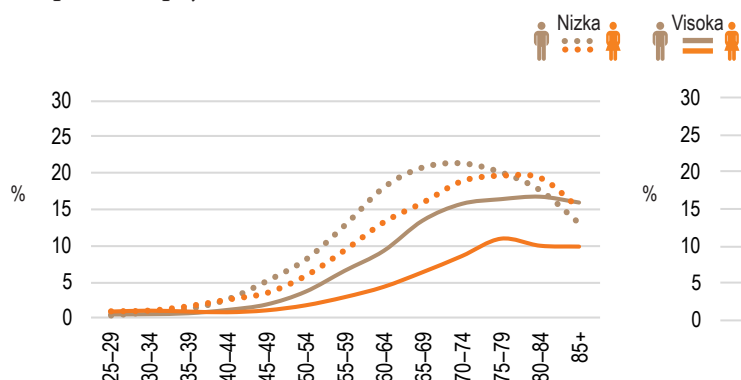
Zvišan krvni tlak oz. arterijska hipertenzija je bolezen in hkrati eden najpomembnejših dejavnikov za nastanek kroničnih, zlasti srčno-žilnih bolezni, ki so v Sloveniji in svetu vodilni vzrok smrti in prezgodnje umrljivosti. Na visok krvni tlak pomembno vpliva nezdrav življenjski slog (kajenje, prekomerno uživanje soli, nezadostno uživanje zelenjave in sadja, čezmerno uživanje alkohola, prekomerna telesna masa in debelost ter nezadostna telesna dejavnost). Raziskave kažejo, da na večjo pojavnost visokega krvnega tlaka vpliva nižji socialno-ekonomski status, zlasti izobrazba (104). Naši podatki kažejo, da se večji delež prebivalstva z nižjo izobrazbo zdravi z antihipertenzivnimi zdravili, kar odraža večjo prevalenco hipertenzije v tej izobrazbeni skupini. Podatki za Slovenijo o hospitalizacijah, umrljivosti in prezgodnji umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni kažejo, da se stopnje v obdobju 2012–2019 znižujejo, hkrati pa ostaja jasna izobrazbena vrzel, saj so vse stopnje večje pri moških in ženskah z nižjo izobrazbo. Večino presežne umrljivosti pojasni prisotnost znanih dejavnikov tveganja pri nižje izobraženih, a tudi izboljšanje upoštevanja režima jemanja ustreznih zdravil je izjemnega pomena za učinkovito antihipertenzivno zdravljenje in preprečevanje nenadnih srčno-žilnih dogodkov (105, 106). Spremljati je treba dejansko uporabo zdravil med prebivalstvom, saj raziskave kažejo socialno-ekonomske neenakosti, in sicer tako, da so raven ozaveščenosti o hipertenziji, zdravljenje in uspešen nadzor krvnega tlaka v normalnih mejah boljši pri premožnejših posameznikih (107, 108).



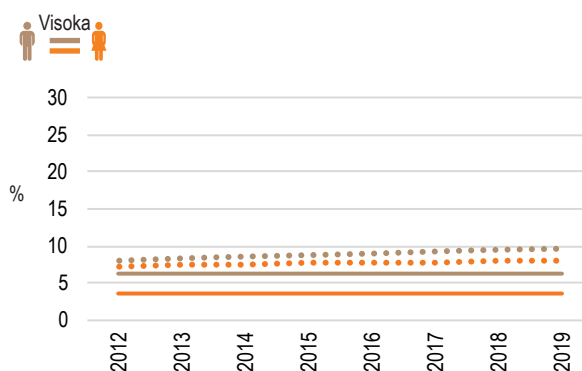
## SLADKORNA BOLEZEN

Avtorja: Ivan Eržen, Aleš Korošec

Ta kazalnik je definiran kot število oseb, ki so jim kadarkoli ugotovili sladkorno bolezen in so v zadnjih 12 mesecih prejele zdravila za zniževanje glukoze v krvi (ATC: A10). Vključuje vse tipe sladkorne bolezni. Vir podatkov je zbirka o izdanih zdravilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki nudi podatek o porabi zdravil na recept za posamezno osebo. V skladu z metodologijo, ki je opisana v ločenem podpoglavju, ti podatki nudijo informacijo o razširjenosti porabe zdravil v posameznih skupinah prebivalstva, ki so oblikovane glede na spol in stopnjo izobrazbe.



Slika 2.47: Prevalenca sladkorne bolezni po izobrazbi in starosti, 2019



Slika 2.48: Trend sladkorne bolezni po spolu in izobrazbi

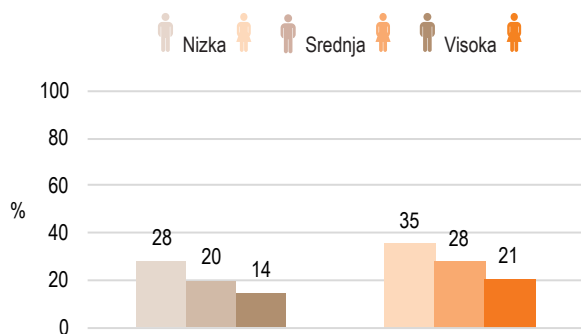
Starostno specifična stopnja prevalenca sladkorne bolezni je v skupinah moških z nizko in srednjo izobrazbo podobna (slika 2.47), le da so moški s srednjo izobrazbo v povprečju okrog 5 let starejši, ko se prvič srečajo s sladkorno boleznijo. Med moškimi z visoko izobrazbo pa je prevalenca znatno nižja. Bolezen se začne v tej skupini pojavljati 5–10 let pozneje in je znatno redkejša kot v preostalih dveh skupinah. Pri ženskah se sladkorna bolezen glede na izobrazbo pojavlja drugače kot pri moških (slika 2.47). V vseh starostnih skupinah je vidna bistveno večja obolevnost pri ženskah z nizko izobrazbo. Nekoliko manjša razširjenost je pri ženskah s srednjo izobrazbo. Verjetnost, da bodo zboleli za sladkorno boleznijo, se v skupini moških z nizko izobrazbo hitreje povečuje kot pri moških z visoko izobrazbo (slika 2.48). Opazno je povečevanje vrzeli med manj in bolj izobraženimi. V osemletnem obdobju se je verjetnost, da bodo zboleli za sladkorno boleznijo, pri moških z nizko izobrazbo povečala za 30 %. Trend vrzeli v verjetnosti, da bodo zbolele zaradi sladkorne bolezni, pa se povečuje tudi pri ženskah (slika 2.48). V osemletnem obdobju se je vrzel povečala za 20 %. Za žensko populacijo je značilno, da so razlike med razširjenostjo sladkorne bolezni med manj in bolj izobraženimi bistveno večje kot pri moških.

Prikazani podatki so sicer nekoliko pomanjkljivi, saj niso vključene vse osebe, ki imajo sladkorno bolezen. Prikaz je omejen na tiste, ki so prejele terapijo za uravnavanje krvnega sladkorja. Kljub temu je mogoče zaupati trendom pojavljanja bolezni, saj se v celotnem obdobju opazovanja način pridobivanja podatkov ni spremenil. V primerjavi z moškimi se sladkorna bolezen pri ženskah pojavi v poznejšem starostnem obdobju, kar seveda vpliva na starostno specifično stopnjo prevalenca sladkorne bolezni, ki je pri ženskah znatno manjša kot pri moških. Poleg tega je verjetnost, da bodo zbolele zaradi sladkorne bolezni, pri ženskah, še posebno v skupini bolj izobraženih, skoraj dvakrat nižja kot pri moških. Med ženskami z visoko izobrazbo je starostno specifična stopnja prevalenca 2,6 %, med moškimi pa 4,8 %. Podobno poročajo tudi avtorji iz drugih držav (109). Z vidika ukrepanja je pomembno, da se moškim v naslednjem obdobju nameni posebna pozornost tako na področju preprečevanja zbolevanja kot zgodnjega odkrivanja sladkorne bolezni (110).

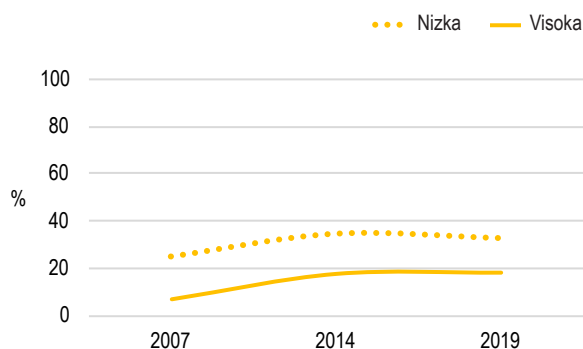
## KRONIČNA OKVARA VRATU

Avtorica: Tacijana Prijon

Med kostno-mišičnimi obolenji so na drugem mestu po pogostosti bolečine v vratu ali druge kronične okvare vratu. Te bolezni so večinoma posledica dolgotrajne, pogosto ponavljajoče se in na videz zmerne uporabe sile, ki povzroči utrujenost mišic, ter degenerativne okvare vratnega dela hrbtenice (111).



Slika 2.49: Delež oseb s kronično okvaro vratu ali drugo kronično okvaro vratu po spolu in izobrazbi, Slovenija 2019



Slika 2.50: Delež oseb s kronično okvaro vratu ali drugo kronično okvaro vratu po izobrazbi, Slovenija 2007–2019

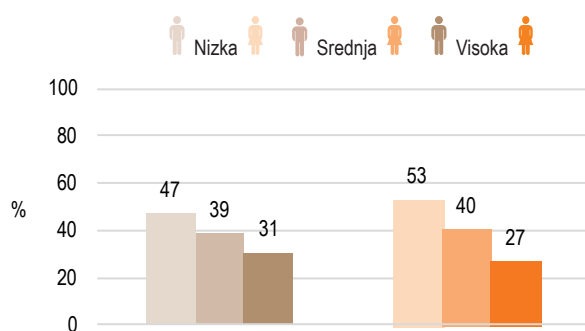
Delež oseb z bolečino ali drugo kronično okvaro vratu v zadnjih letih strmo narašča. V letu 2019 se je v primerjavi z letom 2007 prevalenca okvar vratu v celotni populaciji povečala za 68 % (s 14 na 24 %), pomembne razlike so bile opazne med spoloma. Pri moških se je delež oseb z bolečino in drugimi kroničnimi okvarami vratu povečal za več kot 100 %, pri ženskah pa za slabih 49 %. V opazovanem obdobju je bil zaznan največji porast prevalence v starostni skupini 25–44 let, kjer se je delež povečal za skoraj 200 %, v starostni skupini 65 in več let pa za 66 %. Pojavnost okvar vratu se povečuje predvsem pri osebah z najvišjo izobrazbo. V letu 2007 je bil delež oseb z bolečino v vratu in drugimi kroničnimi okvarami vratu med osebami z dokončano osnovnošolsko izobrazbo ali manj 3,5-krat višji kot pri osebah z dokončano višješolsko izobrazbo ali več, v letu 2019 pa le 1,8-krat. Zaradi velikega porasta okvar vratu pri bolj izobraženih se je vrzel med najbolj in najmanj izobraženo skupino populacije v opazovanem obdobju pomembno znižala. Podobno kot pri okvarah hrbta je bil tudi pri osebah z bolečino v vratu ali drugo kronično okvaro vratu največji trend rasti ugotovljen pri moških, starih 25–44 let, z dokončano višješolsko izobrazbo ali več.

Bolečina in druga kronična obolenja vratu sodijo med najpogostejše z delom povezane kostno mišične okvare. Na njihov razvoj vplivajo številni mehanizmi, ki v kombinaciji z dejavniki tveganja povzročajo preobremenitve ter strukturne in funkcionalne okvare vratnega dela hrbtenice. Najpomembnejša nepoklicna dejavnika tveganja za pojav KMO vratu sta starost in spol. Pojavnost bolečine in drugih kroničnih okvar vratu je bistveno višja pri ženskah, čeprav v zadnjih letih opazamo porast navedenih obolenj predvsem v moški populaciji. Razlike med spoloma so najverjetneje posledica značilnosti dela, ki ga opravljajo ženske, v manjši meri pa tudi razlik v telesni konstituciji (112). Bolečine in druge kronične okvare vratu običajno nastopijo zaradi dolgotrajnega sedečega dela in dela v prisilnih držah z veliko mehansko obremenitvijo vratu ter pri delu s ponavljajočimi se gibi. Tudi slaba skrb za ergonomsko urejeno delovno okolje in upoštevanje smernic pravilnega, zdravega in varnega dela povečuje tveganje za pojavnost okvar vratu (113). Podobno kot pri ostalih kostno mišičnih se v zadnjih letih pojavnost okvar vratu povečuje predvsem pri mlajši populaciji in osebah z najvišjo izobrazbo. Navedene spremembe v prevalenci kroničnih okvar vratu povezujemo s porastom sedečega dela ter preživljanja prostega časa pred televizijskimi sprejemniki ali računalniškimi zasloni.

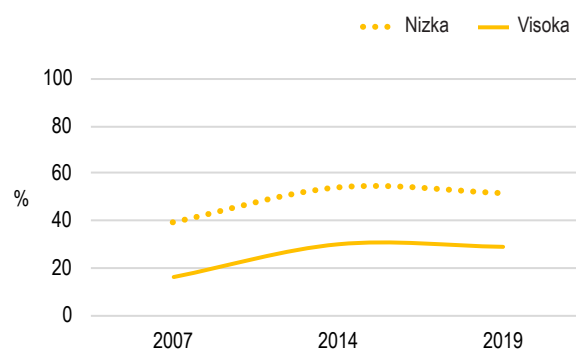
## KRONIČNA OKVARA HRBTA

Avtorica: Tacijana Prijon

Bolečine v hrbtenici ali druge kronične okvare hrbta so najpogostejša kostno-mišična obolenja, saj letno poroča o bolečini ali drugi kronični okvari hrbta 25–45 % odrasle populacije, 70–80 % oseb pa ima navedene zdravstvene težave najmanj enkrat v življenju. Na razsežnost zdravstvene problematike kažejo tudi podatki, da je okvara hrbta najpogostejši vzrok za odsotnost z dela pri populaciji, starejši od 45 let, ter drugi najpogostejši razlog za obisk zdravnika (114).



Slika 2.51: Delež oseb s kronično okvaro hrbta po izobrazbi, 2019



Slika 2.52: Delež oseb s kronično okvaro hrbta po izobrazbi, Slovenija 2007–2019

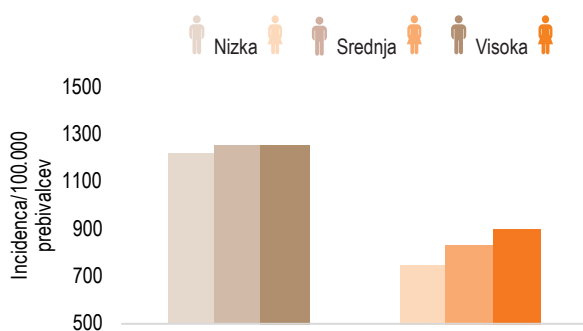
Podatki kažejo, da pojavnost bolečine in drugih kroničnih okvar hrbtenice v zadnjih letih narašča, med posameznimi leti so opazna nihanja. V letu 2019 se je v primerjavi z letom 2007 delež okvar hrbta v celotni populaciji povečal za 51 % (z 29 na 39 %). Pri moških se je prevalenca okvar hrbta povečala za 60 %, pri ženskah za 43 %. Prav tako se je delež oseb z bolečino ali drugimi kroničnimi okvarami hrbta povečal v vseh starostnih skupinah. Največji porast je bil zabeležen v starostni skupini 25–44 let, kjer se je prevalenca okvar hrbta praktično podvojila (z 12,0 na 26,1 %). V opazovanem obdobju se je pojavnost kroničnih okvar hrbta povečala predvsem pri osebah z višjo izobrazbo. V letu 2007 je bil delež oseb z bolečinami in kroničnimi okvarami hrbta med osebami z dokončano osnovnošolsko izobrazbo ali manj 2,5-krat višji kot pri osebah z dokončano višješolsko izobrazbo ali več, v letu 2019 pa se je razmerje prevalenc zaradi porasta deleža obolenj pri osebah z višjo izobrazbo pomembno znižalo (1,8). Največji trend rasti deleža oseb z bolečino ali drugo kronično okvaro hrbta je bil v opazovanem obdobju registriran pri moških, starih 25–44 let, z dokončano višješolsko izobrazbo ali več.

Težave zaradi kostno mišičnih okvar hrbta se začnejo pojavljati relativno zgodaj, s starostjo pa skokovito naraščajo. Nanje močno vplivajo psihofizične obremenitve pri delu in v širšem družbenem okolju. Delovne in druge naloge, ki vključujejo težko fizično delo, dlje časa trajajoče prisilne drže, ročno prenašanje bremen ter upravljanje z vozili, pri katerih se vibracije prenašajo na celo telo, močno povečujejo tveganja za razvoj bolečine in drugih kroničnih okvar hrbta. Na njihovo pojavnost vplivajo tudi neugodni ergonomski pogoji na delovnem mestu, ki povzročajo prekomerno obremenitev ali natezanje hrbta, in nosečnost (115). Dodatno tveganje za pojav bolečine in drugih kroničnih okvar hrbta predstavljajo tudi slaba skrb za lastno zdravje v kombinaciji z nezdravim življenjskim slogom ter stres in druge psihosocialne obremenitve pri delu. Že nekaj desetletij opažamo porast okvar hrbta, še zlasti pri zaposlenih, mlajših od 45 let. V zadnjih letih pa se delež okvar hrbta povečuje predvsem pri osebah z najvišjo stopnjo izobrazbe, ki pri svojem delu niso neposredno izpostavljene težkim fizičnim obremenitvam, saj običajno opravljajo intelektualne naloge in fizično lažja dela. Spremembe v prevalenci okvar hrbta po starostnih skupinah in stopnji izobrazbe so najverjetneje posledica spremenjenega načina in intenzitete dela, v veliki meri pa jih povezujemo z upadanjem telesne aktivnosti v populaciji in epidemijo debelosti (116).

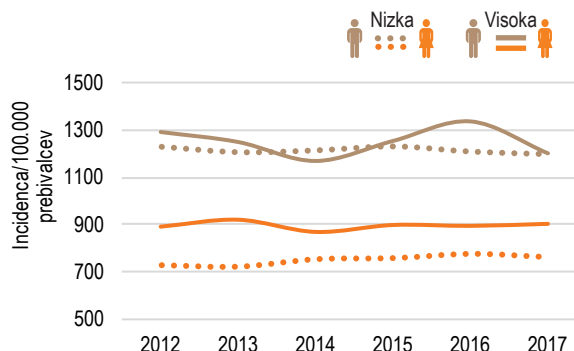
## INCIDENCA VSEH RAKOV SKUPAJ

Avtorica: Ana Mihor

Incidenca vseh rakov skupaj je za okoli tretjino višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) stagnira, pri ženskah pa še vedno statistično značilno narašča (117). Poudariti je treba, da rak ni ena temveč veliko različnih bolezni, vsaka s svojimi dejavniki tveganja (118). S socialno ekonomskim položajem so povezani raki, pri pojavu katerih veliko vlogo igrajo dejavniki tveganja, na katere lahko vplivamo. Ti so s socialnoekonomskim položajem povezani v različne smeri, bodisi pozitivno ali negativno (119). Zato ne preseneča, da je incidenca vseh rakov kot kazalnik izobrazbenih neenakosti slabše povedna, saj zakrije morebitne neenakosti v posameznih vrstah raka, ki kažejo v nasprotni smeri, oziroma pretežno odraža neenakosti skupine rakov, ki se v populaciji pojavljajo najpogosteje.



Slika 2.53: SSS incidence vseh rakov (C00–C96) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017



Slika 2.54: SSS incidence vseh rakov (C00–C96) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje

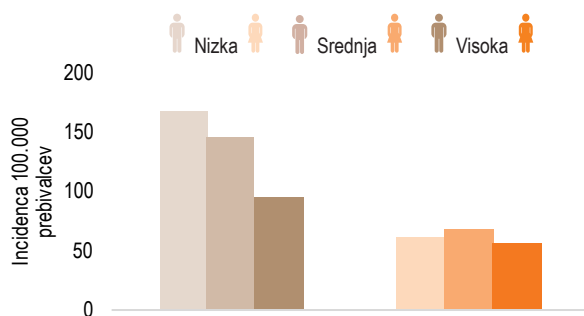
Nižje izobraženi moški in predvsem ženske imajo nižjo incidenco vseh rakov kot visoko izobraženi. Razmerje med nizko in visoko izobraženimi je 0,97 pri moških in 0,8 pri ženskah. Izobrazbeni razliki pripisljivi delež je pri moških -0,9 % in pri ženskah -11,8 %. V analiziranem obdobju 2012–2017 se kaže, da pri ženskah incidenca narašča v večji meri na račun porasta incidence pri nižje izobraženih, vendar se absolutna vrzel med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju starostno standardizirane stopnje incidence pri obeh spolih ni statistično značilno spremenila. Starostno specifične stopnje po izobrazbi so pri moških do visoke starosti podobne, pri ženskah pa se že pri srednjih starostnih skupinah pokaže večja incidenca raka pri bolj izobraženih.

Pri ženskah sta bila po pogostosti leta 2017 na prvem in drugem mestu nemelanomski kožni rak in rak dojke, pri moških pa prav tako nemelanomski kožni rak ter rak prostate (117). Za vse naštetje je skoraj povsod po svetu dokazano, da so povezani z višjim socialno ekonomskim položajem in so tudi v Sloveniji bolj pogosti pri bolj izobraženih (119, 120). To je razlog, da lahko pri obeh spolih, bolj izrazito pa pri ženskah kot pri moških, v obdobju od 2012–2017 zaznamo ob višji izobrazbi večjo incidenco vseh rakov, medtem ko pri analizi vseh rakov brez nemelanomskega kožnega raka opazimo pri ženskah manjšo vrzel po izobrazbi, pri moških pa se vrzel celo obrne v nasprotno smer, torej v smer nekoliko višje incidence pri nižje izobraženih. Aktivnosti za zmanjševanje neenakosti v pojavljanju rakov morajo biti, kot velja za obvladovanje raka na sploh, usmerjene v primarno preventivo rakov, ki jih pripisujemo preprečljivim dejavnikom tveganja (kajenje, alkohol, prehrana, telesna dejavnost, sončenje, karcinogeni na delovnem mestu, okužbe, onesnažen zrak ipd.) ter sekundarno preventivo rakov, pri katerih lahko odkrivamo in zdravimo že predrakave spremembe ali rake v zgodnjih stadijih (121).

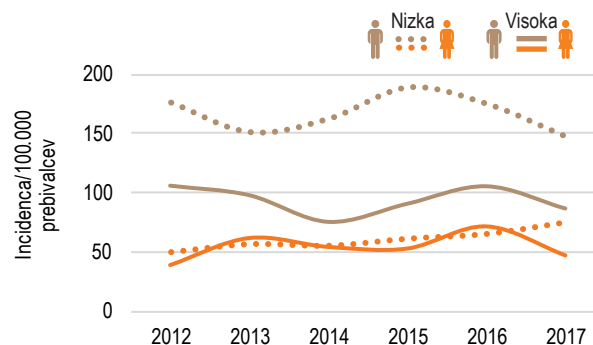
## INCIDENCA PLJUČNEGA RAKA

Avtorica: Ana Mihor

Pljučni rak je pri obeh spolih skupaj v Sloveniji tretji najpogostejši rak. Starostno standardizirana stopnja incidence je več kot dvakrat višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) statistično značilno upada, pri ženskah pa narašča (117). Kajenje tobaka je glavni dejavnik tveganja za nastanek pljučnega raka in je globalno vzrok obolenja v okoli 80 % vseh primerov. V manjšem odstotku prispevajo k pojavnosti pljučnega raka onesnaženost notranjega in zunanjega zraka, radon, azbest in nekateri ostali karcinogeni (118).



Slika 2.55: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017



Slika 2.56: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje

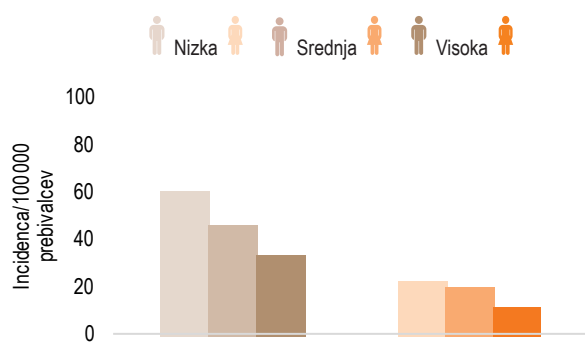
Nižje izobraženi moški imajo večjo incidenco raka pljuč kot visoko izobraženi. Pri ženskah ni jasne izobrazbene vrzeli, najvišja incidenca je pri srednje izobraženih. Razmerje stopenj med nizko in visoko izobraženimi je 1,9 pri moških in 1,1 pri ženskah. Izobrazbeni razliki pripisljivi delež stopnje incidence je 33,1 % pri moških in 5,7 % pri ženskah. Incidenca po posameznih letih se je večala pri nizko in srednje izobraženih ženskah, a se absolutna vrzel v incidenci med visoko in nizko izobraženimi v tem obdobju pri obeh spolih ni statistično značilno spremenila. Vendar je potrebno poudariti, da je pri ženskah najvišja incidenca v tem obdobju pri srednje izobraženih in da je v zadnjem triletnem obdobju zaznati statistično značilno vrzel med srednje in visoko izobraženimi. Poleg tega analiza incidenčnih stopenj pljučnega raka po starosti žensk po izobrazbenih skupinah kaže postopen obrat izobrazbene vrzeli, saj je vrh incidence pri nizki izobrazbi nekje med 50 in 60 let, pri srednji izobrazbi med 60 in 80 let, pri visoki izobrazbi pa med 75 in 85+ let. To pomeni, da je v mlajših starostnih skupinah vidna naraščajoča incidenca pljučnega raka pri ženskah z nižjo izobrazbo, v srednjih starostnih skupinah imajo najvišjo incidenco srednje izobražene ženske, pri starejših pa je incidenca najvišja pri visoki izobrazbi. Pri moških je obrat vrzeli nakazan šele v najvišjih starostnih skupinah.

Vzorci kajenja v družbi so povezani s socialno ekonomskim položajem, vendar se je povezava v času spreminjala (t.i. epidemija kajenja), in sicer je bil delež kadilcev na začetku višji pri osebah z visokim socialno ekonomskim položajem, kasneje pa obratno. Pri ženskah je do obrata deleža kadilcev med skupinami z višjim in nižjim socialno ekonomskim položajem prišlo kasneje kot pri moških (78). Te ugotovitve popolnoma sovpadajo z analizo starostno specifičnih incidenčnih stopenj pljučnega raka po izobrazbi in so odraz epidemije kajenja v Sloveniji. Pričakujemo lahko, da se bo v nadaljevanju pojavila negativna izobrazbena vrzel tudi pri ženskah, gledano v skupini kot celoti in ne samo pri najmlajših. Rezultati se ujemajo tako s prejšnjimi slovenskimi raziskavami med socialno ekonomskim položajem in rakom pljuč, pri katerih je bil uporabljen evropski kazalnik primanjkljaja, kot tudi s številnimi študijami po svetu, ki v veliki večini kažejo na povečano tveganje za pljučnega raka pri nizkem socialno ekonomskem položaju, zlasti pri moških (119, 120, 122, 123). Aktivnosti, pomembne za zmanjševanje neenakosti incidence raka pljuč, so povezane z zmanjševanjem razširjenosti in neenakosti v kajenju.

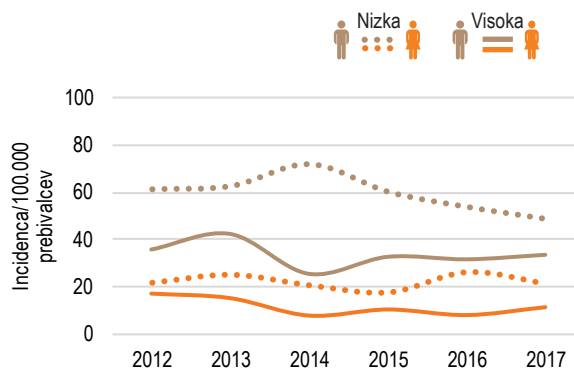
## INCIDENCA ŽELODČNEGA RAKA

Avtorica: Ana Mihor

Želodčni rak je v Sloveniji osmi najpogostejši rak, sedmi pri moških in deveti pri ženskah. Incidenca je več kot dvakrat višja pri moških kot pri ženskah in pri obeh spolih v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) statistično značilno upada, kar je primerljivo z ostalimi državami z visokim dohodkom (117, 118). Z razvojem želodčnega raka je močno povezana okužba s *Helicobacter Pylori*, ki jo je mednarodna agencija za raziskovanje raka (IARC) uvrstila med zagotovo rakotvorne. Incidenca rakov, ki so povezani z okužbami, pa kaže močno povezavo s slabšim socialno ekonomskim položajem.



Slika 2.57: SSS incidence želodčnega raka (C16) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017



Slika 2.58: SSS incidence želodčnega raka (C16) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje

Starostno standardizirana stopnja incidence narašča z nižanjem stopnje izobrazbe pri obeh spolih. Razmerje stopenj med nizko in visoko izobraženimi je 1,8 pri moških in 1,9 pri ženskah, razliki v izobrazbi pripisljiv delež incidence je 28,6 % pri moških in 43,5 % pri ženskah. Incidenca po posameznih letih pri moških v vseh izobrazbenih skupinah pada – bolj izrazito pri srednje in nizko izobraženih, statistično značilno pa le pri srednje izobraženih. Absolutna vrzel med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju incidence je večja pri moških kot pri ženskah in se je med moškimi v zadnjem obdobju znižala, vendar ne statistično značilno; pri ženskah zaradi nizkega števila primerov časovni trendi niso povedni.

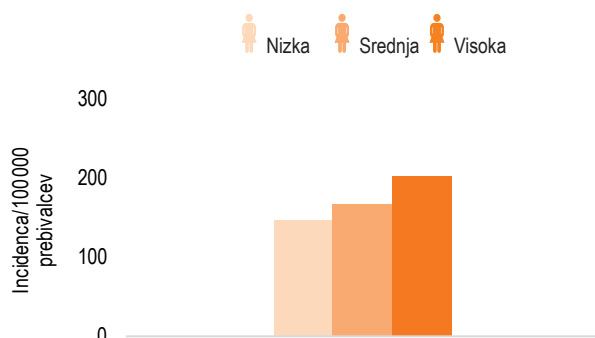
Tveganje okužbe s *H. pylori* je večje v bivanjskih pogojih, kjer sta prisotna slaba higiena in prenaseljenost, to pa je značilno za nižji socialno ekonomski položaj (119). Poleg tega je tveganje za razvoj raka večje, če do okužbe pride že v otroštvu, kar pomeni, da je lahko odločilen pri nastanku neenakosti že socialno ekonomski položaj okolja in staršev, ki je povezan tudi s položajem v odrasli dobi. Podatkov o prevalenci okužbe glede na socialno ekonomski položaj v Sloveniji nimamo. Vendar okužba sama po sebi ni zadosten razlog za vznik raka; pri ženskah naj bi imel zaščitno vlogo pred kroničnim vnetjem estrogen.

Drug pomemben dejavnik tveganja je nezdrav življenjski slog – kajenje ter nezdrava prehrana (prekomeren vnos soli, predelane mesnine, pomanjkanje svežega sadja in zelenjave, neustrezno konzerviranje hrane) – ki je prav tako povezan z nizkim socialno ekonomskim položajem (119, 120). Vrzel v incidenci raka želodca v škodo oseb z nižjim socialno ekonomskim položajem je pri nas sedaj dokazana tako na individualni (izobrazba) kot območni (evropski indeks primanjkljaja) ravni (122, 123). Čeprav je relativna vrzel (razmerje stopenj in razliki v izobrazbi pripisljiv delež) nekoliko manjša pri moških, pa je zaradi veliko večje incidence absolutna vrzel skoraj trikrat večja pri moških kot pri ženskah. Upad incidence v vseh izobrazbenih skupinah je najverjetneje odraz splošnega izboljšanja življenjskih pogojev in varnosti hrane ter uvedbe zdravljenja okužbe s kombinacijo antibiotikov in zdravil za zmanjšanje izločanja želodčne kisline (119). Dobra dostopnost do zdravljenja okužbe je lahko razlog za nakazano zmanjševanje absolutne izobrazbene vrzeli v incidenci pri moških. Tako kot za druge rake, povezane z življenjskim slogom, so pomembne še aktivnosti primarne preventive za osebe z nizkim socialno ekonomskim položajem.

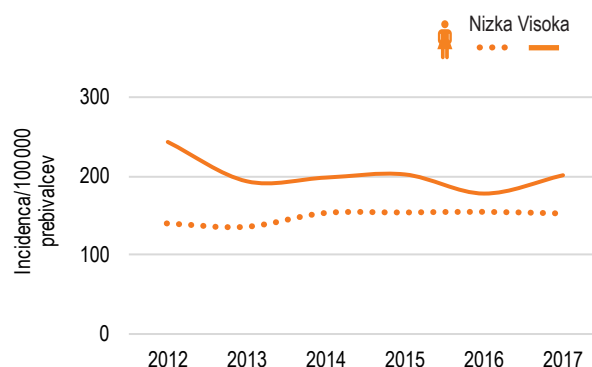
## INCIDENCA RAKA DOJK

Avtorica: Ana Mihor

Rak dojke je v Sloveniji najpogostejši rak pri ženskah, če izvajamo nemelanomski kožni rak. Incidenca v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) statistično narašča, tako kot že najmanj zadnjih 50 let (117). Vrzel, ki kaže, da je pri nas več raka dojke med višje izobraženimi, je v skladu z ostalimi svetovnimi in evropskimi ugotovitvami ter s prejšnjimi slovenskimi raziskavami med socialno ekonomskim položajem in rakom dojke, pri katerih je bil uporabljen kazalnik primanjkljaja (119, 120, 122, 123).



Slika 2.59: SSS incidence raka dojke (C50) po izobrazbi (25+ let), povprečje 2012–2017



Slika 2.60: SSS incidence raka dojke (C50) med nizko in visoko izobraženimi ženskami (25+ let), 3-letno drseče povprečje

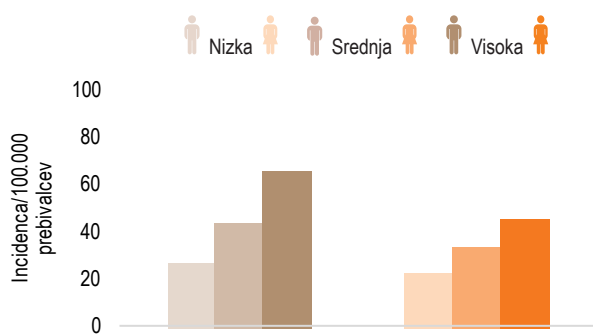
Incidenca raka dojke je višja pri višje izobraženih ženskah. Razmerje stopenj med nizko in visoko izobraženimi je 0,7, razliki v izobrazbi pripisljiv delež incidence pa -21,3 %. Incidenca po posameznih letih je pri visoko izobraženih padla, a ne statistično značilno. Absolutna vrzel med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju incidence se je zmanjšala, a prav tako ne statistično značilno.

Rak dojke je skupina raznovrstnih bolezni, vendar velika večina primerov spada med hormonsko odvisne rake. Znano je, da je hormonsko odvisen rak dojke povezan z neugodnimi reproduktivnimi dejavniki, kot so zgodnja menarha, pozna menopavza, visoka starost ob prvem porodu, manj porodov oz. nuliparnost (ženske, ki nikoli niso rodile), odsotnost dojenja. Ti dejavniki so v splošnem bolj značilni za ženske z visokim socialno ekonomskim položajem in pojasnijo veliko večino zaznane neenakosti v incidenci raka dojke. Rak dojke je v manjši meri odvisen tudi od dejavnikov življenjskega sloga, npr. kajenje, uživanje alkohola, nezdrava prehrana, prekomerna telesna teža in debelost, ki pa so s socialno ekonomskim položajem v obratni povezavi kot reproduktivni dejavniki (118-120). Podatki Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije v letih 2016–2018 kažejo, da delež porodnic z nizko izobrazbo s starostjo do 40. leta pada, delež porodnic z visoko izobrazbo pa narašča. Poleg tega raziskava potrjuje, da imajo v Sloveniji višje izobražene ženske manj otrok in ob višji starosti ter pojasni opaženo izobrazbeno neenakost (124). Ključno je, da imajo vse ženske ne glede na izobrazbo enak dostop do storitev načrtovanja družine, da so o možnostih ustrezno informirane, da na odločitev za oziroma proti rojstvu otroka nimajo odločujočega vpliva dejavniki okolice (ekonomsko stanje, izguba kariernih priložnosti, kulturni pritiski), da spodbujamo zdrav način življenja in da ozaveščamo o pomenu dednih oblik raka dojke, samopregledovanja ter presejanja. Z organiziranim presejanjem za raka dojke sicer ne moremo odkriti predrakavih sprememb, zato presejanje ne more (dolgoročno) vplivati na incidenco bolezni, ciljamo pa, da se zniža umrljivost za tem rakom (125).

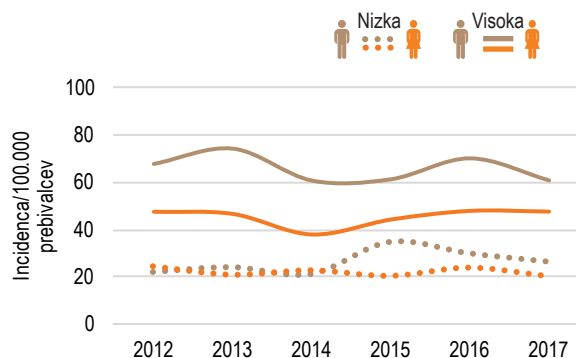
## INCIDENCA KOŽNEGA MELANOMA

Avtorica: Ana Mihor

Kožni melanom, ki je najbolj nevarna oblika kožnega raka, je v Sloveniji pri obeh spolih in tudi skupno šesti najpogostejši rak. Incidence je nekoliko višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) še vedno statistično značilno narašča, med tem ko pri ženskah v tem obdobju stagnira (117). Kožni melanom je najmočneje povezan z vzorci občasne intenzivne izpostavljenosti UV sevanju sončnih žarkov, ki ga IARC uvršča med zagotovo rakotvorne dejavnike (118, 119).



Slika 2.61: SSS incidence kožnega melanoma (C43) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017



Slika 2.62: SSS incidence kožnega melanoma (C43) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje

Incidenca kožnega melanoma je višja pri moških in ženskah z višjo izobrazbo. Razmerje med nizko in visoko izobraženimi je 0,4 pri moških in 0,5 pri ženskah, razliki v izobrazbi pripisljivi delež pa -52,0 % pri moških in -40,7 % pri ženskah. Incidenca po posameznih letih se ne pri moških ne pri ženskah ni statistično značilno spremenila pri nobeni izobrazbeni skupini. Absolutna vrzel med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju incidence je večja pri moških kot pri ženskah in se je med moškimi v zadnjem obdobju znižala, vendar ne statistično značilno.

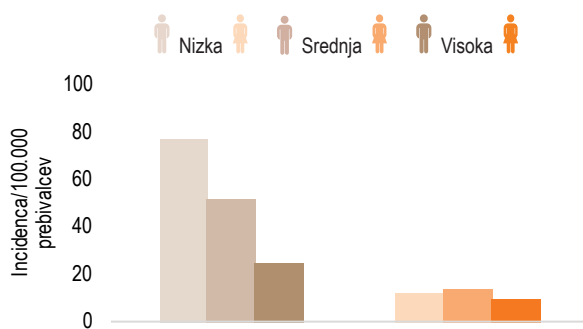
Občasna intenzivna izpostavljenost UV sevanju je bolj pogosta pri osebah z visokim socialno ekonomskim položajem, saj je značilna za aktivnosti, kot so počitnice in rekreacija na prostem. Zato je ugotovitev, da imajo slovenski prebivalci z visoko izobrazbo višjo incidenco kožnega melanoma pričakovana in v skladu z ugotovitvami drugod po svetu ter prejšnjimi slovenskimi raziskavami med socialno ekonomskim položajem in kožnim melanomom, kjer je bil uporabljen evropski kazalnik primanjkljaja (119, 120, 122, 123). Kot dodaten vzrok za višjo incidenco pri višjem socialno ekonomskem položaju in na sploh, se omenja tudi možnost t.i. prediagnosticiranja, ko se z intenzivnim iskanjem najde rake, ki sicer nikoli ne bi ogrozili življenja posameznika, poleg tega je nekatere benigne oblike melanoma težko ločiti od malignih. Osebe z višjim socialno ekonomskim položajem so verjetno bolj ozaveščene o kožnem raku in se bolj pogosto poslužujejo preventivnih pregledov kožnih znamenj, ki so velikokrat samoplačniški (119). Za zmanjševanje neenakosti je zato potrebno nadaljevati predvsem z aktivnostmi primarne preventive na področju zaščite pred izpostavljenostjo soncu, še zlasti ker se z večanjem finančne dostopnosti do aktivnosti z visoko izpostavljenostjo soncu in/ali zaradi s socialno ekonomskim položajem pogojenih vzorcev zaščitnega obnašanja breme visoke nezaščitene izpostavljenosti lahko v prihodnje premakne proti osebam z nizkim socialno ekonomskim položajem.



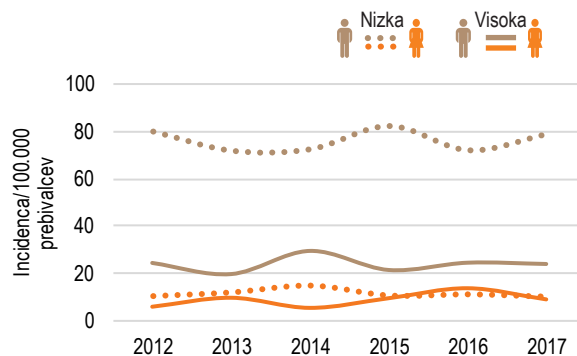
## INCIDENCA RAKOV GLAVE IN VRATU

Avtorica: Ana Mihor

Raki glave in vratu so skupina rakov, ki vzniknejo v zgornjem delu prebavne in dihalne poti, največkrat v ustni votlini, žrelu in grlu (118). V Sloveniji je pri moških kar peti najpogostejši rak, med tem ko je pri ženskah na 14. mestu. Incidenca je 4-krat višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) statistično značilno upada, pri ženskah pa stagnira (117).



Slika 2.63: SSS incidence rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017



Slika 2.64: SSS incidenca rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje

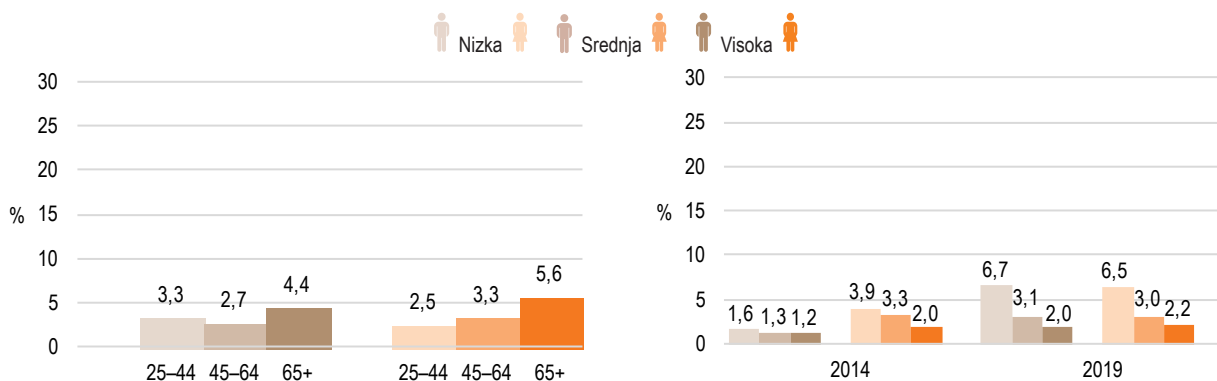
Incidenca rakov glave in vratu je večja pri moških z nižjo izobrazbo. Pri ženskah je število rakov premajhno za povedno analizo, čeprav se kaže, da imajo visoko izobražene ženske v primerjavi s srednje in nizko izobraženimi nižjo incidenco, pri čemer so srednje izobražene ženske najbolj ogrožene. Pri moških je izobrazbena vrzel najbolj poudarjena v srednji starosti (45–69 let). Razmerje stopenj med nizko in visoko izobraženimi je 3,2 pri moških in 1,3 pri ženskah, razliki v izobrazbi pripisljiv delež pa 53,2 % pri moških in 23,7 % pri ženskah. Incidenca po posameznih letih se ne pri moških, ne pri ženskah ni statistično značilno spreminjala pri nobeni izobrazbeni skupini, prav tako ni statistično značilnih razlik absolutne vrzeli v 3-letnem drsečem povprečju incidence med visoko in nizko izobraženimi.

Raki glave in vratu so izrazito povezani s socialno ekonomskim položajem; pogosto je relativno tveganje za bolezen med nizko in visoko izobraženimi celo večje kot pri pljučnem raku, kar pri nas potrjujejo tako pretekla kot pričujoča analiza povezanosti med socialno ekonomskim položajem in zbolevanjem za rakom – razmerje incidenčnih stopenj pri nizko in visoko izobraženih moških je pri pljučnem raku manj kot 2, za rake glave in vratu pa presega 3 (119, 120, 122). Dejavniki tveganja za nastanek rakov glave in vratu so v glavnem povezani z nezdravim življenjskim slogom, predvsem sočasnim kajenjem in tveganim pitjem alkohola in potenciranimi učinki souporabe obeh. Dodatni dejavniki so nezadostno uživanje sadja in zelenjave, slaba ustna higiena ter okužba z *Epstein-Barr virusom* (EBV) in določenimi *humanimi papiloma virusi* (HPV). S HPV povezani raki glave in vratu so posebna entiteta, ki je s socialno ekonomskim položajem drugače povezana kot raki, povezani s kajenjem in alkoholom, a predstavljajo manjši odstotek rakov glave in vratu (118). Slovenski podatki iz Ankete o tobaku, alkoholu in drugih drogah za odrasle stare 25–64 kažejo: i) za kajenje okoli 2,8-krat in 1,4-krat večji delež kadilcev pri nizko v primerjavi z visoko izobraženimi moškimi in ženskami; ii) za uporabo alkohola okoli 1,7-krat in 1,4-krat večji delež čezmernih pivcev pri nizko v primerjavi z visoko izobraženimi moškimi in ženskami; in iii) da je hkratna prisotnost kajenja ter tveganega pitja alkohola statistično značilno povezana tako z nižjo izobrazbo kot moškimi spolom (78). To pomeni, da v Sloveniji nižje izobraženi moški najpogosteje sočasno kadijo in tvegano uživajo alkohol, zato ne preseneča, da je povezava med incidenco rakov glave in vratu in izobrazbo pri njih tako izrazita. Ponovno je potrebno poudariti, da je za zmanjševanje neenakosti ključna primarna preventiva na področju zdravega življenjskega sloga.

## SIMPTOMI DEPRESIVNE MOTNJE

Avtor: Matej Vinko

Kazalnik prikazuje delež prebivalcev Slovenije, starih 25 in več let, ki je imel prisotne razpoloženske simptome, značilne za depresivno motnjo. Prisotnost simptomov je samoocenjena in se navezuje na referenčno obdobje raziskave, s katero so bili pridobljeni podatki. Vir podatkov je Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu.



Slika 2.65: Delež oseb s simptomi depresivne motnje po starostnih skupinah in izobrazbi v letu 2019

Slika 2.66: Delež oseb s simptomi depresivne motnje po izobrazbi v letih 2014 in 2019

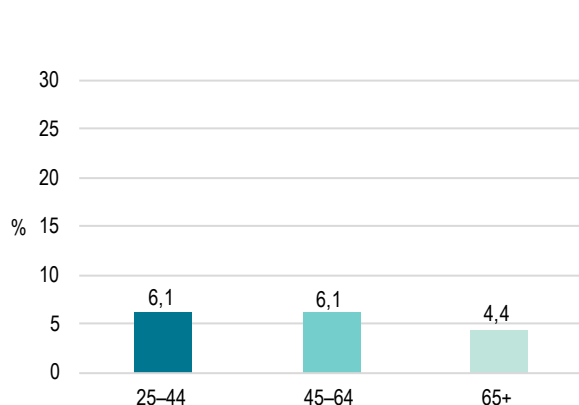
V Sloveniji so bili leta 2019 simptomi, značilni za depresivno motnjo, prisotni pri 3,5 % prebivalcev. Razlike med spoloma so bile minimalne in niso dosegale stopnje statistične značilnosti. Pri obeh spolih je največji delež oseb s simptomi depresivne motnje med osebami, starih 65 in več let. Izstopajo ženske, stare 65 in več let, pri katerih je delež depresivne motnje statistično značilno večji kot pri mlajših ženskah. Največji delež prebivalcev s simptomi depresivne motnje je bil prisoten pri osebah z nizko izobrazbo (slika 2.66). V letu 2019 je v primerjavi z letom 2014 delež depresivne motnje porasel predvsem pri moških z nizko izobrazbo. Statistično značilno povečanje deleža oseb s simptomi depresivne motnje beležimo tudi pri moških s srednjo izobrazbo in ženskah z nizko izobrazbo.

Raziskovalci že vrsto let opažajo pojav nepravilnih neenakosti v razširjenosti depresivne motnje, ki se kažejo med različnimi socialno-ekonomskimi sloji (126). Podobno kažejo tudi slovenski podatki. Osnovne determinante socialno-ekonomskega položaja so izobrazba, zaposlitev in prihodek. V primerjavi z rezultati podobnih raziskav v tujini nekoliko izstopajo podobni deleži prisotnosti simptomov depresije pri obeh spolih. V večini drugih evropskih držav je namreč delež večji pri ženskah (127). Če bi bil v letu 2019 delež oseb s simptomi depresivne motnje v Sloveniji med celotnim prebivalstvom enak deležu pri osebah z visoko izobrazbo, bi se delež oseb s simptomi depresivne motnje med prebivalstvom znižal za 39,7 %. Podatki kažejo, da se neenakosti na tem področju večajo, saj bi bil njihov delež leta 2014 le 28,3 %. Večje breme depresivne motnje pri nižjih socialno-ekonomskih slojih se pripisuje dejavnikom, kot so razlike v kognitivnih sposobnostih, strategije spoprijemanja s stresom, razlike v znanju, vrednotah in stališčih do duševnega zdravja, koriščenje storitev s področja duševnega zdravja, obremenitve na delovnem mestu, neravnovesje med vloženim trdom in zadovoljstvom z opravljanjem dela, nizki prihodki ter razlike v družbenem ugledu (128).

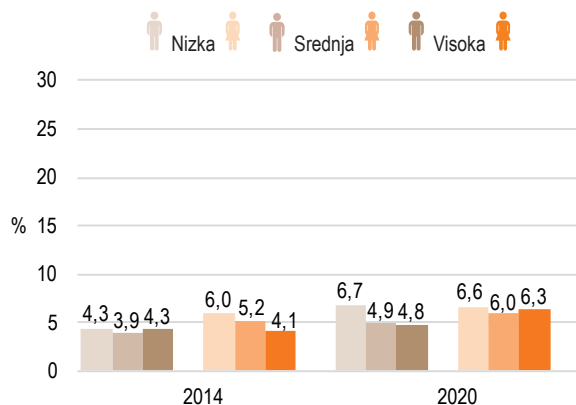
## ISKANJE POMOČI PRI STROKOVNJAKIH DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Avtor: Matej Vinko

Kazalnik prikazuje delež prebivalcev Slovenije, starih 25 in več let, ki je v preteklem letu iskal strokovno pomoč pri psihiatru, psihologu ali psihoterapevtu. Podatki so pridobljeni z nacionalno raziskavo o zdravju in zdravstvenem varstvu - EHIS 2019, v katero je vključen reprezentativen vzorec (slika 2.67).



Slika 2.67: Iskanje pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja v letu 2019 po starostnih skupinah



Slika 2.68: Delež prebivalcev, starih 25 in več let, ki je v preteklem letu iskal strokovno pomoč pri psihiatru, psihologu ali psihoterapevtu, po izobrazbi

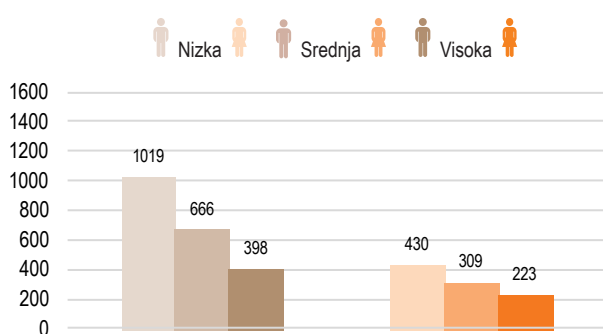
Pomoč pri strokovnjakih s področja duševnega zdravja (psihiater, psiholog ali psihoterapevt) je v letu 2019 iskalo 5,7 % prebivalcev Slovenije. Statistično značilno so redkeje pomoč iskali prebivalci v starosti 65 in več let. Med slednjimi je pomoč poiskalo 4,4 % prebivalcev, medtem ko je delež takšnih, ki so iskali pomoč strokovnjaka, v starosti od 25 do 64 let 6,1 % (slika 2.67). Prikaz po izobrazbeni strukturi kaže, da je bil med iskalci strokovne pomoči v letu 2019 največji delež oseb z osnovnošolsko in nižjo izobrazbo. Moški, z izjemo tistih, ki imajo osnovnošolsko in nižjo izobrazbo, so pomoč iskali redkeje kot ženske. Primerjava med letoma 2014 in 2019 kaže, da se je iskanje strokovne pomoči najbolj povečalo pri ženskah z višjo izobrazbo ter moških z osnovnošolsko in nižjo izobrazbo (slika 2.68). Opisana sprememba pri ženskah je statistično značilna, medtem ko se spremembe pri moških zgojijo približno meji statistične značilnosti.

V Sloveniji se je delež prebivalstva, ki je iskal pomoč pri strokovnjaku duševnega zdravja, med leti 2014 in 2019, povečal. V celotni populaciji se je delež povečal za 1,1 %. Glede na razpoložljive podatke ni možno presojati, v kolikšni meri se lahko porast pripiše povečanim potrebam oz. večji sprejemljivosti strokovne pomoči pri osebah z duševnimi težavami ali spremembam katerih drugih dejavnikov, ki vplivajo na iskanje pomoči. Razmerje deležev iskanja pomoči med spoloma v grobem odraža razmerje v bremenu duševnih motenj med spoloma (129). Pri obeh spolih je največji delež iskalcev strokovne pomoči pri osebah z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo. Slednje se razlikuje od ugotovitev v tujih raziskavah, katerih primerljivost pa je omejena zaradi pomembnih razlik v urejenosti sistema storitev na področju duševnega zdravja (130, 131). Prav tako je treba opozoriti na ugotovitve tujih raziskav, da osebe z višjim socialno-ekonomskim položajem koristijo strokovno pomoč v večjem obsegu oz. pogosteje kot osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem (131). Prikazani kazalnik nam vpogleda v to značilnost iskanja pomoči ne omogoča. Delež iskalcev strokovne pomoči je v Sloveniji najnižji pri starejši populaciji. Tuje raziskave ugotavljajo, da starejši pogosteje poiščejo pomoč zaradi težav v duševnem zdravju pri družinskih zdravnikih kot strokovnjakih s področja duševnega zdravja, kar bi lahko pojasnilo naše ugotovitve (132). Skladno s tujimi ugotovitvami tudi v Sloveniji opažamo redkejšo iskanje pomoči moških – predvsem moških, ki imajo srednjo ali višjo izobrazbo (133). Z redkejšim iskanjem strokovne pomoči zaradi duševnih težav se pogosto povezuje visok samomorilni količnik pri moških, zato je smiselno preučevanju in odstranjevanju preprek do iskanja strokovne pomoči nameniti več sredstev.

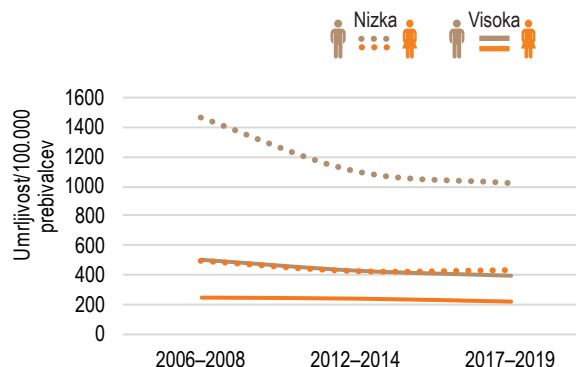
## PREZGODNJA UMRLJIVOST PRED 75. LETOM STAROSTI

Avtorica: Tatjana Kofol Bric

Nizek socialno-ekonomski položaj je zanesljivo povezan s povečanim tveganjem za prezgodnjo smrt. Prezgodnja umrljivost po izobrazbi zaradi vseh vzrokov skupaj je prikazana s starostno standardizirano stopnjo umrljivosti med 25. in 74. letom starosti. Uporabljena so povprečja treh zaporednih let.



Slika 2.69: Umrljivost pred 75. letom starosti po izobrazbi in spolu v obdobju 2017–2019, Slovenija (SSS)



Slika 2.70: Umrljivost pred 75. letom po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih (SSS)

Prezgodnja umrljivost med 25. in 75. letom starosti kaže v Sloveniji velike razlike po izobrazbi tako v obdobju 2017–2019 kot v prejšnjih obdobjih. Moški z nizko izobrazbo imajo do 75. leta starosti 2,6-krat višjo stopnjo umrljivosti kot tisti z visoko izobrazbo. Pri ženskah je vrzel manjša kot pri moških. Izračun populaciji pripisljivega deleža pokaže, da bi se pri moških 42,5 % smrti do 75. leta starosti izognili, če bi bila umrljivost v celotni populaciji enaka umrljivosti med visoko izobraženimi. Pri ženskah ta delež znaša 31,9 %. Med opazovanimi vzroki smrti v Sloveniji se izobrazbena vrzel najbolj izrazi pri vzrokih smrti, ki so neposredno pripisljivi alkoholu.

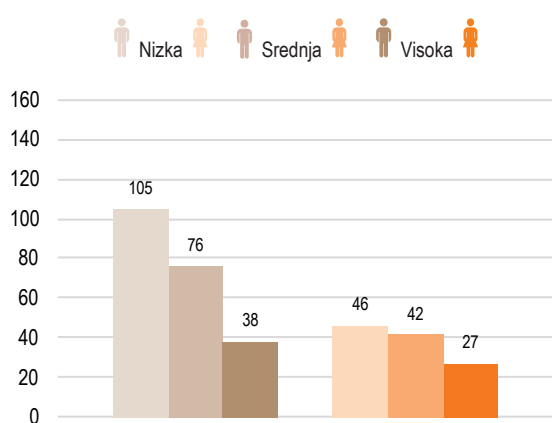
V opazovanih obdobjih se je vrzel med nizko in visoko izobraženimi moškimi zmanjševala, pri ženskah in v populaciji skupaj pa se je izobrazbena vrzel ohranjala. V celotni populaciji pa se prezgodnja umrljivost v Sloveniji še vedno znižuje, to velja tako pri moških kot pri ženskah in pri vseh izobrazbenih skupinah.

Čeprav je zmanjšanje prezgodnje umrljivosti zaradi socialno-ekonomskega položaja že dolgo eden glavnih ciljev izboljšanja javnega zdravja, pa so zelo redko doseženi rezultati v zmanjšanju vrzeli med skupinami z različno izobrazbo (134). V nekaterih evropskih državah so se izobrazbene neenakosti izrazito povečale (135). Razloge za ugodno zmanjšanje izobrazbene vrzeli v umrljivosti moških v Sloveniji v obdobju 2012–2014, ki se ni nadaljevalo v naslednjem obdobju, bi bilo treba raziskovati tudi glede vpliva odseljevanja nizko izobraženega prebivalstva v države izvora v obdobju ekonomske krize. Migracije prebivalstva močno vplivajo na socialno-ekonomske vrzeli v umrljivosti in v nekaterih medregijskih primerjavih poskušajo ta vpliv izločiti z raziskovanjem zgolj v državi rojenega prebivalstva (136). V Veliki Britaniji je ena od treh prezgodnjih smrti povezana s socialno-ekonomsko neenakostjo, kar raziskovalci izpostavljajo kot razlog, da bi morale neenakosti predstavljati najpomembnejši izziv javnega zdravja. Prednost morajo imeti intervencije, ki naslavljajo izvirne sistemske dejavnike socialno-ekonomske neenakosti, kot so socialna prikrajšanost, izpostavljenost tveganjem in družbena pravičnost (134). Poleg naslavljanja dohodkovne neenakosti je Marmotovo poročilo za zmanjševanje neenakosti izpostavilo šest političnih zavez, in sicer: vsakemu otroku omogočiti najboljši začetek življenja, omogočiti ljudem, da izkoristijo svoje sposobnosti in imajo nadzor nad življenjem, ustvarjati zaposlitve in dobra delovna mesta, zagotavljati zdrav bivalni standard, ustvarjati zdrava in trajnostna okolja in krepiti preprečevanje bolezni (137).

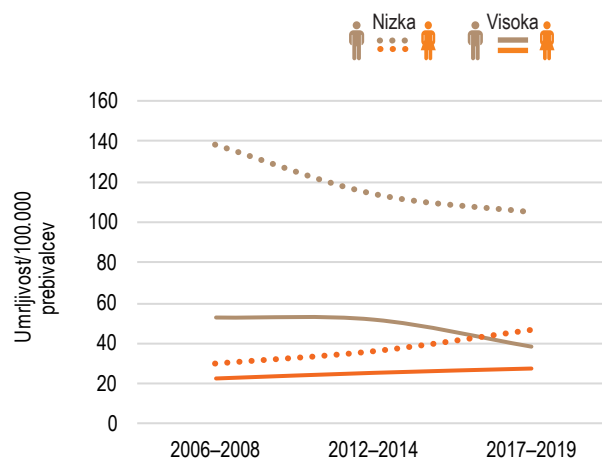
## UMRLJIVOST ZARADI PLJUČNEGA RAKA

Avtorica: Helena Koprivnikar

Pljučni rak je v 80 % posledica kajenja tobaka, ki je v Sloveniji med vodilnimi preprečljivimi dejavniki tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja (138). Posledice kajenja se zaradi različne razširjenosti kajenja razlikujejo med skupinami z različnim socialno-ekonomskim položajem. So eden pomembnejših vzrokov neenakosti v zdravju, umrljivosti skupno in umrljivosti zaradi posameznih vzrokov (76-78, 120, 139-141). Neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka so, predvsem med moškimi, pomemben dejavnik neenakosti v celokupni umrljivosti (140, 142).



Slika 2.71: Povprečne starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med prebivalci, starimi 25–74 let, po spolu in izobrazbi, 2017–2019



Slika 2.72: Starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med nizko in visoko izobraženimi po spolu v treh časovnih obdobjih

Povprečne starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka (SSSU PR) v obdobju 2017–2019 se zmanjšujejo z višanjem stopnje izobrazbe, vrzel je izrazitejša med moškimi kot ženskami. Med moškimi je stopnja umrljivosti v skupini z nizko izobrazbo 2,7-krat višja kot v skupini z visoko izobrazbo, pri ženskah 1,7-krat. Če bi v vseh izobrazbenih skupinah znižali stopnjo umrljivosti na raven visoko izobraženih, bi se pri moških znižala za polovico, pri ženskah za nekaj manj kot tretjino. Relativne neenakosti pa med moškimi kažejo na višjo umrljivost med nižje izobraženimi, pri ženskah pa so obratne (moški: RII = 1,08; ženske RII = 0,7).

V vseh opazovanih obdobjih je bila povprečna stopnja umrljivosti pri obeh spolih višja med nizko izobraženimi. Povprečna stopnja umrljivosti se je med moškimi znižala tako med nizko kot visoko izobraženimi in vrzel po izobrazbi se ni spremenila. Med ženskami se je v opazovanih obdobjih stopnja umrljivosti med nizko izobraženimi zvišala, med visoko izobraženimi se ni spremenila, vrzel se je tako povečala.

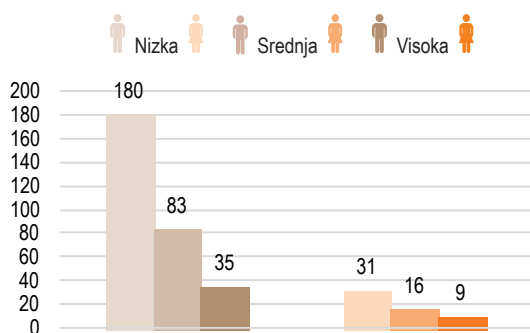
V Sloveniji beležimo neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka glede na izobrazbo. Izrazitejše so med moškimi kot ženskami, podobno je v drugih evropskih državah (140, 142). Med moškimi je v vseh starostnih skupinah umrljivost višja med nizkoizobraženimi, med ženskami po 70. letu starosti pa beležimo najvišjo stopnjo med visoko izobraženimi, kar se odraža tudi v relativni neenakosti in je v skladu s posameznimi obdobji epidemije kajenja (139, 140, 142). Vrzel v umrljivosti glede na izobrazbo se v spremljanem časovnem obdobju med moškimi ne spreminja, med ženskami pa povečuje. Na to, da se bodo verjetno neenakosti v stopnji umrljivosti zaradi pljučnega raka v prihodnje v Sloveniji povečevale, nakazuje to, da so neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka med nizko in visoko izobraženimi (razmerje stopenj) višje v mlajših starostnih skupinah in to, da so trenutno neenakosti v kajenju največje v starostni skupini 25–44 let, oboje je prisotno pri obeh spolih.

Za zmanjševanje neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka in drugih tobaku pripisljivih bolezni je ključno zmanjševanje neenakosti v kajenju. Ukrepi za zmanjševanje neenakosti v kajenju so opisani pri kazalniku prevalece kajenja.

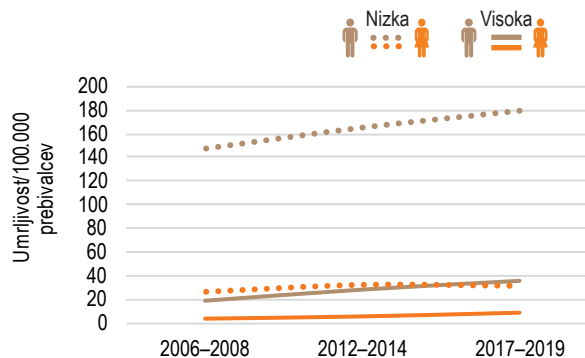
## UMRLJIVOST ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV

Avtorica: Sandra Radoš-Krnel

Svetovna zdravstvena organizacija uvršča rabo alkohola med ključne dejavnike tveganja za prezgodnjo umrljivost in breme bolezni, kar pomembno prispeva tudi k neenakostim v zdravju prebivalcev. Raba alkohola pomembno vpliva na pojav več kot 200 bolezenskih stanj, poškodb in zastrupitev (143). Kazalnik »Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov« prikazuje število umrlih na 100.000 prebivalcev zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev, ki jih neposredno (stodstotno) pripisujemo alkoholu. Ker se v analizi uporabljajo podatki iz različnih let, je za zagotavljanje primerljivosti izračun kazalnika prilagojen starostni strukturi prebivalstva v posameznem letu (starostno standardizirana stopnja umrljivosti).



Slika 2.73: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini 25–74 let v obdobju 2017–2019



Slika 2.74: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi in spolu v treh časovnih obdobjih

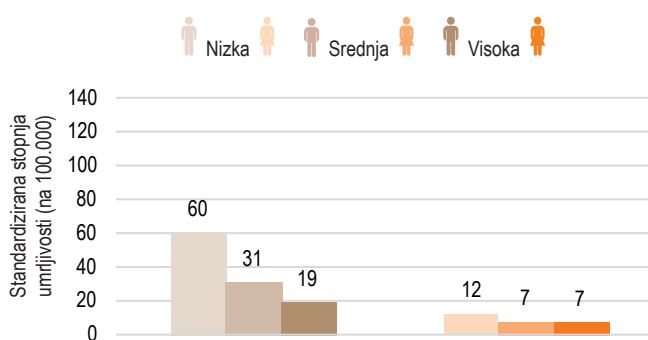
V obdobju 2017–2019 so bile razlike v stopnji umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih (ANP) vzrokov med moškimi z različnimi stopnjami izobrazbe statistično značilne. Stopnja umrljivosti je bila najvišja pri moških z nizko izobrazbo in najnižja pri moških z visoko izobrazbo. Tudi pri ženskah je bil prisoten enak vzorec razlik v stopnji umrljivosti, razlike med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe so bile prav tako statistično značilne (slika 2.73). Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov se je pri moških v obdobju od leta 2006 do 2019 statistično značilno povečevala, tako v skupini z nizko kot v tisti z visoko izobrazbo. Hkrati se je povečala razlika v umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z visoko in nizko izobrazbo, tudi ta razlika je bila statistično značilna ( $p = 0,039$ ). Tako je bila stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z nizko izobrazbo od skoraj 8 do 5-krat višja kot med moškimi z visoko izobrazbo (slika 2.74). Statistično značilno povečanje stopnje umrljivosti zaradi ANP vzrokov v istem obdobju opazujemo tudi pri ženskah, tako v skupini z nizko kot z visoko izobrazbo, vendar se razlika med posameznimi izobrazbenimi skupinami ni statistično značilno spreminjala. Stopnja umrljivosti pri nižje izobraženih ženskah je bila od 7,07- do 3,36-krat višja kot pri ženskah z visoko izobrazbo (slika 2.74).

Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov je bila pri moških v obdobju od leta 2017 do 2019 4,6-krat višja kot pri ženskah. Najvišja stopnja umrljivosti je bila pri moških v starostni skupini od 65 do 69 let, pri ženskah pa v starostni skupini od 75 do 79 let. Tako pri moških kot ženskah je umrljivost zaradi ANP vzrokov višja pri nižje izobraženih, pri čemer so neenakosti nekoliko manj izrazite pri ženskah. Vrzel v umrljivosti glede na izobrazbo je v časovnem obdobju 2006–2019 med moškimi naraščala, med ženskami pa se ni bistveno spremenila. Več različnih raziskav in poročil posameznih držav kaže, da imajo osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem več posledic zaradi rabe alkohola, čeprav popijejo enake ali manjše količine (144). Raziskovalci ponujajo več razlag za ta t. i. alkoholni paradoks, npr. razlike v načinu pitja alkohola, posebno pogostost visoko tveganega opijanja, pri ranljivejših posameznikih je pogosto hkrati prisotnih več dejavnikov tveganja, zaradi pomanjkanja virov naj bi se bili manj sposobni izogniti škodljivim posledicam, pogosto imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev in drugih virov pomoči (85, 145, 146). Zato je pri oblikovanju politik, intervencij in programov za zmanjševanje škode zaradi alkohola nujno vključevati elemente, ki spodbujajo pravičnost in priporočila ali smernice za zmanjšanje ugotovljenih neenakosti v zdravju (146, 147).

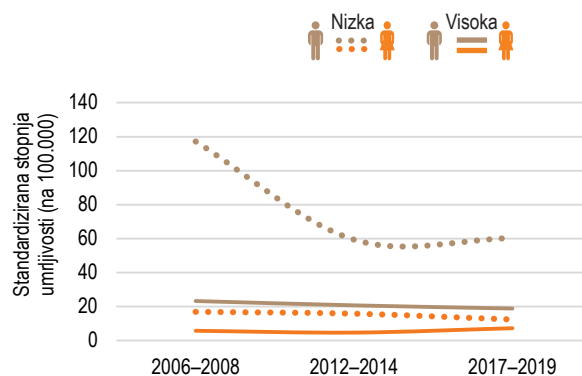
## UMRLJIVOST ODRASLIH ZARADI POŠKODB V NEZGODAH

Avtorica: Mateja Rok Simon

Poškodbe v nezgodah so eden glavnih vzrokov umrljivosti odraslih prebivalcev Slovenije. Zaradi staranja prebivalstva so poškodbe pri padcih že postale najpogostejši vzrok smrti zaradi nezgod, sledijo pa poškodbe v prometnih nezgodah. Moški imajo štirikrat višjo umrljivost zaradi nezgod kot ženske, predvsem zaradi bolj tveganega vedenja v prometu.



Slika 2.75: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019



Slika 2.76: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2006–2019

V obdobju 2017–2019 so imeli nizko izobraženi odrasli statistično značilno višjo umrljivost zaradi nezgod kot visoko izobraženi (slika 2.75). Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi odraslimi je bila 1,3-krat večja od njihove povprečne umrljivosti zaradi nezgod. Če bi nižje izobražena skupina dosegla enako stopnjo umrljivosti, kot jo ima višje izobražena skupina odraslih, bi se skupna stopnja umrljivosti zaradi nezgod zmanjšala za 40 %. Nizko izobraženi moški so imeli statistično značilno višjo umrljivost zaradi nezgod kot visoko izobraženi. Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi moškimi je bila 1,4-krat večja od povprečne umrljivosti moških zaradi nezgod. Pri ženskah razlik v umrljivosti zaradi izobrazbe ni bilo mogoče potrditi.

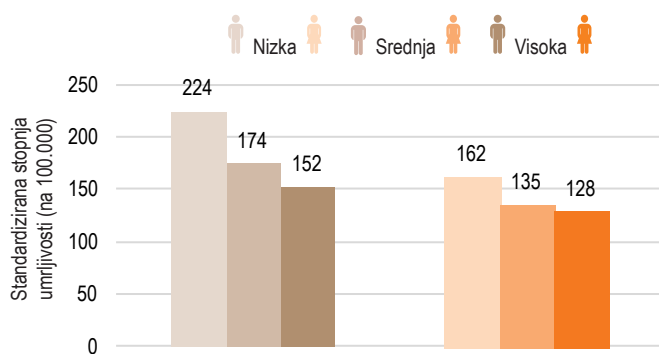
V obdobju 2006–2019 je umrljivost zaradi nezgod statistično značilno padala predvsem pri nižje izobraženih odraslih, zato se je statistično značilno manjšala tudi vrzel v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi odraslimi (slika 2.76).

V zadnjih letih so imeli nizko izobraženi odrasli višjo umrljivost v nezgodah v primerjavi z višje izobraženimi tako v prometnih nezgodah kot tudi pri padcih. Neenakosti so bile statistično značilne le pri moških, kar ugotavljajo tudi drugi avtorji (148–150). Med razlogi za neenakosti se največkrat navaja bolj tvegano vedenje ljudi z nižjo izobrazbo, npr. neuporabo varnostnega pasu in drugih zaščitnih sredstev v prometu, prehitro vožnjo, vožnjo pod vlivom alkohola, slabšo finančno dostopnost novih avtomobilov (151, 152). Višje izobraženi ljudje imajo tudi bolj zdrav življenjski slog (boljšo prehrano, več telesne dejavnosti, manj kajenja in pitja alkohola) ter večje sposobnosti za pridobivanje informacij o preprečevanju padcev in zdravljenju po zlomu (153, 154). Vrzel v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi se je v celotnem obdobju manjšala predvsem zaradi velikega padca umrljivosti v prometnih nezgodah v času gospodarske krize pri nizko izobraženih moških, o čemer poročajo tudi v drugih državah (155). V krizi se zaradi brezposelnosti zmanjša predvsem število prevoženih km poti z avtomobilom, intenzivnost prevozov blaga s težkimi tovornimi vozili in gostota prometa na mestnih vpadnicah, s tem pa tudi število težkih prometnih nezgod (156, 157). V letih od gospodarske krize do danes se je zmanjšana neenakost v umrljivosti zaradi nezgod ohranila, pri čemer se je vrzel v umrljivosti zaradi prometnih nezgod še zmanjšala, vrzel v umrljivosti zaradi padcev pa se je istočasno povečala.

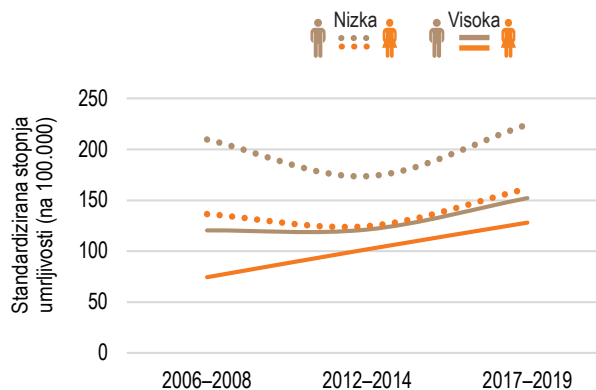
## UMRLJIVOST STAREJŠIH ZARADI PADCEV

Avtorica: Mateja Rok Simon

Padci so glavni vzrok umrljivosti zaradi nezgod pri odraslih starejših od 64 let, najpogostejše težke posledice padcev pa so zlomi kolka. Zaradi staranja prebivalstva padci postajajo pomemben javnozdravstveni problem, saj so dragi, imajo običajno resne posledice in vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije po poškodbi, institucionalizaciji ter smrti.



Slika 2.77: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019



Slika 2.78: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija, 2006–2019

V letih 2017–2019 so imeli nizko izobraženi starejši odrasli statistično značilno višjo umrljivost zaradi padcev kot srednje in visoko izobraženi (slika 2.77). Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi starejšimi je znašala 31 % njihove povprečne umrljivosti zaradi padcev. Če bi nizko izobražena skupina dosegla enako stopnjo umrljivosti, kot jo ima visoko izobražena skupina starejših, bi se skupna stopnja umrljivosti starejših zaradi padcev zmanjšala za 13 %. Razlike v umrljivosti glede na izobrazbo so bile večje pri moških kot ženskah. Nizko izobraženi moški so imeli statistično značilno višjo umrljivost zaradi padcev kot srednje in visoko izobraženi. Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi moškimi je znašala 52 % povprečne umrljivosti starejših moških zaradi padcev. Pri ženskah razlik v umrljivosti zaradi izobrazbe ni bilo mogoče potrditi.

V obdobju 2006–2019 je umrljivost zaradi padcev statistično značilno naraščala pri nizko in visoko izobraženih starejših odraslih, a sprememb vrzeli v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi ni bilo mogoče potrditi (slika 2.78).

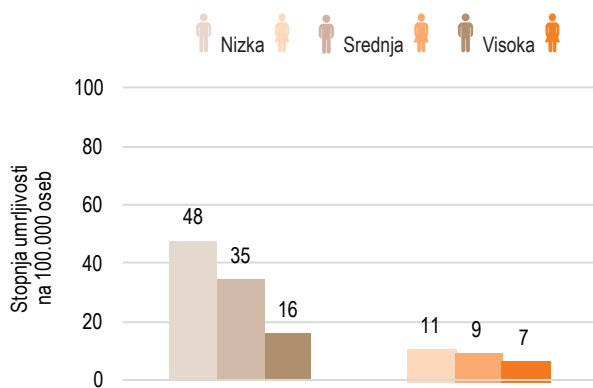
V zadnjih letih so imeli nizko izobraženi starejši odrasli višjo umrljivost zaradi padcev kot višje izobraženi, kar velja le za moške, medtem ko drugi avtorji ugotavljajo neenakosti tudi pri različno izobraženih starejših ženskah (158, 159). Višje izobraženi ljudje imajo boljše zdravje zaradi boljše prehrane, več telesne dejavnosti, manj kajenja in pitja alkohola, pri njih pa ugotavljajo tudi večje sposobnosti za pridobivanje ustreznih informacij o preprečevanju padcev in zlomov ter bolj dosledno jemanje predpisanih zdravil, npr. bifosfonatov, kar je vse povezano z nižjo umrljivostjo (153, 154, 160, 161). Vrzeli v umrljivosti zaradi padcev se v celotnem obdobju ni statistično značilno spreminjala, saj je umrljivost statistično značilno naraščala hkrati pri nizko in visoko izobraženih starejših odraslih, predvsem ženskah, o čemer poročajo tudi drugi avtorji (162). V času gospodarske krize se je vrzel sicer zmanjšala zaradi istočasnega znižanja umrljivosti nizko izobraženih in zvišanja umrljivosti visoko izobraženih starejših odraslih. V času krize namreč ljudje z nizkimi dohodki zmanjšajo pogostost izhodov, predvsem nakupov, družabnih srečanj in drugih poti, ki so povezane s finančnimi stroški, in tako zmanjšajo tveganje za padce, medtem ko tisti z višjimi prihodki varčujejo tako, da več hodijo peš in manj uporabljajo dražje načine prevoza, npr. avtomobil ali javna prevozna sredstva (156).



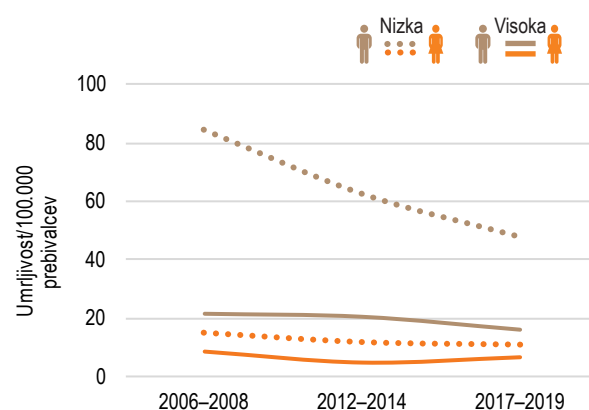
## UMRLJIVOST ZARADI SAMOMORA

Avtor: Matej Vinko

Kazalnik prikazuje število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev. Ker analiza primerja podatke v različnih obdobjih, je za zagotavljanje primerljivosti izračun kazalnika prilagojen starostni strukturi prebivalstva v posameznem letu.



Slika 2.79: Umrlijivost zaradi samomora v starostni skupini od 25 do 74 let po spolu in izobrazbi v obdobju 2017–2019



Slika 2.80: Stopnji umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev po izobrazbi in spolu v treh časovnih obdobjih

V obdobju 2017–2019 so bile razlike v stopnji umrljivosti zaradi samomora med moškimi z različnimi stopnjami izobrazbe statistično značilne. Stopnja umrljivosti je bila najvišja pri moških z nizko izobrazbo in najnižja pri moških z visoko izobrazbo. Pri ženskah je bil prisoten podoben vzorec razlik, ki pa niso dosegle stopnje statistične značilnosti (slika 2.79). Čeprav se absolutna razlika v stopnji umrljivosti zaradi samomora pri moških skozi leta manjša, se razmerje stopenj umrljivosti med moškimi z visoko in nizko izobrazbo ne spreminja občutno. V opazovanih obdobjih 2006–2019 je bila stopnja umrljivosti zaradi samomora med moškimi z nizko izobrazbo od 4- do 3-krat višja kot med moškimi z visoko izobrazbo (slika 2.80). Razlike v absolutni razliki in relativni stopnji umrljivosti zaradi samomora med ženskami v opazovanih obdobjih so v primerjavi z moškimi manjše. Stopnja umrljivosti pri nižje izobraženih ženskah je bila od 2,6- do 1,6-krat višja kot pri ženskah z visoko izobrazbo.

Stopnja umrljivosti pri moških je bila v obdobju 2017–2019 3,8-krat višja kot pri ženskah. Tako pri moških kot ženskah je umrljivost zaradi samomora višja pri nižje izobraženih, pri čemer so neenakosti nekoliko manj izrazite pri ženskah. Podobno opažajo tudi raziskovalci v tujini (163). V Sloveniji v zadnjih letih beležimo statistično značilno upadanje stopnje umrljivosti zaradi samomora pri nižje izobraženih. Ker je število umrlih zaradi samomora višje pri moških, je ta upad dobro razviden tudi v zmanjšanju absolutne vrzeli v umrljivosti zaradi samomora pri moških. Zaradi sočasnega upadanja števila umrlih zaradi samomora pri višje izobraženih pa ostaja razmerje stopenj umrlih zaradi samomora visoko tako pri moških kot ženskah. V obdobju po gospodarski krizi leta 2008 po slovenskih podatkih ne zaznavamo porasta v stopnji umrljivosti zaradi samomora, kar je primerljivo z izsledki nekaterih drugih tujih raziskav (164, 165). Da bi tudi v prihodnje nadaljevali s trendom upadanja samomora, predvsem pa, da bi bolje naslovili obstoječe neenakosti, je treba dvigati ozaveščenost in pismenost na področju duševnega zdravja s poudarkom na samomoru, zagotavljati dostopnost pomoči in obravnave samomorilno ogroženim osebam ter zmanjšati dostopnost sredstev za samomor (166).

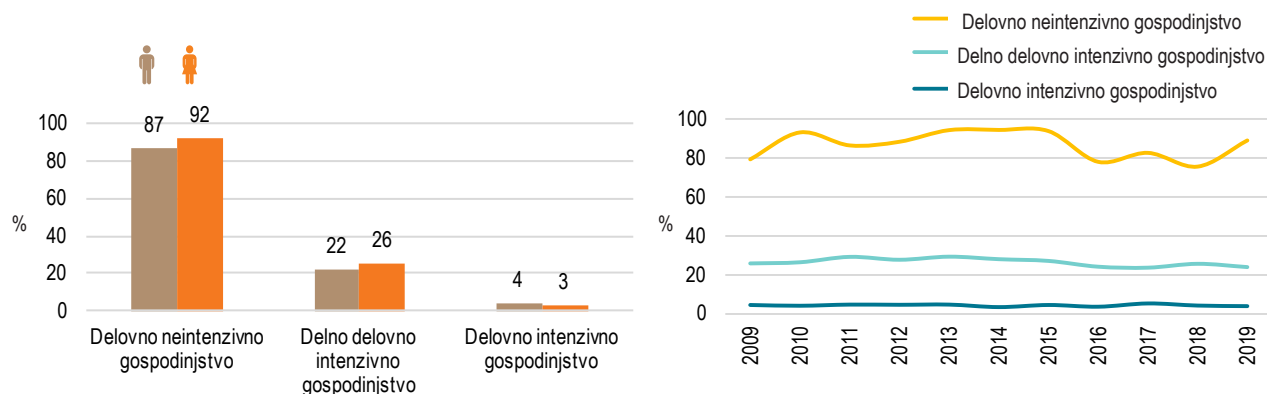
## 2.3.2 Socialno-ekonomske determinante zdravja

Avtorici: Martina Trbanc, Mateja Nagode (obe IRSSV)

### STOPNJA TVEGANJA REVŠČINE OTROK (0–17 LET) V RAZLIČNO DELOVNO INTENZIVNIH GOSPODINJSTVIH

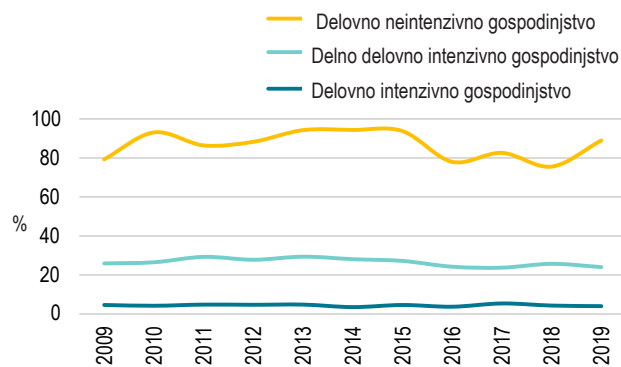
Avtorici: Martina Trbanc, Mateja Nagode

Stopnja tveganja revščine otrok predstavlja delež otrok (0–17 let), ki živijo v gospodinjstvih, ki razpolagajo z dohodki pod relativno določenim pragom tveganja revščine. Prag tveganja revščine je dogovorno postavljen na 60 % mediane ekvivalentnega razpoložljivega neto dohodka vseh gospodinjstev (ob upoštevanju OECD-jeve prilagojene ekvivalenčne lestvice). Delovna intenzivnost gospodinjstva predstavlja razmerje med številom mesecev v referenčnem letu, v katerih so bili za delo sposobni člani gospodinjstva (osebe, stare 18–64 let, razen vzdrževanih otrok) dejansko delovno aktivni (zaposleni ali samozaposleni), in številom mesecev, v katerih bi bili za delo sposobni člani lahko delovno aktivni. V delovno neintenzivnih gospodinjstvih ni bil nihče od za delo sposobnih odraslih članov delovno aktiven niti en mesec v letu, v delovno intenzivnih gospodinjstvih pa so bili vsi za delo sposobni odrasli člani delovno aktivni celo leto. Delno delovno intenzivna so gospodinjstva, v katerih je bil vsaj eden od za delo sposobnih članov delovno aktiven vsaj del leta.



Slika 2.81: Stopnja tveganja revščine otrok (0–17 let) glede na spol in delovno intenzivnost gospodinjstva, 2019

Vir: SURS, SI-STAT.



Slika 2.82: Stopnja tveganja revščine otrok (0–17 let) glede delovno intenzivnost gospodinjstva, 2009–2019

Vir: SURS, SI-STAT.

Stopnja tveganja revščine otrok je izrazito povezana z delovno intenzivnostjo gospodinjstva, v katerem živijo. Otroci, ki živijo v delovno neintenzivnih gospodinjstvih, tj. v gospodinjstvih, v katerih odrasli za delo zmožni člani niso delovno aktivni, imajo izjemno visoke stopnje tveganja revščine – v letu 2019 je tako tvegalo revščino kar 89 % otrok iz delovno neintenzivnih gospodinjstev. Tudi kadar so odrasli člani gospodinjstva delovno aktivni manj kot polovico običajne delovne aktivnosti v referenčnem letu, tvega revščino več kot polovica otrok iz takih gospodinjstev. Nizko tveganje revščine otrok zagotavlja predvsem polna delovna aktivnost odraslih članov gospodinjstva. To dejansko pomeni, da za zagotavljanje nizkega tveganja revščine otrok ni dovolj, da starši (odrasli člani gospodinjstva) delajo, ampak morajo biti polno delovno aktivni skozi celo referenčno obdobje. Otroci iz gospodinjstev, v katerih starši opravljajo nestalna dela, za določen čas, za polovični čas, imajo med zaposlitvami obdobja brezposelnosti ali opravljajo druge podobne oblike t. i. prekarnih del, tako pogosteje tvegajo revščino kot otroci iz gospodinjstev, v katerih so starši polno zaposleni. Opaznejših razlik v stopnjah tveganja revščine deklic in dečkov ni.

Otroci so potencialno ranljiva skupina sama po sebi, saj ne morejo vplivati na svoje življenjske okoliščine, zato je spremljanje stopnje tveganja revščine otrok eden osnovnih kazalnikov, ki kažejo obseg ogroženosti otrok tako v materialnem in socialnem kot v zdravstvenem smislu, saj pomanjkanje dohodkov v gospodinjstvu vpliva na načine prehranjevanja, vzorce aktivnosti in preživljanja prostega časa, bivanjske okoliščine in življenjske možnosti. Še posebno kadar gre za dolgotrajno situacijo, tveganje revščine tudi nakazuje nevarnost socialne izključenosti otrok in medgeneracijskega prenosa revščine. V letu 2019 je dolgotrajno (vsaj dve leti v preteklih treh letih) tvegalo revščino 4,6 % otrok (v celotni populaciji pa 7,4 % oseb), med njimi več deklic kot dečkov. Zelo pomembno je zato z različnimi ukrepi omogočati enake možnosti in priložnosti vsem otrokom ne glede na materialno situacijo njihovih družin.

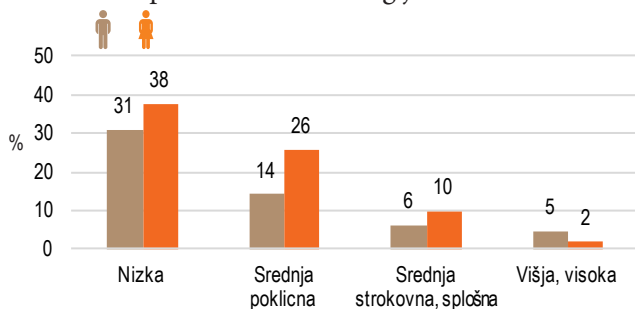
V Sloveniji je stopnja tveganja revščine otrok v zadnjem desetletju v večini let nižja od splošnega tveganja revščine v populaciji, z izjemo obdobja od 2011 do 2014, ko se je splošno poslabšanje socialne situacije (kot posledice gospodarske krize in razmer na trgu dela) odrazilo tudi na socialnem položaju otrok (v letu 2011 je bila stopnja tveganja revščine otrok kar za 1,1 odstotnih točk višja od splošne stopnje tveganja revščine v populaciji, v letu 2012 je bila na istem nivoju, v letu 2013 spet za 0,2 odstotnih točk višja in v letu 2014 višja za 0,3 odstotne točke). V primerjavi s povprečjem držav EU so stopnje tveganja revščine otrok v Sloveniji relativno nizke.

Tveganje revščine otrok je izrazito povezano s tem, ali so odrasli člani gospodinjstva (starši) delovno aktivni in v kolikšnem obsegu. Skoraj devet od desetih otrok, ki živijo v gospodinjstvih, v katerih ni delovno aktivnih odraslih članov (ki so sicer zmožni za delo in v delovno aktivni starosti), tvega revščino. Na drugi strani tvega revščino tudi 3,5 % (leto 2019) otrok, ki živijo v gospodinjstvih s polno delovno aktivnimi odraslimi osebami. Glede na tip gospodinjstva imajo najvišje tveganje revščine enostarševska gospodinjstva (26,1 % v letu 2019), kar kaže, da so otroci v enostarševskih družinah še posebno ranljivi.

## STOPNJA TVEGANJA REVŠČINE ODRASLIH (18 IN VEČ LET)

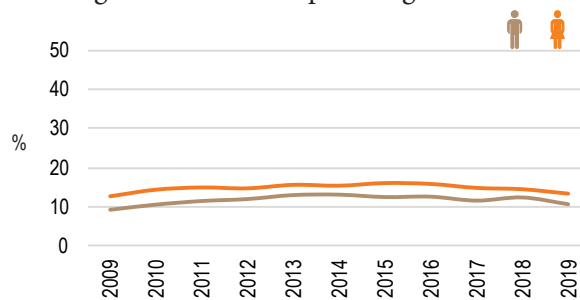
Avtorici: Martina Trbanc, Mateja Nagode

Stopnja tveganja revščine je osnovni in največkrat uporabljeni kazalnik za prikaz deleža populacije, ki živi z dohodki pod relativno določenim pragom tveganja revščine. Prag tveganja revščine je dogovorno postavljen na 60 % mediane ekvivalentnega razpoložljivega neto dohodka vseh gospodinjstev (ob upoštevanju OECD-jeve prilagojene ekvivalenčne lestvice). Gre torej za relativen kazalnik dohodkovne revščine. Prag tveganja revščine se po enotni metodologiji EU izračunava za vsako leto glede na dohodke preteklega leta.



Slika 2.83: Stopnja tveganja revščine starejših ljudi (65 in več let) glede na izobrazbo, 2019

Vir: SI-STAT, SURS.



Slika 2.84: Stopnja tveganja revščine odraslih (18 in več let) glede na spol, 2009–2019

Vir: SI-STAT, SURS.

Na splošno so ženske v Sloveniji bolj izpostavljene tveganju revščine kot moški. Razlika v tveganju revščine med spoloma ostaja relativno konstantna, najmanjšo razliko smo beležili v letu 2018. Tveganje revščine je povezano tudi s starostjo, saj je v Sloveniji izpostavljenost temu tveganju najpogostejša pri starejših od 65 let. Povezava tveganja revščine s stopnjo izobrazbe je izrazita, saj so nižje izobraženi nekajkrat pogosteje izpostavljeni tveganju revščine kot visoko izobraženi, poleg tega se tveganje revščine med nižje izobraženimi po 65. letu opazno poviša, medtem ko je med visoko izobraženimi konstantno relativno nizko, pri visoko izobraženih ženskah po 65. letu pa se celo zniža. Izpostavljenost tveganju revščine se v starosti najbolj poveča pri nizko izobraženih (osnovna šola ali manj), pri čemer se poveča pri nizko izobraženih ženskah izraziteje kot pri moških. Povišanje tveganja revščine po 65. letu je vidno tudi pri poklicno izobraženih osebah, ponovno pri ženskah izraziteje kot pri moških.

Stopnja tveganja revščine v celotni populaciji se je v zadnjih desetih letih v Sloveniji gibala med 12 in 14,5 %; višje stopnje tveganja revščine so bile v letih 2009–2015. Povezane so bile z zaostrenimi gospodarskimi razmerami in razmerami na trgu dela ter posledično nižjimi razpoložljivimi dohodki gospodinjstev (povečanje brezposelnosti, sprememba socialne zakonodaje, varčevalni ukrepi) in tudi nekoliko povečano dohodkovno neenakostjo v omenjenih letih (167). Prag tveganja revščine (in tudi delež gospodinjstev, ki po razpoložljivih dohodkih pade pod prag tveganja revščine) je namreč odvisen od višine in porazdelitve dohodka med gospodinjstvi ter od števila in starosti članov gospodinjstva (odrasli, otroci). Primerjalno gledano je Slovenija po stopnjah tveganja revščine v zadnjih desetih letih ves čas pod povprečjem tveganja revščine v državah EU.

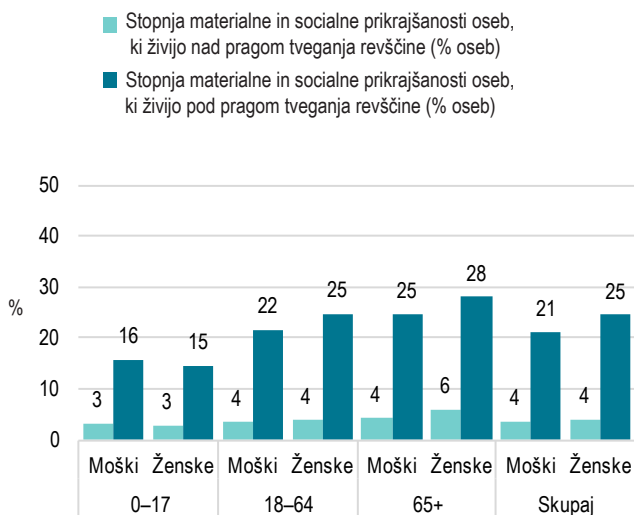
Tveganje revščine je močno povezano z delovno aktivnostjo odraslih oseb, saj imajo najvišje tveganje revščine brezposelne osebe, še posebno brezposelni moški (49,5 % v letu 2019), ki jim sledijo upokojene osebe (tveganju revščine je bilo v letu 2019 izpostavljenih 21,8 % upokojenih žensk) in drugi neaktivni (20,1 % drugih neaktivnih žensk). Med delovno aktivnimi so samozaposleni precej bolj izpostavljeni tveganju revščine kot zaposleni (v letu 2019 14,0 % samozaposlenih in 3,4 % zaposlenih), še posebno izrazito je to pri ženskah (v letu 2019 je bilo izpostavljenih tveganju revščine 15,5 % samozaposlenih in 2,7 % zaposlenih žensk). Tveganju revščine je bilo v letu 2019 izpostavljenih 4,5 % delovno aktivnih oseb, starejših od 18 let (»in-work poverty«), med moškimi več kot med ženskami (5,3 % in 3,6 %).

Od socialno-demografskih značilnosti je izpostavljenost tveganju za revščino povezana s spolom, starostjo in izobrazbo. Revščino pogosteje tvegajo starejši (65 in več let), kar lahko razložimo z opaznim deležem nizkih pokojnin, tj. pokojnin pod pragom tveganja revščine. V letu 2019 je bil prag tveganja revščine za samsko osebo 703 evre mesečno, pokojnino v višini do 700 evrov pa je imelo več kot polovica (54,5 %) prejemnikov starostnih pokojnin oz. kar 61,5 % prejemnikov vseh pokojnin (168). Splošna srednja in višja izobrazba (ki je običajno povezana s poklicem oz. z vrsto dela, ki ga posameznik opravlja, višino dohodkov iz dela in pri starejših tudi z višino pokojnine) predstavlja pomemben dejavnik zmanjševanja tveganja revščine, še posebno pri starejših od 65 let.

## STOPNJA MATERIALNE IN SOCIALNE PRIKRAJŠANOSTI

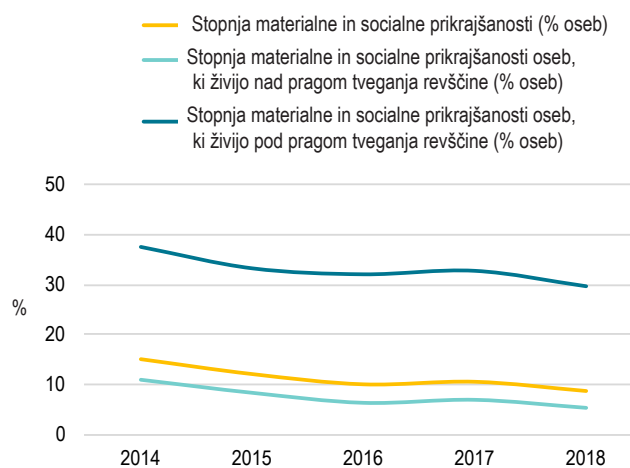
Avtorici: Martina Trbanc, Mateja Nagode

Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti prikazuje prikrajšanost pri običajnih (v družbi pričakovanih) aktivnostih in dobrinah. Predstavlja odstotek oseb, ki živijo v gospodinjstvu z vsaj 5 od 13 elementov prikrajšanosti, in sicer zaradi omejenih finančnih virov gospodinjstva in ne zaradi lastne izbire ali navad. Podatki so zbrani z anketo EU-SILC (169). Kazalnik se izračunava od leta 2014, njegovi elementi pa razširjajo nabor kazalnikov materialne prikrajšanosti; v prihodnje bo kazalnik nadomestil kazalnik materialne prikrajšanosti. Elementi prikrajšanosti, ki so del kazalnika, kažejo nezmožnost: 1) rednega plačila hipoteke ali najemnine, rednih stanovanjskih stroškov, odplačevanja kreditov; 2) primerne ogrevanja stanovanja; 3) poravnave nepričakovanih izdatkov; 4) mesnega ali enakovrednega vegetarijanskega obroka vsaj vsak drugi dan; 5) privoščiti si enotedenske letne počitnice za vse člane gospodinjstva; 6) osebnega avtomobila; 7) zamenjave obrabljenega ali poškodovanega pohištva; 8) zamenjave ponošenih oblačil z novimi; 9) imeti vsaj dva para primernih čevljev za različne vremenske pogoje; 10) druženja s prijatelji/družino/sorodniki ob pijači/obroku vsaj enkrat na mesec; 11) rednega udeleževanja plačljivih prostočasnih aktivnosti; 12) vsakotedske porabe manjšega zneska denarja zase; 13) dostopa do interneta od doma.



Slika 2.85: Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti, po spolu in starosti glede na prag tveganja revščine, 2019

Vir: SURS, SI-STAT.



Slika 2.86: Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti glede na prag tveganja revščine, 2014-2019

Vir: SURS, SI-STAT.

Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti je najbolj povezana z razpoložljivim dohodkom gospodinjstva, tj. s tem ali gospodinjstvo razpolaga z dohodki, ki ga uvrščajo pod ali nad prag tveganja revščine. Osebe iz gospodinjstev, ki glede na razpoložljive dohodke živijo pod pragom tveganja revščine, imajo nekajkrat višjo stopnjo materialne in socialne prikrajšanosti kot osebe, ki živijo v gospodinjstvih z razpoložljivimi dohodki nad pragom tveganja revščine. Vrzal se je sicer po letu 2017 zmanjšala, še vedno pa je tudi v letu 2019 razlika med stopnjo materialne in socialne prikrajšanosti oseb iz gospodinjstev z razpoložljivimi dohodki nad pragom tveganja revščine in tistih iz gospodinjstev z razpoložljivimi dohodki pod tem pragom kar 19,1 odstotnih točk. Ob tem omenimo, da v letu 2019 izkuša materialno in socialno prikrajšanosti tudi 4,1 % gospodinjstev, ki razpolagajo z dohodki nad pragom tveganja revščine.

Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti je povezana s spolom in starostjo oseb. Ženske so nekoliko pogosteje materialno in socialno prikrajšane od moških, pri čemer so razlike po spolu pri otrocih in pri delovno aktivni populaciji majhne, med starejšimi (65 in več let) pa večje: materialno in socialno prikrajšanih je v letu 2019 11,1 % starejših žensk in 6,8 % starejših moških. S starostjo se povečajo tudi razlike v stopnji materialne in socialne prikrajšanosti med osebami, ki živijo v gospodinjstvih z razpoložljivimi dohodki pod pragom tveganja revščine in tistimi iz gospodinjstev z dohodki nad pragom tveganja revščine. To še posebej izrazito velja za ženske: materialno in socialno prikrajšanih je kar 28 % žensk, starih 65 in več let, ki živijo v gospodinjstvih z dohodki pod pragom tveganja revščine, in 6,1 % enako starih žensk iz gospodinjstev z dohodki nad pragom tveganja revščine.

Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti odraža obseg prikrajšanosti ljudi pri običajnih, v družbi pričakovanih življenjskih dobrinah in aktivnostih, ki predstavljajo običajni (pričakovani) življenjski standard v družbi. Izrazito je povezana z razpoložljivim dohodkom gospodinjstva, v katerem oseba živi, v smislu, da resno pomanjkanje razpoložljivih dohodkov, še posebno če je dolgotrajno, vpliva na višjo stopnjo materialne in socialne prikrajšanosti oz. slabši življenjski standard in manjšo vključenost v različne aktivnosti. V primerjavi s povprečjem EU je stopnja materialne in socialne prikrajšanosti v Sloveniji relativno nizka (v letu 2019 6,1 % v Sloveniji in 12,1 % v povprečju EU), značilno pa je, da je v vseh državah EU povezana z izobrazbo ljudi: nižje izobraženi so pogosteje materialno in socialno prikrajšani.

V Sloveniji se stopnja materialne in socialne prikrajšanosti postopoma zmanjšuje, in sicer se je v obdobju 2014–2019 več kot prepolovila (s 14,9 % na 6,1 %). Najbolj (za 9,7 odstotnih točk) se je zmanjšala v delovno aktivni populaciji (18–64 let). V celotnem obdobju opazovanja so med starostnimi skupinami najmanj materialno in socialno prikrajšani otroci, najbolj pa starejši ljudje in še posebno starejše ženske. Podatki tudi kažejo, da je povezava med stopnjo materialne in socialne prikrajšanosti ter razpoložljivimi dohodki gospodinjstva nad ali pod pragom tveganja revščine izrazita in se povečuje s starostjo. Ne glede na nižjo stopnjo materialne in socialne prikrajšanosti v Sloveniji v primerjavi z EU in na pozitiven trend zmanjševanja stopnje materialne in socialne prikrajšanosti pri nas ne smemo spregledati določenih skupin prebivalstva, ki jih materialna in socialna prikrajšanost vendarle ogroža – oseb z nizkimi prihodki, manj izobraženih in starejših (zlasti žensk).

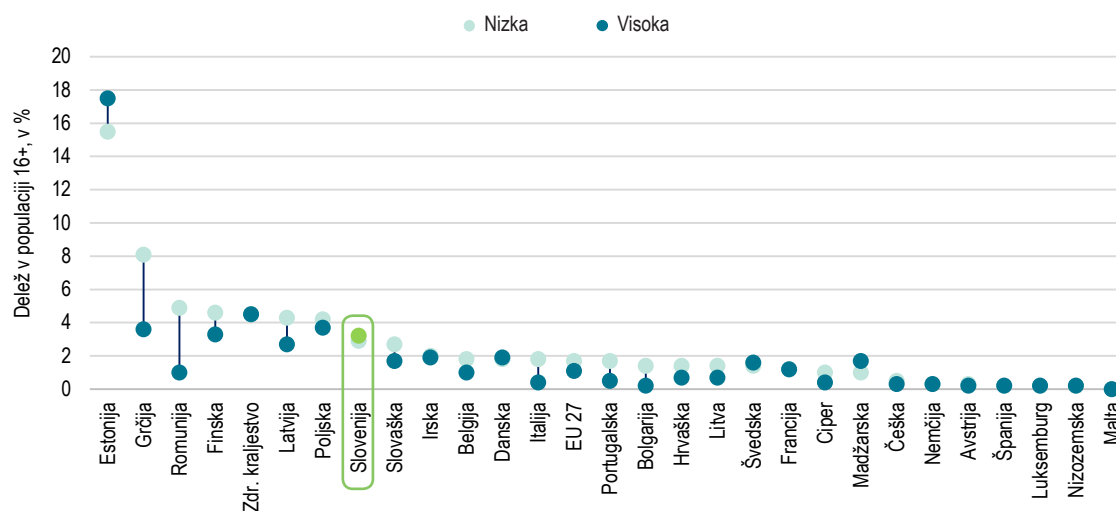
## 2.3.3 Dostopnost do zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe

Avtorja: Eva Zver (UMAR), Mateja Nagode (IRSSV), Andrej Srakar (IER)

### NEIZPOLNJENE POTREBE PO ZDRAVSTVENI OSKRBI

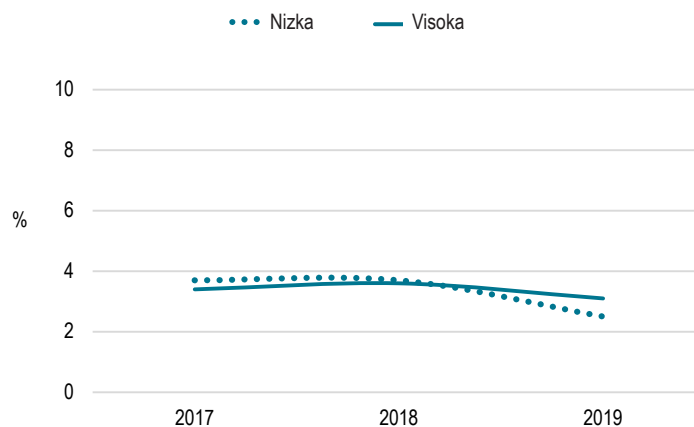
Avtorica: Eva Zver

Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi finančnih razlogov, čakalnih dob in/ali geografske oddaljenosti so eden glavnih kazalnikov dostopnosti zdravstvenega varstva. Posledice neizpolnjenih potreb se odražajo na zdravju posameznika in celotne populacije, običajno so bolj izpostavljeni socialno šibkejši, zato lahko neizpolnjene potrebe povečujejo tudi neenakosti v zdravju (4). Najpogosteje se v EU uporablja kazalnik na podlagi anket EU-SILC ali EHIS. Problem kazalnika je v tem, da ankete ne zajamejo nekaterih skupin prebivalstva (brezdomnih, deloma migrantov in oseb, ki živijo v institucionalnem varstvu), poleg tega imajo na odgovore vpliv tudi kulturne razlike. V Sloveniji je bil v preteklosti problem v prevodu vprašanja ankete EU-SILC, zato je podatek ustrezen šele od leta 2017 (170). Kazalnik se mora uporabljati v kombinaciji z drugimi kazalniki dostopnosti zdravstvenega varstva, kot so pokritost z zavarovanjem, obseg izdatkov iz žepa in dejansko koriščenje zdravstvenih storitev (4).



Slika 2.87: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih razlogov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2019

Vir: Eurostat 2020.



Slika 2.88: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi čakalne dobe in vrzel glede na izobrazbo, Slovenija 2017–2019

Vir: SURS, Eurostat.

V letu 2019 je imelo neizpolnjene potrebe zaradi čakalnih dob 2,9 % odrasle populacije, enak je bil delež ob upoštevanju finančnih in geografskih razlogov. Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi so torej v Sloveniji povezane predvsem z dolgimi čakalnimi dobami. V vseh treh letih je bila zelo nizka tudi vrzel med prvim in petim dohodkovnim kvintilom (manj kot 1,0 odstotna točka) (slika 2.13 v poglavju 2.2 Neenakosti v zdravju - Mednarodne primerjave) ter med nizko in visoko izobraženimi (slika 2.88). V povprečju EU je vrzel glede na dohodek bistveno višja, saj imajo socialno šibkejši kar 4-krat večji delež neizpolnjenih potreb kot premožnejši. Glede na izobrazbo pa je tudi v EU vrzel zelo majhna, za razliko od Slovenije pa o več neizpolnjenih potrebah poročajo nizko izobraženi. Kazalnik za Slovenijo potrjuje dobro finančno dostopnost do zdravstvene oskrbe in dobro finančno zaščito socialno šibkejših, ki jo sicer kažejo tudi relativno nizki izdatki iz žepa (glej kazalnik Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo). Glavni razlog je zelo široka košarica pravic, ki je pokrita iz obveznega in deloma iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Za vse države EU je značilno, da ženske poročajo o višjem deležu neizpolnjenih potreb kot moški. V Sloveniji je bila v letih 2017–2019 vrzel med spoloma v povprečju 1,1 odstotne točke, kar je bilo enako kot v povprečju EU. Relativno višja pa je bila v Sloveniji vrzel v deležu neizpolnjenih potreb glede na starost: starejši od 65 let so imeli v povprečju obdobja 2017–2019 za 1,8 odstotne točke višji delež neizpolnjenih potreb kot mladi v starosti 16–24 let, v povprečju EU je bila vrzel le 1,0 odstotne točke. Čakalne dobe torej v Sloveniji prizadenejo vse skupine prebivalstva, najbolj pa starejše od 65 let.

Kljub temu da zaradi finančnih razlogov v Sloveniji nimamo neizpolnjenih potreb po zdravstveni oskrbi, pa v študiji OECD ugotavljajo, da prihaja do relativno visoke vrzeli v koriščenju zdravstvenih storitev<sup>1</sup> (4) med socialno šibkejšimi in premožnejšimi, ki imajo v osnovi enake zdravstvene potrebe. Vrzel je bila zlasti visoka pri koriščenju specialističnih zdravstvenih storitev: v Sloveniji je med prvim in petim kvintilom znašala kar 17 odstotnih točk (OECD: 12 odstotnih točk). Razlike so bile visoke zlasti pri prvem obisku specialista, v številu ponovnih obiskov pa so bile bistveno manjše. Rezultati so zelo verjetno povezani z dolgimi čakalnimi dobami in dejstvom, da posamezniki z višjimi dohodki problem pogosto rešujejo z obiskom pri zasebnikih ali tudi preko poznanstev v javni zdravstveni mreži.

---

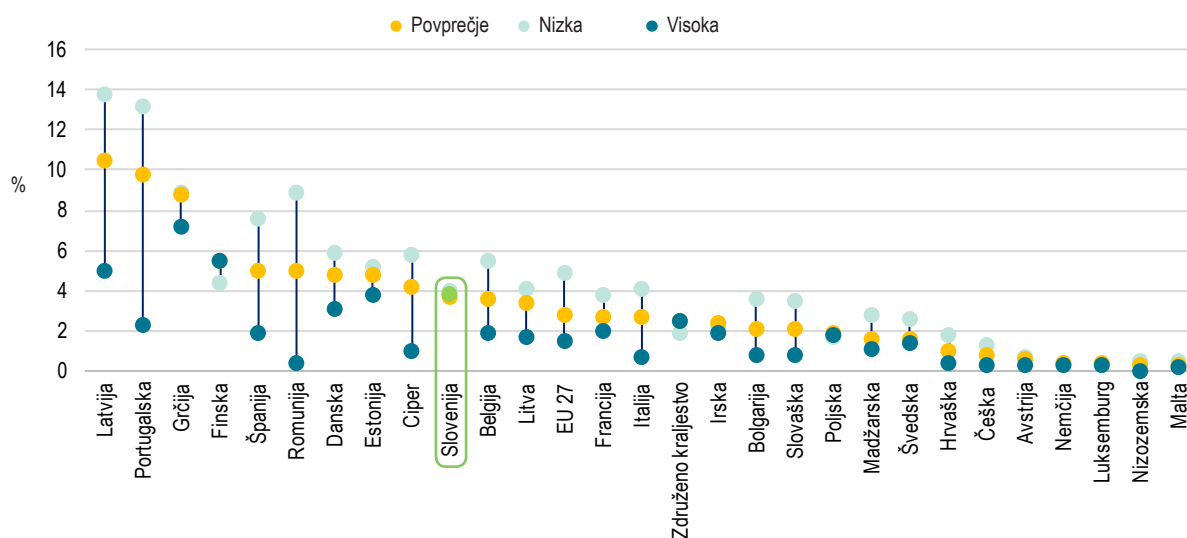
<sup>1</sup> Kot dodatno informacijo k osnovnim kazalnikom dostopnosti predlaga Evropska komisija uporabo kazalnikov koriščenja zdravstvenih storitev, čeprav ugotavljajo, da pri večini kazalnikov ni opredeljeno kdaj je koriščenje premajhno in kdaj optimalno. Glavni izziv je zato razumevanje odnosa med uporabo zdravstvenih storitev in dejanskimi potrebami po zdravstvenih storitvah. Do koriščenja nekaterih storitev prihaja kljub temu, da dejansko ni potrebe po storitvah oziroma lahko prihaja do prekomernega koriščenja zdravstvenih storitev (177).



## NEIZPOLNJENE POTREBE PO ZOBOZDRAVSTVENI OSKRBI

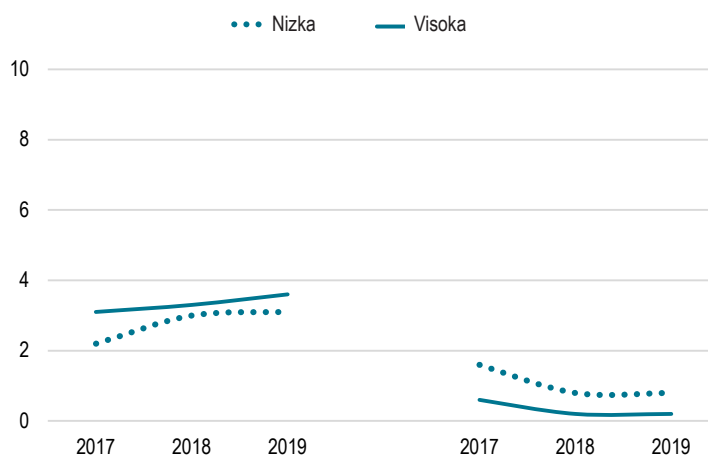
Avtorica: Eva Zver

Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi finančnih razlogov, čakalnih dob in/ali geografske oddaljenosti so pomemben kazalnik dostopnosti zdravstvenega varstva. V večini držav je zobozdravstvena oskrba le deloma pokrita iz javnih sredstev ali pa je za odrasle v celoti izvzeta, zato so neizpolnjene potrebe precej višje kot pri zdravstveni oskrbi. Običajno so povezane s finančnimi razlogi, kar ima posledice za neenakost v dostopu in povečuje neenakosti v zdravju. Najpogosteje se v EU uporablja kazalnik na podlagi anket EU-SILC ali EHIS (170). Problem kazalnika EU-SILC je v tem, da so v deležu populacije vključeni tudi tisti anketirani, ki zobozdravstvene oskrbe niso potrebovali. Kazalnik se uporablja v kombinaciji z drugimi kazalniki dostopnosti zobozdravstvene oskrbe, kot so pokritost z zavarovanjem, obseg izdatkov iz žepa in dejansko koriščenje zobozdravstvenih storitev (4).



Slika 2.89: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih razlogov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2019

Vir: Eurostat. Opomba: po anketi EU-SILC.



Slika 2.90: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalne dobe in finančnih razlogov ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija 2017–2019

Vir: SURS, Eurostat.

Leta 2019 je imelo neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi 3,7 % odraslih prebivalcev, kar je več kot v povprečju EU (2,8 %). V nasprotju z večino drugih članic EU so v Sloveniji glavni razlog za neizpolnjene potrebe čakalne dobe in ne previsoki stroški (slika 2.89). Enako velja le še za Finsko. Poleg tega je vrzel med nizko in visoko izobraženimi minimalna (enako tudi med prvim in petim dohodkovnim kvintilom) (slika 2.90). To je verjetno povezano s tem, da je v Sloveniji tudi zobozdravstveno varstvo odraslih deloma vključeno v košarico pravic, ki je pokrita deloma iz obveznega in deloma dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, vendar je ta pravica zelo omejena z dolgimi čakalnimi dobami. Kar četrtnina prebivalcev zato sploh nima izbranega zobozdravnika (171). Ti bodisi ne hodijo k zobozdravniku ali pa so uporabniki storitev pri zasebnikih. Zanimivo je, da o več neizpolnjenih potrebah po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob poročajo osebe z visoko izobrazbo (slika 2.90). Obratno velja za finančne razloge, ki sicer predstavljajo zelo nizek delež neizpolnjenih potreb, po pričakovanju pa jih imajo več osebe z nizko izobrazbo.

Ženske poročajo o višjem deležu neizpolnjenih potreb kot moški, vrzel med spoloma pa je pri zobozdravstveni oskrbi manjša kot pri zdravstveni oskrbi, v povprečju je bila v letih 2017–2019 le 0,4 odstotne točke. V Sloveniji so imeli starejši od 65 let višje neizpolnjene potrebe kot mladi, obratno je bilo v povprečju EU. Podobno kot čakalne dobe v zdravstveni oskrbi torej tudi v zobozdravstveni oskrbi v Sloveniji najbolj prizadenejo starejše od 65 let.

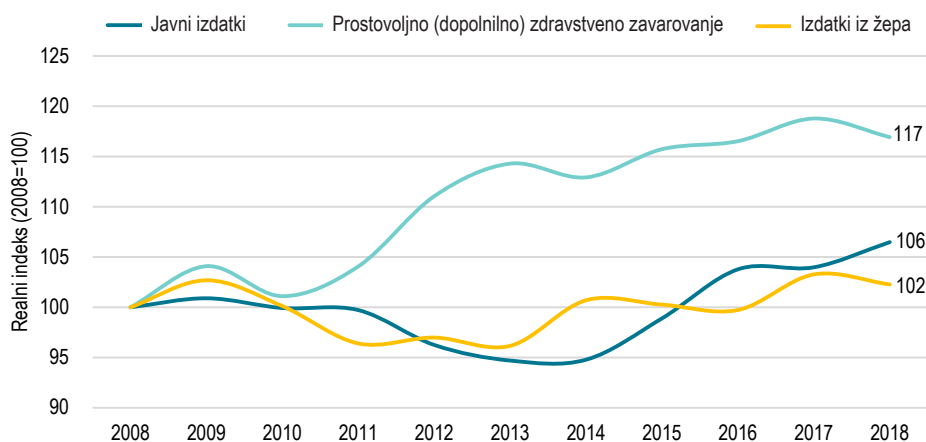
Analiza OECD je pokazala, da je v Sloveniji verjetnost obiska pri zobozdravniku za osebe z enakimi potrebami za skoraj 24 odstotnih točk višja pri posameznikih z višjimi kot pri tistih z najnižjimi dohodki (4). Do visokih neenakosti glede na dohodek prihaja predvsem zaradi dolgih čakalnih dob, saj si posamezniki z višjimi dohodki lahko sami financirajo obisk zobozdravnika izven javne mreže.

Število zobozdravnikov v Sloveniji se povečuje in je primerljivo s povprečjem držav EU. Leta 2018 je bilo v slovenskem zdravstvu zaposlenih 1.492 zobozdravnikov, kar je za 20 % več kot pred desetimi leti in za 29 % več kot v letu 2000. Leta 2018 je bilo zaposlenih 0,7 zobozdravnikov na 1.000 prebivalcev, kar je enako povprečju držav EU (172). Kljub temu pa se čakalne dobe ne skrajšujejo.

## NEPOSREDNI IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO

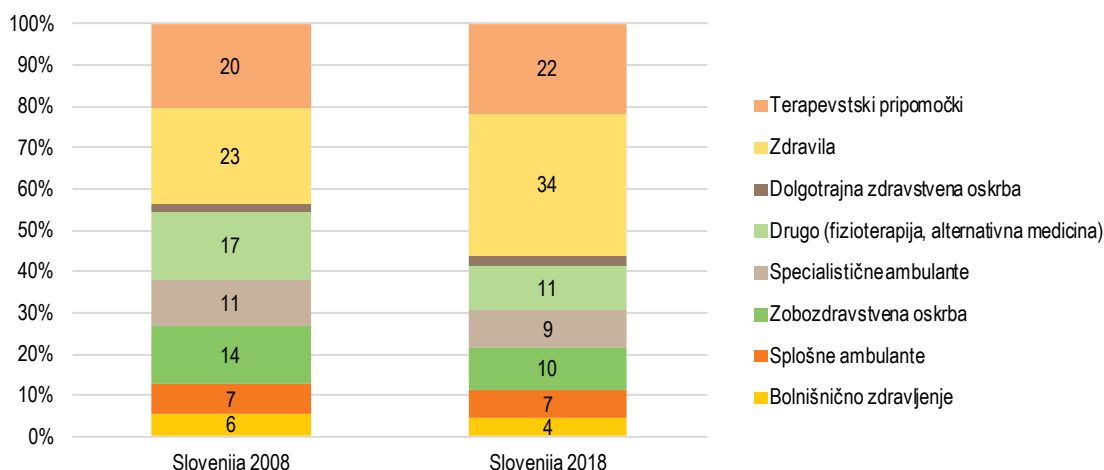
Avtorica: Eva Zver

Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo, ki jih pogosto imenujemo tudi izdatki iz žepa, zajemajo formalne in neformalne izdatke prebivalcev namenjene neposredno za plačilo zdravstvenih storitev ali dobrin, katerih primarni namen je obnovitev ali vzdrževanje zdravja posameznika ali skupine (41, 54, 172). Ti izdatki vedno obremenijo samo osebe, ki potrebujejo zdravstveno varstvo, najpogosteje starejše prebivalce; poleg tega so nepredvidljivi in običajno neomejeno visoki, zato lahko močno ogrozijo finančno varnost posameznika. Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo se uporabljajo kot glavni kazalnik finančne dostopnosti (angl. affordability) zdravstvenega sistema in finančne zaščite prebivalstva, so tudi eden ključnih kazalnikov za merjenje napredka pri uresničevanju ciljev trajnostnega razvoja ZN glede univerzalne dostopnosti zdravstvenega varstva (41). Izdatki iz žepa se spremljajo po metodologiji sistema zdravstvenih računov (SHA) ali tudi na podlagi Ankete o porabi v gospodinjstvih (APG), kadar nas zanimajo z vidika različnih socialno-ekonomskih skupin prebivalstva.<sup>2</sup>



Slika 2.91: Rast izdatkov za zdravstvo glede na vir financiranja, 2008-2018

Vir: SURS in OECD Stat 2021, prepračuni UMAR.



Slika 2.92: Struktura neposrednih izdatkov za zdravstveno varstvo, 2008 in 2018

Vir: SURS in OECD Stat 2021, preračuni UMAR. Opomba: po SHA.

<sup>2</sup> Delež, izračunan v končni potrošnji gospodinjstev po nacionalnih računih, se nekoliko razlikuje od deleža v celotni porabi gospodinjstev po Anketi o potrošnji gospodinjstev, ker v končno potrošnje gospodinjstev po nacionalnih računih spadajo tudi vsa zasebna zavarovanja, poleg tega je končna potrošnja gospodinjstev izračunana ne le na podlagi APG, temveč tudi drugih virov podatkov (zaključnih računov, davčnih virov ter drugih raziskav in anket).

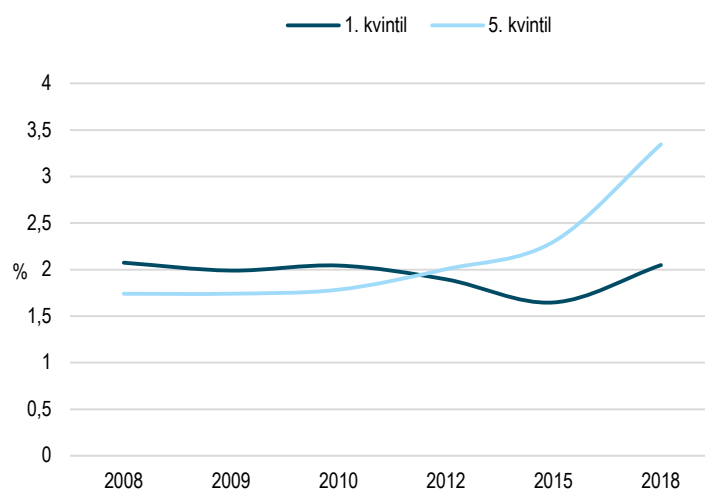
Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo so leta 2018 so po podatkih zdravstvenih računov na prebivalca znašali 219 EUR oziroma 262 EUR standarda kupne moči v povprečju EU pa skoraj še enkrat več, 496 EUR standarda kupne moči (172). Razlog za relativno nizke neposredne izdatke iz žepa je široka košarica pravic, ki se v Sloveniji pokriva iz kombinacije obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. S tem se zagotavljata tako dobra finančna dostopnost kot finančna zaščita prebivalstva, kar potrjuje tudi anketni kazalnik neizpolnjenih potreb po zdravljenju (glej kazalnik Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi). V državah z visokimi neposrednimi izdatki za zdravstvo je dostopnost zdravstvenega varstva finančno omejena, torej ogroža socialno varnost posameznikov in povečuje neenakosti v zdravju. V obdobju 2008–2018 so se izdatki iz žepa realno povečali za 2,3 %, kar je bistveno manj kot v večini držav EU. Bistveno višja je bila rast izdatkov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja (17 %), ki so v prejšnji krizi nadomestila izpad javnih virov financiranja, višjo rast od izdatkov iz žepa pa so zabeležili tudi javni izdatki s 6,5 % (slika 2.91).

V strukturi neposrednih izdatkov za zdravstveno varstvo je v večini držav največji delež namenjen za zdravila in medicinske pripomočke: v Sloveniji skupaj 56 % (od tega 34 % za zdravila, večinoma za zdravila brez recepta in 22 % za medicinske pripomočke, pri čemer lahko velik delež pripišemo korekcijskim očalom), sledijo ambulantne storitve s 27 % (od tega kar 11 % različne storitve alternativne medicine), zobozdravstvene storitve z 10 %, dolgotrajna zdravstvena oskrba (brez socialne oskrbe) s 3 % in bolnišnično zdravljenje s 4 %. Države EU27 v povprečju višji delež namenijo zobozdravstvenim storitvam (13 %), dolgotrajni zdravstveni oskrbi (11 %) in bolnišničnemu zdravljenju (10 %), nižjega pa zdravilom in medicinskim pripomočkom (44 %). Razlike med državami so velike, povezane so z razlikami v košarici pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in obsegom zasebnih zdravstvenih zavarovanj.

## NEPOSREDNI IZDATKI ZA ZDRAVSTVO GLEDE NA POTROŠNJO GOSPODINJSTEV

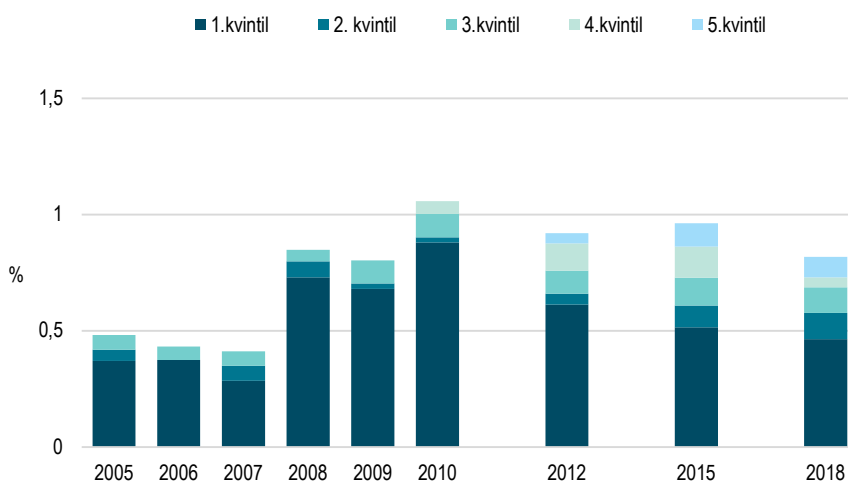
Avtorica: Eva Zver

Neposredne izdatke za zdravstvo glede na potrošnjo gospodinjstev lahko analiziramo na podlagi Ankete o porabi v gospodinjstvih (slika 2.93). Pristop je razvila SZO kot dodatni kazalnik finančne zaščite prebivalstva. Na podlagi podatkov APG se po metodologiji SZO izračunavajo tudi ogrožajoči izdatki za zdravstvo (angl. *Catastrophic expenditure*) (slika 2.94). Neposredni Izdatki za zdravstvo so za gospodinjstvo ogrožajoči, kadar presegajo 40 % zmožnosti za plačilo izdatkov nad minimalnimi življenjskimi stroški oziroma nad košarico osnovnih življenjskih potrebščin, ki zajema poleg hrane tudi druge nujne potrošne dobrine in stanovanjske stroške. Med gospodinjstva z ogrožajočimi izdatki iz žepa se po novi metodologiji SZO uvrščajo tri skupine: 1) gospodinjstva, ki so v nevarnosti osiromašenja zaradi izdatkov iz žepa; 2) gospodinjstva, ki so osiromašena zaradi izdatkov iz žepa in 3) gospodinjstva, ki so zelo osiromašena zaradi izdatkov iz žepa (41).



Slika 2.93: Povprečni neposredni izdatki za zdravstvo na gospodinjstvo, po kvintilih porabe gospodinjstev, 2008–2018

Vir: SURS 2021, Anкета o porabi v gospodinjstvih; preračuni Zver et al 2019 (173) in Zver et al 2021.



Slika 2.94: Delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki po kvintilih porabe gospodinjstev v Sloveniji, 2005–2018

Vir: SURS, Anкета o porabi v gospodinjstvih; preračuni Zver et al 2019 (173) in Zver et al 2021.

Opomba: Izračun je po metodologiji SZO narejen glede na kvintile porabe gospodinjstev in ne glede na dohodkovne kvintile.

Leta 2018 so gospodinjstva v povprečju porabila za zdravje 2,9 % svoje celotne porabe, v obdobju desetih let se je ta delež povečal za 0,8 odstotnih točk, najbolj po letu 2015 (slika 2.93). Leta 2008 je bil delež porabe za zdravstvo višji v prvem potrošnem kvintilu (2,1 %) kot v petem (1,7 %), v obdobju 2008–2018 pa so premožnejša gospodinjstva postopoma povečevala svoj delež porabe za zdravstvo in ga do leta 2018 skoraj podvojila (od 1,7 % leta 2008 na 3,3 % leta 2018), v prvem kvintilu pa se je delež ohranil na približno isti ravni (2,0 %). V denarnih zneskih na člana gospodinjstva se je razmerje med porabo v prvem in petem potrošnem kvintilu močno povečalo: leta 2008 je znašalo 1 : 4,2, leta 2018 pa že 1 : 5,9 kar pomeni da se je vrzel v obsegu porabe med prvim in petim kvintilom močno povečala zaradi bistvenega povečanja porabe za zdravje pri najbolj premožnih gospodinjstvih. Analizirali smo tudi razlike v porabi glede na dohodkovne kvintile gospodinjstev. Tudi v tem primeru so bila gibanja v porabi za zdravje podobna, vendar je bila vrzel nekoliko manjša. Leta 2008 je bilo razmerje med porabo v prvem in petem kvintilu 1 : 2,3 in leta 2018 1 : 3,8. Povečanje potrošnje premožnejših gospodinjstev za zdravje je lahko deloma povezano z rastjo pričakovanih in skrbjo za lastno zdravje, verjetneje pa je odraz hitrega podaljševanja čakalnih dob v javni zdravstveni mreži in čedalje več obiskov pri zasebnikih. Dolge čakalne dobe imajo torej za posledico tudi povečanje neposrednih izdatkov za zdravstvo, vendar zlasti pri gospodinjstvih z višjimi dohodki oziroma večjo potrošnjo, torej tistimi, ki si neposredno plačilo lahko privoščijo. To vpliva tudi na povečevanje neenakosti v zdravju.

Za večino gospodinjstev v Sloveniji neposredni izdatki za zdravstvo niso tako visoki, da bi bila gospodinjstva zaradi njih izpostavljena revščini. Vendarle pa se je delež gospodinjstev z ogrožujočimi izdatki med leti 2005 in 2015 podvojil ter med leti 2015 in 2018 nekoliko znižal (na 0,8 % vseh gospodinjstev (Slika 2.94)). in okoli 16.600 oseb je v letu 2018 živelo v gospodinjstvih, ki so za svoje zdravje porabila več kot 40 % svoje celotne potrošnje, če izvajamo osnovne življenjske potrebščine. V obdobju 2015 do 2018 se je šezmanjšal delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki v prvem kvintilu, precej pa se je povečal v drugem kvintilu (Slika 2.94). Največ ogrožajočih izdatkov (40 %) je v Sloveniji še vedno namenjenih zobozdravstvenim storitvam, vendar pa se je v obdobju 2015 do 2018 še povečal delež ogrožujočih izdatkov povezanih z bolnišničnim zdravljenjem, ki so po deležu na drugem mestu (27 %), nakupom terapevtskih pripomočkov (17 %) ter diagnostiko (6 %), ambulantne storitve (6 %). V večini drugih držav Evropske regije SZO so ogrožajoči izdatki povezani predvsem z doplačili za zdravila, pri nas pa je bil delež izdatkov za zdravila v strukturi vseh ogrožujočih izdatkov leta 2018 le 6 %.

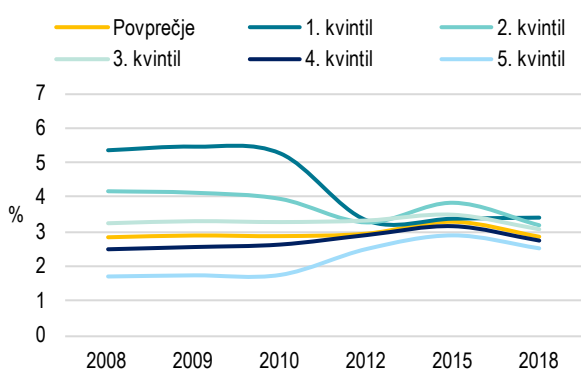
## IZDATKI ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Avtorica: Eva Zver

Obseg prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja<sup>3</sup> običajno analiziramo na podlagi podatkov sistema zdravstvenih računov. Na podlagi Ankete o porabi v gospodinjstvih pa lahko analiziramo, koliko so gospodinjstva glede na svoje dohodke in druge socialno-ekonomske značilnosti obremenjena s premijami za zasebno zdravstveno zavarovanje.

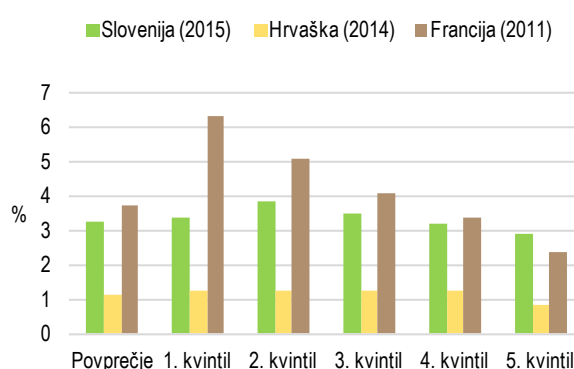
V Sloveniji je prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) namenjeno pokrivanju doplačil do polne cene zdravstvenih storitev in zdravil, ki so vključeni v košarici pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ).

Deleži doplačil znašajo 10–90 % cene, zato Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) določa, da predstavlja DZZ javni interes in je zasnovano na načelu vzajemnosti<sup>4</sup>. To pomeni, da so premije ne glede na starost in zdravstveno stanje za vse zavarovance enake.



Slika 2.95: Delež izdatkov za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v celotni porabi gospodinjstev, glede na dohodek, 2008–2018

Vir: SURS 2020.



Slika 2.96: Delež izdatkov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v celotni porabi gospodinjstev, glede na dohodek, Slovenija, Hrvaška in Francija

Vir: WHO Regional Office for Europe 2019.

Premije za DZZ so v letu 2020 dosegle v povprečju 34 EUR mesečno oziroma 408 EUR letno. Kljub relativno visoki rasti premij v zadnjih nekaj letih se že vrsto let ohranja visoka zavarovanost populacije z DZZ, ki je ključna za delovanje načela vzajemnosti med zdravimi in bolnimi (ter mladimi in starimi). Zavarovanih je 95 % zavezancev za doplačila oziroma 73 % celotne populacije. Kljub visoki zavarovanosti pa ostaja nezavarovanih okoli 5 % zavezancev oziroma okoli 75.000 oseb, med katerimi so najpogosteje osebe iz najranljivejših družbenih skupin, ki nimajo urejenega statusa socialno ogrožene osebe (socialno ogroženi so izvzeti iz doplačil in ne potrebujejo dopolnilnega zavarovanja). Ti posamezniki imajo največkrat urejeno OZZ, vendar zaradi neurejenega DZZ težko dostopajo do zdravstvenega varstva, ker so doplačila zanje previsoka.

Na podlagi APG lahko ugotovimo, da so leta 2018 gospodinjstva za premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, večinoma za DZZ (96 %), v povprečju namenila 2,8 % svoje celotne porabe (slika 2.95). V vseh dohodkovnih kvintilih, z izjemo prvega, se je delež v letu 2018 glede na leto 2015 znižal, in to kljub temu da so se premije za DZZ v istem obdobju dvigovale. Slednje je v največji meri povezano z gospodarsko rastjo in večjo potrošnjo gospodinjstev za druge namene.

<sup>3</sup> V Sloveniji predstavljajo v prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih kar 96 % dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Poleg dopolnilnega zavarovanja pa določa ZZVZZ še tri druge oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj:  **dodatno**  zdravstveno zavarovanje (za nadstandardne zdravstvene storitve in materiale);  **nadomestno**  zdravstveno zavarovanje (za vse storitve, ki jih sicer krije obvezno zdravstveno zavarovanje, sklenejo ga lahko osebe, ki v Sloveniji ne morejo biti obvezno zavarovane), ter  **vzporedno**  zdravstveno zavarovanje (za zdravstvene storitve, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar se uresničujejo pod drugačnimi pogoji; v to kategorijo spadajo tudi zavarovanja za hitrejši dostop do storitev).

<sup>4</sup> ZZVZZ, 1992, 62. člen.

V povprečju se je delež izdatkov za DZZ v obdobju 2006–2018 ohranjal na približno isti ravni (okoli 2,9 %) (slika 2.95). Regresivnost tega vira financiranja zdravstva se je močno znižala leta 2012, ko je bilo z novo socialno zakonodajo uvedeno, da prejemnikom socialnih pomoči vsa doplačila avtomatično pokrije državni proračun<sup>5</sup>. V prvem in deloma tudi v drugem kvintilu je prišlo do znatne razbremenitve gospodinjstev glede izdatkov za DZZ. Po drugi strani se je v četrtem in petem kvintilu v letu 2012 delež povečal, kar je bilo povezano s krizo in upadom potrošnje za druge namene. Vrzel med prvim in petim kvintilom v deležu izdatkov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja je bila najmanjša leta 2015 (173, 174).

Glavna slabost DZZ je še vedno enaka višina premije za vse dohodkovne skupine prebivalstva. Vendar v študiji SZO ugotavljajo, da je regresivnost tega vira v Sloveniji po letu 2012 bistveno manjša kot v Franciji, še vedno pa nekoliko večja kot na Hrvaškem (več skupin prebivalstva je opravičenih doplačil), ki sta edini državi na svetu z zelo podobnim sistemom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot ga ima Slovenija (slika 2.96) (41). V študiji še poudarijo, da so te tri države dosegle skoraj univerzalno pokritost s prostovoljnim zavarovanjem, ki pokriva visoka doplačila za široko košarico pravic in s tem prispeva k socialni varnosti prebivalstva.

V Sloveniji se v zadnjih letih hitro povečuje tudi vključenost v druge oblike prostovoljnih, predvsem dodatnih zavarovanj, ki omogočajo dostop do zdravstvenih storitev pri zasebnikih. Glavni razlog za rast teh zavarovanj so dolge čakalne dobe v javni zdravstveni mreži. Leta 2019 je imelo polico dodatnega ali vzporednega zdravstvenega zavarovanja že 26 % prebivalcev (2011: 5,6 %; 2015: 18,9 %), vendar je v skupnem znesku vseh premij za prostovoljna zdravstvena zavarovanja delež še vedno majhen, leta 2019 je znašal 4,5 % (26,1 mio EUR)<sup>6</sup>. Pri dodatnih prostovoljnih zavarovanjih je višina premije odvisna od starosti in zdravstvenega stanja zavarovanca, zato si praviloma ta zavarovanja privoščijo posamezniki v višjih dohodkovnih razredih oziroma bolj izobraženi prebivalci. SZO ugotavlja, da prav zato dodatna prostovoljna zavarovanja v številnih državah vodijo do povečanja neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in neenakosti v zdravju (41).

---

<sup>5</sup> Ta pravica je bila uvedena že konec leta 2009, vendar do leta 2012 ni bila avtomatično vezana na pridobitev pravice do socialne pomoči.

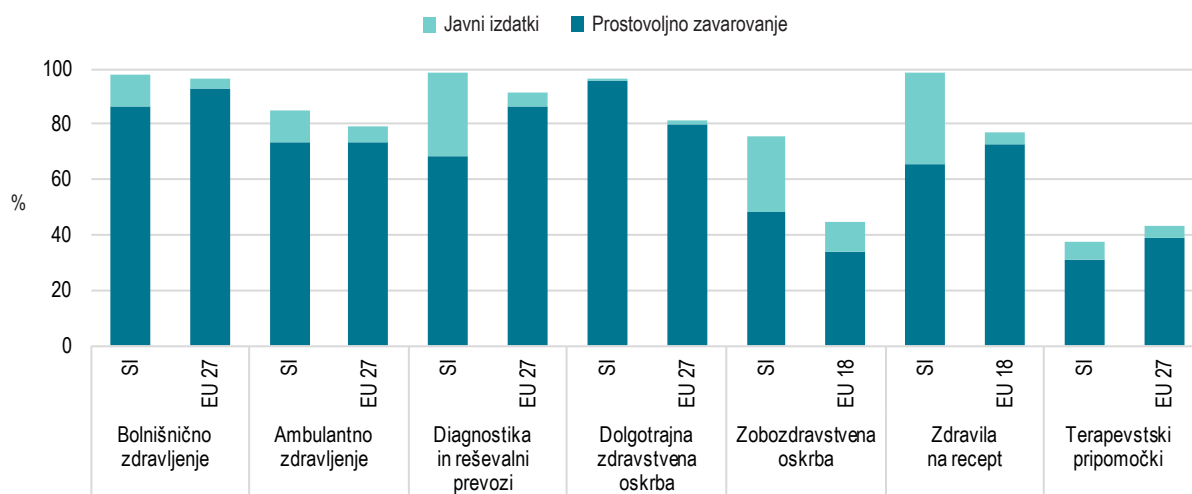
<sup>6</sup> Leta 2013 je znašal le 1,6 %, leta 2015 pa 2,6 % (12,2 mio EUR) (Slovensko zavarovalno združenje 2020).



## POKRITOST PREBIVALSTVA S PRAVICAMI V ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Avtorica: Eva Zver

Pokritost prebivalstva s pravicami v zdravstvenem varstvu se nanaša na uresničevanje osnovnega cilja zdravstvenega sistema, to je zagotavljanja enakopravne dostopnosti do zdravstvenega varstva vsem. Pri tem se pokritost s pravicami nanaša na tri dimenzije zdravstvenega varstva: 1) širino pokritosti, ki naj bi bila univerzalna in se meri z deležem prebivalstva, ki je upravičen do zdravstvenega varstva; 2) obsegom storitev in dobrin, ki so vključene v košarico pravic (obsegom pokritosti), in 3) višino oziroma globino pokritosti košarice pravic z javnim financiranjem oziroma obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Šele vse tri dimenzije skupaj določajo, kako celovita je pokritost z zdravstvenim varstvom, in dajejo podlago za oceno dostopnosti.



Slika 2.97: Višina pokritosti košarice pravic z javnimi viri in zasebnim zavarovanjem, po namenih, 2018

Vir: Eurostat 2021 in OECD Stat 2021. Opomba: izdatki in nameni so prikazani po sistemu zdravstvenih računov (OECD, WHO, Eurostat, 2017).

V Sloveniji so v obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) formalno vključeni vsi prebivalci, kar pomeni, da z vidika širine pokritosti uresničujemo načelo univerzalnosti oziroma skoraj 100-odstotno pokritost prebivalstva. Tudi večina držav EU27 zagotavlja 98–100-odstotno pokritost z javnim financiranjem<sup>7</sup> (54). Kljub formalno univerzalni pokritosti pa imamo tudi v Sloveniji problem nezavarovanih oseb. Njihovo število se je v zadnjih desetih letih prepolovilo, najbolj se je znižalo leta 2012, ko se je začel uporabljati Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, po katerem so bili v zavarovanje avtomatično vključeni prejemniki denarne socialne pomoči (hkrati so bili oproščeni tudi doplačil, kar je prispevalo k manjši obremenitvi socialno šibkejših s plačili za premije DZZ (več v kazalniku Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Zaradi povečanja nezavarovanosti v prejšnji krizi je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) leta 2012 začel tudi z aktivnim pozivanjem oseb, ki so brez zavarovanja, k ureditvi (175). Leta 2020 je število oseb, ki vsaj dva meseca niso imele zavarovanja, znašalo okoli 3.000 oziroma 0,2 % populacije, glede na pretekla leta pa se delež kljub epidemiji ni povečal (176). Najpogostejši razlog za nezavarovanost je neurejeno stalno prebivališče, ki je pogoj za vključitev v OZZ. Prebivalci z zgolj začasnim prebivališčem se ne morejo vključiti v OZZ in imajo pravico le do nujnih zdravstvenih storitev. Običajno gre za tujce brez urejenega stalnega prebivališča, stroške za nujne storitve pa zanje pokrije proračun. Poleg nezavarovanih oseb so z vidika dostopnosti problem še zavarovanci, ki nimajo plačanih prispevkov in lahko uveljavljajo samo nujno zdravljenje. Teh je bilo konec leta 2019 18.221, med njimi je kar 6.434 oseb, ki so imele pravice zadržane že več kot eno leto. V tej skupini prevladujejo samostojni podjetniki.

<sup>7</sup> Javno financiranje je lahko socialno zdravstveno zavarovanje ali proračunsko financiranje. Obvezno zdravstveno zavarovanje pa je običajno javno socialno zavarovanje, lahko pa ga izvajajo tudi zasebne zavarovalnice. Na Nizozemskem je za vse prebivalce obvezna vključitev v zasebno zdravstveno zavarovanje, v Franciji pa je od leta 2016 obvezna vključitev v dopolnilno zdravstveno zavarovanje za vse zaposlene (vključitev mora zagotoviti delodajalec).

Prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ), ki v Sloveniji pokriva doplačila do polne cene zdravstvenih storitev in zdravil, ima sklenjeno 95 % zavezancev za doplačila. Razlog za visoko zavarovanost je predvsem v visokem tveganju doplačil. Brez DZZ pa je vendarle okoli 75.000 oseb, med katerimi so najpogosteje osebe iz najranljivejših družbenih skupin (glej kazalnik Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje).

Za oceno dostopnosti zdravstvenega varstva je treba poleg pokritosti prebivalstva poznati tudi košarico pravic, tako glede obsega (nabor storitev in dobrin) kot tudi višine (komu in v kolikšni višini izdatkov so pravice zagotovljene). Med državami EU so pri obeh dimenzijah velike razlike, v vseh državah pa so nekatere ranljive skupine prebivalstva izvzete iz doplačil, bodisi v celoti ali delno (v določenem odstotku glede na dohodek ali s franšizo) ali pa so storitve za te skupine prebivalstva pokrite iz javnih virov<sup>8</sup> (177). Obseg košarice pravic je v Sloveniji zelo širok in zajema tudi določene storitve, ki so v nekaterih državah EU pogosto v celoti ali deloma izvzete, na primer: zobozdravstvene storitve za odrasle, fizioterapija, ortodontsko zdravljenje za otroke, slušni aparati, prehranski dodatki, govorna terapija, rehabilitacija odvisnih od alkohola in drog, zdravljenje poškodb zaradi ekstremnih športov, nega na domu (patronaža), nenujni reševalni prevozi. Te storitve so v številnih državah dostopne zgolj z neposrednim (do)plačilom iz žepa ali (do)plačilom iz police prostovoljnega zavarovanja (177). V Sloveniji so nekatere od teh storitev sicer le 10-odstotno pokrite iz OZZ, preostalih 90 % pa pokriva DZZ. To se odraža v višini pokritosti košarice pravic po namenih, ki so prikazani na sliki 2.97. V Sloveniji je na vseh področjih, razen pri terapevtskih pripomočkih, skupna pokritost z javnimi viri in prostovoljnim zavarovanjem višja kot v povprečju držav EU. Pri zobozdravstveni oskrbi in zdravilih na recept je celo bistveno višja kot v povprečju držav EU, kar se odraža tudi v izdatkih iz žepa, ki so prav zato v Sloveniji zelo nizki (glej kazalnik Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi) in nizkih neizpolnjenih potrebah iz finančnih razlogov. Vendar pa je slika drugačna ob upoštevanju zgolj javnih virov, v tem primeru bi bila višina pokritosti v Sloveniji višja kot v EU samo pri zobozdravstveni oskrbi. Višina pokritosti stroškov za storitve in dobrine v košarici pravic je torej v Sloveniji zelo visoka, vendar le v primeru, če ima posameznik sklenjeno DZZ (slika 2.97). Kot ugotavljajo pri SZO, je za večino populacije, ki ima poleg OZZ urejeno tudi DZZ, v Sloveniji zdravstveno varstvo finančno dostopnejše kot v drugih evropskih državah (41).

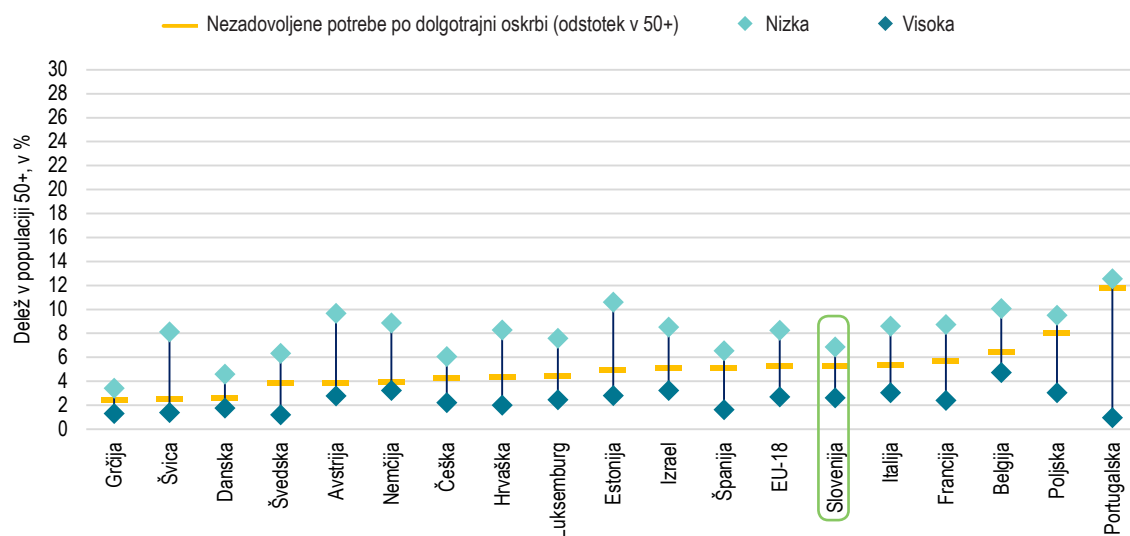
---

<sup>8</sup> Podobno kot v Sloveniji so večinoma povsod izvzeti iz doplačil otroci in šolajoči, socialno ogroženi, vojni invalidi; v nekaterih državah pa tudi nosečnice in upokojnici. Za sprejemanje odločitev o tem, katere storitve, postopki zdravljenja, zdravila in medicinski pripomočki morajo biti vključeni v osnovno košarico pravic oziroma kolikšen naj bo delež doplačil pri tem, v vseh državah EU razen v Sloveniji že delujejo institucije za vrednotenje zdravstvenih tehnologij.

## NEIZPOLNJENE POTREBE PO DOLGOTRAJNI OSKRBI

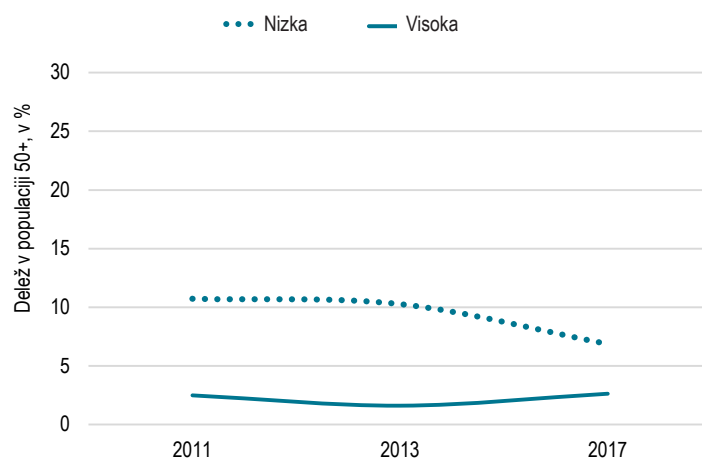
Avtorji: Eva Zver, Mateja Nagode, Andrej Srakar

Dostopnost dolgotrajne oskrbe lahko merimo na različne načine in z različnimi kazalniki, kot so cenovna dostopnost storitev, časovna dostopnost storitev, razpoložljivost storitev ipd. V nadaljevanju se najprej osredotočimo na neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi kot enega od kazalnikov dostopnosti dolgotrajne oskrbe, v nadaljevanju pa še na vključenost v organizirano oskrbo na domu. Oba kazalnika prikazujemo na podlagi rezultatov longitudinalne Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE) in uporabimo podatke 4., 5. in 6. vala raziskave (178). Kazalnik neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi vključuje osebe v starosti 50 let ali več, ki potrebujejo pomoč pri vsaj eni osnovni dnevni aktivnosti (angl. basic activity of daily living – ADL), a pomoči ne prejmejo. Sicer standardiziran kazalnik, ki bi meril neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi, na mednarodni ravni še ni vpeljan.



Slika 2.98: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2017

Vir: SHARE, 6. val. (2017); preračuni IER.



Slika 2.99: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija, 2011, 2013, 2017

Vir: SHARE, 6. val. (2017), 5. val (2013), 4. val (2011); preračuni IER.

V Sloveniji v letu 2017 ni imelo izpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi 5,3 % starejših od 50 let, kar pomeni da 44.500 oseb ni prejelo nobene oskrbe znotraj gospodinjstva ali zunaj njega, kljub temu da so potrebovali pomoč vsaj pri eni osnovni dnevni aktivnosti. Slovenija se s takšnim deležem uvršča v povprečje držav EU-18, za katere so razpoložljivi podatki. Večji delež starejših od 50 let z neizpolnjenimi potrebami beležimo še v Italiji, Franciji, Belgiji, Poljski ter Portugalski. Države z najnižjim deležem neizpolnjenih potreb so Grčija, Švica in Danska.

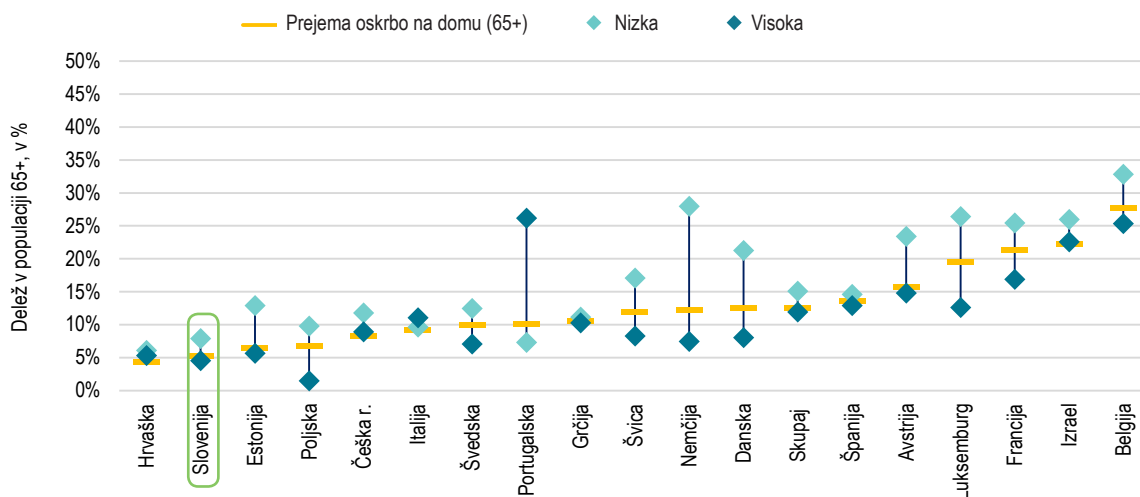
Praktično v vseh državah obstaja razlika v neizpolnjenih potrebah med nizko in visoko izobraženimi; najvišja je vrzel na Portugalskem in najnižja v Grčiji. V Sloveniji je imelo leta 2017 neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi 6,9 % starejših od 50 let z nizko, 5,7 % s srednjo in 2,6 % z visoko izobrazbo, kar indicira relativno visoko vrzel v neizpolnjenih potrebah po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo (4,3 odstotne točke), vendar manjšo kot v povprečju EU (5,6 odstotne točke) (slika 2.98) (174).

Neizpolnjene potrebe nastanejo, kadar je oskrba, ki jo potrebujemo, nedostopna ali nezadostna, zato je spremljanje tega podatka nujen del načrtovanja skrbstvene politike in njeno pomembno vodilo pri zmanjševanju neizpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi. Kazalnik izhaja iz podatkov raziskave SHARE in kaže, da so se v veliki večini držav, ki so sodelovale v vseh treh valovih (4., 5. in 6.) raziskave v obdobju od 2011 do 2017, neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi zmanjšale. Za Slovenijo ugotavljamo, da so se neizpolnjene potrebe starejših od 50 let v tem obdobju v povprečju le malenkost zmanjšale (za 0,4 odstotne točke) in se razlikujejo tako glede na dohodek kot tudi glede na izobrazbo oseb, starih 50 in več let. Večji delež neizpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi je med starimi 50 in več let z nižjimi dohodki in nižjo izobrazbo. V obdobju 2011–2017 pa ugotavljamo, da se je vrzel v neizpolnjenih potrebah po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo v Sloveniji zmanjšala za skoraj polovico, predvsem se je znižal delež oseb z neizpolnjenimi potrebami, ki imajo nižjo izobrazbo (z 10,7 % v 2011 na 6,9 % v 2017). Sprememba je verjetno povezana z ugodnejšimi gospodarskimi razmerami ter deloma s sprejemom novele zakona o socialnovarstvenih prejemkih v začetku leta 2017, ki je odpravila vpis zaznambe na nepremičninah za upravičence do denarne socialne pomoči in varstvenega dodatka. Navedeno lahko povežemo z ugotovitvami raziskave na področju socialne oskrbe na domu, ki med ključnimi dejavniki neizpolnjenih potreb po socialni oskrbi na domu, ki je pomemben segment dolgotrajne oskrbe, identificira cenovno nedostopnost storitev, čakalne vrste in preobremenjenost ali pomanjkanje kadra, ki zagotavlja oskrbo (179).

## VKLJUČENOST V ORGANIZIRANO OSKRBO NA DOMU (65+)

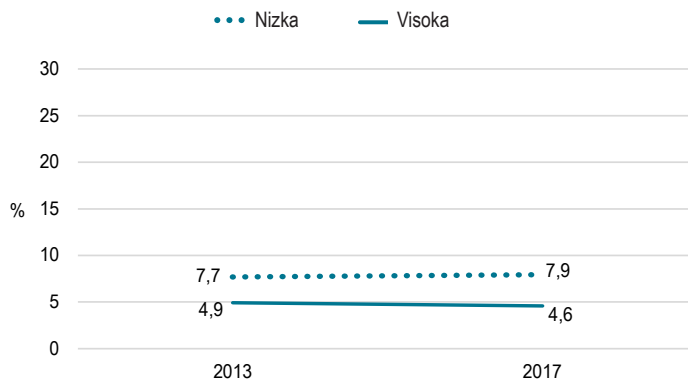
Avtorji: Mateja Nagode, Eva Zver, Andrej Srakar

Dostopnost dolgotrajne oskrbe lahko merimo tudi s kazalnikom vključenosti v oskrbo na domu. Prikazujemo ga na podlagi rezultatov longitudinalne Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE) in uporabimo podatke 5. in 6. vala raziskave (178). Kazalnik vključenosti v organizirano oskrbo na domu vključuje osebe v starosti 65 ali več let, ki zaradi fizičnih, psihičnih, čustvenih ali spominskih težav na svojem domu prejema katero od profesionalnih ali plačanih storitev (npr. pomoč pri osebni negi, domačih opravilih, drugih aktivnostih, dostavo hrane ipd.). Kazalnik ne vključuje neformalne oskrbe.



Slika 2.100: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija in evropske države, 2017

Vir: SHARE, 6. val. (2017); prepračuni IER.



Slika 2.101: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija, 2013 in 2017

Vir: SHARE, 5. val (2013), 6. val (2017); prepračuni IER.

V Sloveniji je v letu 2017 organizirano oskrbo na domu prejelo 5,3 % oseb, starih 65 ali več let, kar predstavlja zelo nizek delež vključenosti v primerjavi z drugimi evropskimi državami, ki sodelujejo v raziskavi SHARE. Nižji je bil le še na Hrvaškem. Manj kot 10-odstotno vključenost v organizirano oskrbo na domu beležimo še v Estoniji, Poljski, Češki in Italiji. Na drugem polu je Belgija s skoraj 30 % oseb v starosti 65 ali več let, ki so v letu 2017 prejele organizirano oskrbo na domu. Visoko vključenost, tj. nad 20-odstotno, beležimo še v Izraelu in Franciji (slika 2.100). Ob primerjavi vključenosti v organizirano oskrbo na domu z letom 2013 za Slovenijo velja, da se je do leta 2017 vključenost oseb, starih 65 ali več let povečala le nekoliko, za dobre pol odstočne točke (0,6).

Praktično v vseh državah obstaja razlika v vključenosti v organizirano oskrbo na domu med nizko in visoko izobraženimi; najvišja je v Nemčiji (28 % vs. 7,5 %). Načeloma za vse države velja, da ima večji delež oseb, vključenih v organizirano oskrbo na domu, nižjo (15,1 % za vse države skupaj) in manjši delež višje izobrazbo (11,9 % za vse države skupaj), izjema je le Portugalska, kjer je ta delež obraten (7,3 % vs. 26,2 %). Slovenija je med državami, kjer vrzel v izobrazbi (7,9 % z nizko in 4,6 % z visoko izobrazbo) sicer obstaja, je pa med manjšimi v primerjavi z drugimi državami. V obdobju 2013–2017 se je razlika v vključenosti glede na izobrazbo v Sloveniji nekoliko povečala (z 2,8 odstotnih točk na 3,3 odstotne točke), in sicer se je nekoliko povešal delež oseb z nizko in znižal delež oseb z visoko izobrazbo (slika 2.101).

Slovenija z vidika vključenosti populacije v organizirano oskrbo na domu ne kotira prav visoko in sodi med države, kjer tovrstne storitve oz. oskrba, kljub strateški nameri države, še vedno niso dovolj razvite in razširjene. To lahko podkrepimo tudi z OECD-jevim kazalnikom vključenosti populacije v starosti 65 in več let v oskrbo na domu. Ta kazalnik sicer ne temelji na anketnih, pač pa na administrativnih podatkih (več o metodologiji izračuna v (180)). S 5,9 % populacije v starosti vsaj 65 let, vključene v dolgotrajno oskrbo na domu, se Slovenija glede na OECD-jev kazalnik uvršča približno na sredino kontinuuma, kjer so na enem polu države vzhodne in južne Evrope z majhnim deležem vključenosti (npr. Estonija 3,5 % in Portugalska 0,7 %), na drugem pa nordijske (Švedska 11,8 %, Norveška 11,6 % in Finska 6,8 %) in nekatere države celinske Evrope (Nemčija 8,9 %, Nizozemska 13,1 % in Švica 14,8 %), kjer je delež populacije (stare vsaj 65 let), vključene v dolgotrajno oskrbo na domu, velik oziroma največji.

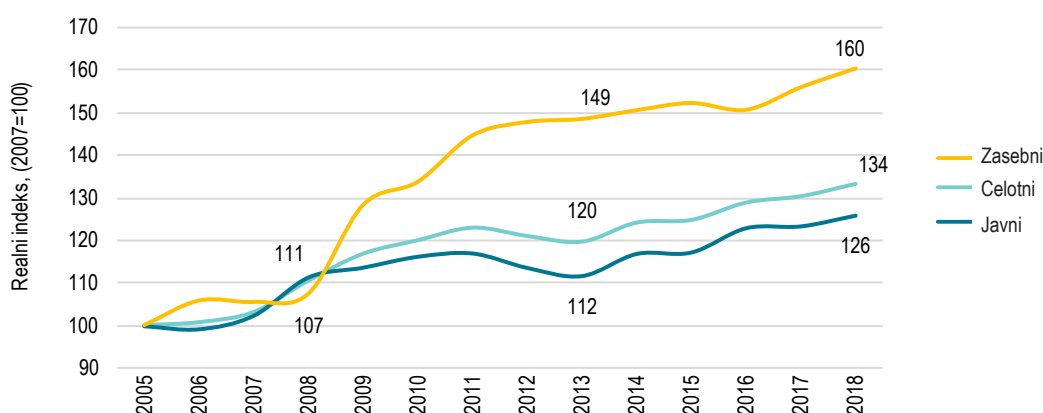
Izobrazbene neenakosti pri vključevanju v organizirano oskrbo na domu v populaciji starih ljudi (65 in več let) v Sloveniji obstajajo, četudi niso tako velike kot v nekaterih drugih evropskih državah. Večja vključenost nižje v primerjavi z višje izobraženimi starimi ljudmi (65 in več let) v organizirano oskrbo na domu je lahko rezultat v splošnem slabšega zdravstvenega stanja in večje krhkosti te populacije, zaradi česar prej nastane potreba tako po zdravstveni kot tudi po dolgotrajni oskrbi. Na podobno sliko opozarjajo tudi drugi s tem povezani kazalniki. Tudi pričakovano trajanje življenja po 30. letu je pri nižje izobraženih v Sloveniji krajše kot pri višje izobraženih (glej tudi kazalnik pričakovano trajanje življenja pri 30. letu), incidenca prezgodnje umrljivosti pred 75. letom je višja med nižje izobraženimi (glej tudi kazalnik prezgodnja umrljivost pred 75. letom starosti) in slabša je tudi samoocena zdravja nižje izobraženih (glej tudi kazalnik samoocena dobrega ali zelo dobrega zdravja). Vse te neenakosti morata naslavljati tako zdravstvena kot socialna politika.

## IZDATKI ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Avtorica: Eva Zver

Delež javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo kaže dostopnost formalnih oblik dolgotrajne oskrbe. Več javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo zagotavlja večjo finančno zaščito prebivalstva pred neposrednimi izdatki za dolgotrajno oskrbo in nezadovoljenimi potrebami (43, 181).

Po mednarodni metodologiji sistema zdravstvenih računov obsega dolgotrajna oskrba organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih in socialnih storitev osebam, ki zaradi zmanjšane stopnje neodvisnosti in zmožnosti samostojnega življenja potrebujejo pomoč pri vsakodnevni opravih v daljšem časovnem obdobju (182). Odvisnost od pomoči je lahko posledica fizičnih ali psihičnih omejitev, katerih posledica je nezmožnost samostojnega opravljanja osnovnih vsakodnevni opravil, kot so: hranjenje, oblačenje, kopanje, uporaba stranišča, vstajanje s postelje in stola ali podpornih vsakodnevni opravil, to je aktivnosti, ki so potrebne za samostojno življenje, kot so: nakupovanje, kuhanje, pranje, prevoz, urejanje računov, čiščenje (180).



Slika 2.102: Primerjava rasti javnih in zasebnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, 2005–2018

Vir: SURS 2020, preračun UMAR.

V Sloveniji so celotni, javni in zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo v letu 2018 znašali 1,3 % BDP, v strukturi po virih financiranja pa se je v obdobju 2008–2018 delež javnih izdatkov močno znižal, s 77 % v letu 2008 na le 73 % v letu 2018; v strukturi po namenu pa je vrsto let upadal delež izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe, ki je pretežno financiran iz javnih virov: z 72 % v letu 2008 na le 66 % v letu 2018 (174, 183, 184).

Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo so v Sloveniji hitro naraščali le v obdobju pred finančno krizo, ko so se odpirale nove kapacitete v domovih za starejše. Sledilo je več kot deset let zelo skromne rasti javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, zlasti za zdravstvene storitve v domovih za starejše in drugih socialnih zavodih ter patronažno varstvo. Razmere za oskrbovance so se tudi zato v zadnjih letih poslabševale. Ob tem so se zelo hitro povečevali zasebni, neposredni izdatki iz žepa za storitve dolgotrajne oskrbe (slika 2.102), ki naraščajo v bistveno hitreje kot v zdravstvu (39). Zaradi epidemije covid-19 se je v letu 2020 povečalo javno financiranje institucionalnega varstva. Zaradi kritičnega pomanjkanja kadra v domovih za starejše je bilo namenjenih 26 mio EUR za dodatnih 550 zaposlitev v letih 2020 in 2021.

Finančna dostopnost dolgotrajne oskrbe se že vrsto let poslabšuje, v obdobju od leta 2005 do 2018 so se zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo realno povečali kar za 60 %, rast javnih izdatkov je bila bistveno nižja (26 %) (slika 2.102). V Sloveniji je dostop uporabnikov do zdravstvenih storitev dolgotrajne oskrbe v celoti pokrit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (zdravstvena oskrba v institucionalnem varstvu in patronažna služba), vendar je dostopnost teh omejena s čakalnimi dobami za institucionalno varstvo, obiski patronažne službe na domu, ki se iz leta v leto povečujejo, pa so namenjeni le zelo oviranim; dostop do socialnih storitev dolgotrajne oskrbe (nastanitev in prehrana oziroma oskrbni dan v domovih za starejše; storitve pomoči na domu) pa je v veliki meri odvisen od dohodkov uporabnika in njegovih družinskih članov ali odraslih otrok<sup>9</sup>. Če znesek,

<sup>9</sup> Na podlagi Uredbe o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev (2004) določi Center za socialno delo maksimalno višino doplačila (203).

ki ga plača uporabnik in/ali drugi zavezanci, ne pokrije stroškov storitve, se razlika pokrije iz proračuna občine ali državnega proračuna, vendar mora v tem primeru uporabnik zastaviti svojo nepremičnino (če je njen lastnik). Za storitve pomoči na domu velja hipoteka samo za nepremičnine, ki niso uporabnikovo stalno prebivališče. Vrzel med povprečno pokojnino in plačilom za oskrbo v institucionalnem varstvu je negativna že od leta 2008 in se povečuje<sup>10</sup>. Doplačila za storitve pomoči na domu pa se med občinami močno razlikujejo (0–9 EUR na uro)<sup>11</sup> (174).

---

<sup>10</sup> Skupnost socialnih zavodov (2017).

<sup>11</sup> IRSSV (2019).



## 2.4 Neenakosti v zdravju med regijami

### 2.4.1 Regijski vidik izbranih kazalnikov neenakosti v zdravju v Sloveniji

*Avtorji: Marina Sučić Vukovič, Metka Zaletel, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Maruša Rehberger, Marcel Kralj (vsi NIJZ)*

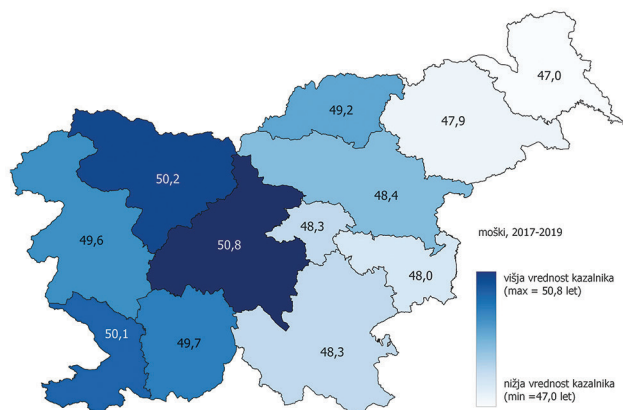
Regionalna politika v Sloveniji ima v naslednjih sedmih letih štiri splošne cilje za krepitev razvojne moči regij na podlagi lastnih razvojnih potencialov in globalnih priložnosti. Prvi cilj regionalne politike se nanaša na dvig kakovosti življenja v vseh regijah. Zmanjšanje zaostanka za sosednjimi regijami, ki se nanaša na drugi cilj regionalne politike, je za marsikatero regijo lažje dosegljivo kot približevanje povprečju EU. Skladnejši regionalni razvoj in zmanjšanje notranjih razlik v regijah, med občinami in geografskimi območji je tretji cilj regionalne politike. Četrty splošni cilj regionalne politike dopolnjuje prejšnje tri z usmeritvijo v mednarodno medregionalno razvojno povezovanje in sodelovanje (185).

Slovenija je majhna država, ki združuje veliko raznolikosti na področju geografskih značilnosti, pokrajin, klime, razvitosti, BDP in materialne blaginje, kulturne dediščine, izobrazbene in starostne strukture ter življenjskih navad prebivalcev. Ta pestrost se izraža tudi v različnem zdravstvenem stanju prebivalcev v posameznih regijah.

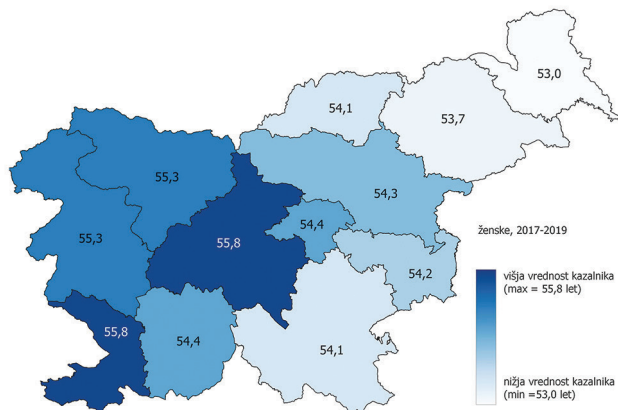
Podatki o zdravju in uporabi zdravstvenega sistema so pomembna osnova za načrtovanje regionalnega razvoja, služijo pa tudi za spremljanje in evalvacijo rezultatov izvedenih aktivnosti. Poleg tega nam regijski prikaz omogoča vpogled v specifičnosti posameznih statističnih regij in odpira različna vprašanja. NIJZ že vrsto let prikazuje zdravstveno stanje na ravni regij in občin s pomočjo orodja Zdravje v občini ([obcine.nijz.si](http://obcine.nijz.si)), kjer si ključni deležniki v regionalnem razvoju lahko ogledajo tudi neenakosti med regijami in občinami. Med kazalniki, ki so analizirani na ravni Slovenije, smo izbrali nekaj takih, ki so bili razpoložljivi tudi na ravni statističnih regij. Ključni viri podatkov so bili nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS 2019), zbirka podatkov o umrlih osebah, perinatalni informacijski sistem ter nacionalna raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju (SHARE).

## PRIČAKOVANO TRAJANJE ŽIVLJENJA

	Najnižja vrednost	Let	Najvišja vrednost	Let	Slovenija let
Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let – moški	Pomurska regija	47	Osrednjeslovenska regija	50,8	49,0
Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let – ženske	Pomurska regija	53	Osrednjeslovenska regija	55,8	54,6



Slika 2.103: Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let, moški

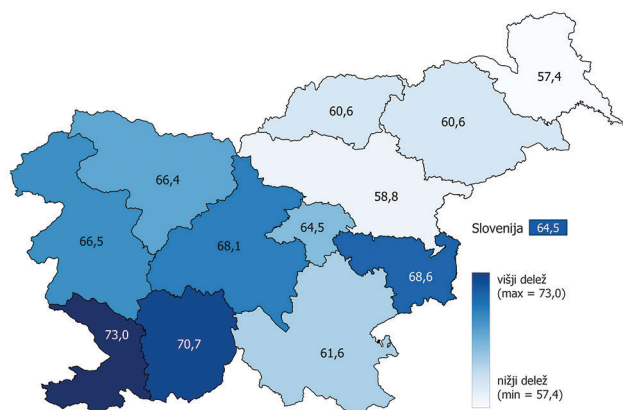


Slika 2.104: Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let, ženske

Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let tako pri moških kot pri ženskah kaže tipično vzhodno-zahodni gradient, pri čemer pri obeh spolih izstopa osrednjeslovenska regija. Nižje vrednosti dosegajo vse vzhodne, najnižjo pa pomurska regija. Razlika med najvišjo in najnižjo vrednostjo znaša pri obeh spolih skoraj 3 leta oz. dobrih 5 % pričakovanega trajanja življenja za Slovenijo.

## SAMOOCENA ZDRAVJA

	Najnižja vrednost	%	Najvišja vrednost	%	Slovenija %
Delež oseb z dobro ali zelo dobro samooceno zdravja	Pomurska regija	57,4	Obalno-kraška regija	73,0	64,5



Slika 2.105: Samoocena dobrega zdravja

Delež prebivalcev, ki so ocenili svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro, je bil najvišji v obalno-kraški regiji in je znašal 73 %. Delež se je statistično pomembno razlikoval od vrednosti v pomurski, podravske, koroški, savinjski regiji in jugovzhodni Sloveniji.

Na drugem mestu je bila primorsko-notranjska regija, kjer je delež prebivalcev, ki so ocenili svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro, znašal 70,7 % in se je statistično pomembno razlikoval od deleža v zadnje uvrščeni pomurski regiji (57,4 %).

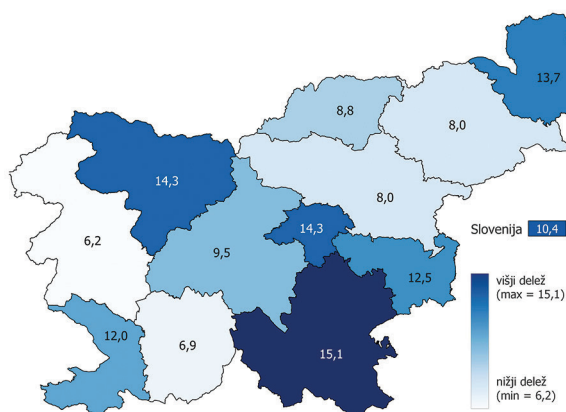
Enako kot pri pričakovanem trajanju življenja se tudi pri samooceni zdravja kaže vzhodno-zahodni gradient. Razlike med najbolj vzhodno in najbolj zahodno regijo so statistično značilne, razpon med regijami je velik in znaša kar 24 % vrednosti za Slovenijo. Vendar pa se tudi znotraj tega gradienta kažejo določene izstopajoče regijske razlike, saj ima na primer posavska regija iz vzhodne Slovenije višji delež prebivalcev, ki so ocenili svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro v primerjavi z gorenjsko in goriško regijo.

Kaže, da je samoocena dobrega zdravja v največjem deležu prisotna v obalno-kraški regiji, v kateri je socialno-ekonomski položaj sicer dober, ampak slabši kot na primer v osrednjeslovenski regiji. Obalno-kraška regija pa ima druge prednosti, ki lahko ugodno vplivajo na zdravje.

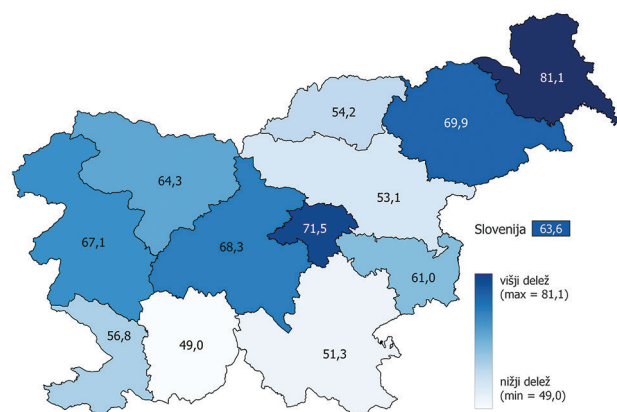
Na drugem mestu po deležu anketirancev, ki so ocenili svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro, je bila primorsko-notranjska regija, čeprav v tej regiji opazujemo najnižjo povprečno mesečno plačo in podpovprečen BDP, tudi delež prebivalcev z osnovnošolsko izobrazbo ali manj je v tej regiji v opazovanem obdobju nadpovprečen. Zanimiva je primerjava primorsko-notranjske regije s pomursko, ki ima tako kot primorsko-notranjska neugodne socialno-ekonomske kazalnike, obenem pa v nasprotju s primorsko-notranjsko regijo najnižji delež prebivalcev, ki so ocenili svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro. Podobno kot za primer obalno-kraške regije lahko tudi v primeru primorsko-notranjske regije ugotovimo, da poleg ekonomskega kapitala očitno obstajajo tudi druge vrste dejavnikov (socialni, kulturni, okoljski in drugi), ki vplivajo na oblikovanje življenjskega okolja, medsebojne povezave med ljudmi in življenjske navade, kar pri ljudeh spodbuja dobro in zelo dobro samooceno zdravja.

## ZAČETKI ŽIVLJENJA

	Najnižja vrednost	%	Najvišja vrednost	%	Slovenija %
Kadilske navade med nosečnicami	Goriška regija	6,2	Jugovzhodna Slovenija	15,1	10,4
Udeležba v šoli za starše (prva nosečnost)	Primorsko-notranjska regija	49,0	Pomurska regija	81,1	63,6



Slika 2.106: Kajenje v nosečnosti



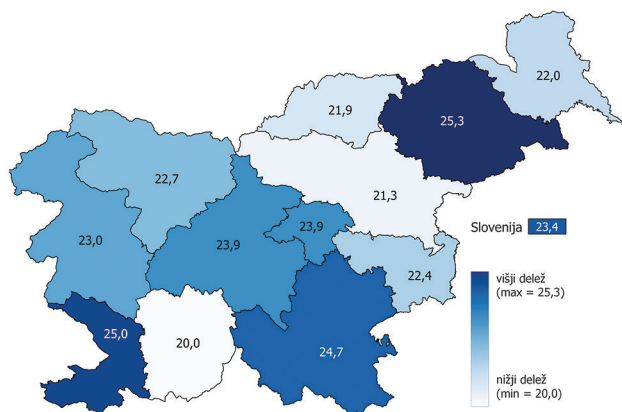
Slika 2.107: Udeležba na šoli za starše v prvi nosečnosti

Delež kadilk med nosečnicami je bil najvišji v jugovzhodni regiji, kjer je znašal 15,1 %, in najnižji v goriški regiji (6,2 %). Podatka sta se statistično pomembno razlikovala od drugih regij in od slovenskega povprečja. Tudi pri tem kazalniku opazamo zelo velik razpon med regijo z največjim in najmanjšim deležem kadilk, razpon znaša 85-odstotno vrednost za Slovenijo.

Šole za starše se v Sloveniji organizirajo na različne načine in v različnem obsegu. Na udeležbo vplivajo dostopnost, interes in nekateri drugi dejavniki. Podatki kažejo, da je bil največji delež udeležbe nosečnic v šoli za starše v pomurski (81,1 %), najnižji pa v primorsko-notranjski regiji (49 %). Podatka sta se statistično pomembno razlikovala od drugih regij in slovenskega povprečja. Razpon med regijo z največjo in najmanjšo udeležbo v šoli za starše znaša polovico vrednosti kazalnika za Slovenijo.

## KAJENJE

	Najnižja vrednost	%	Najvišja vrednost	%	Slovenija %
Delež kadilcev	Primorsko-notranjska regija	20	Podravska regija	25,3	23,4

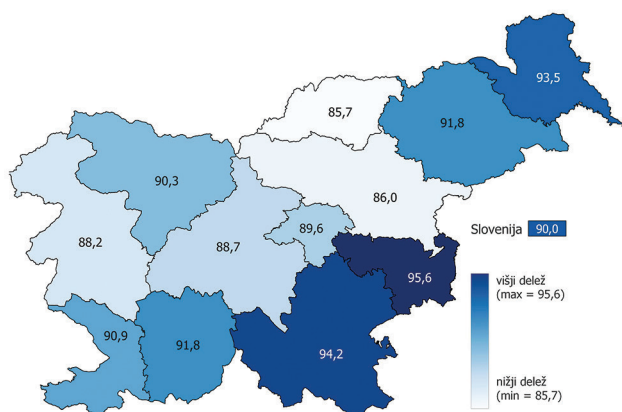


Slika 2.108: Delež kadilcev

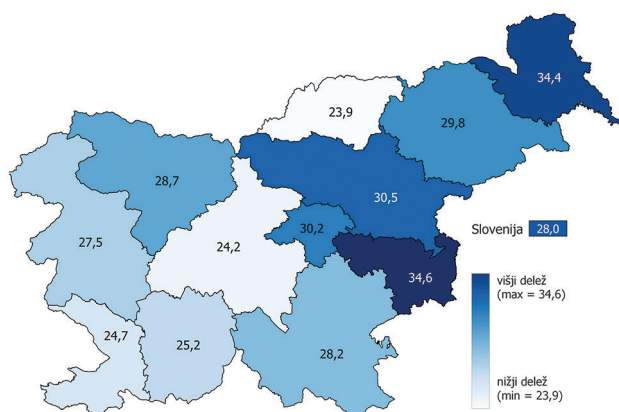
Delež kadilcev je bil najvišji v podravski regiji in je znašal 25,3 %, sledila je obalno-kraška regija s 25-odstotnim deležem, najnižji delež kadilcev pa je bil v Primorsko-notranjski regiji (20 %). Razlike med regijami niso statistično značilne.

## DEBELOST IN GIBANJE

	Najnižja vrednost	%	Najvišja vrednost	%	Slovenija %
Delež oseb, ki so telesno aktivne vsaj 30 minut dnevno ali 150 minut tedensko	Koroška regija	85,7	Jugovzhodna Slovenija	95,6	90,0
Delež oseb z indeksom telesne mase, višjim od 30	Koroška regija	23,9	Pomurska regija	34,6	28,0



Slika 2.109: Delež oseb, ki so telesno aktivne vsaj 30 minut dnevno ali 150 minut tedensko



Slika 2.110: Delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več

Redna telesna aktivnost ima pomembno mesto med življenjskimi navadami in ugodno vpliva na telesno in duševno zdravje. Priporočeno je vsaj 30 minut telesne aktivnosti dnevno. Po podatkih raziskave EHIS (2019) je bil največji delež prebivalcev, ki so vsaj toliko telesno aktivni, v posavski (95,6 %) in jugovzhodni regiji (94,2 %). Statistično pomembna razlika se je izkazala v primerjavi s koroško, savinjsko, osrednjeslovensko in goriško regijo. Najmanjši delež prebivalcev, ki so bili telesno aktivni vsaj 30 minut dnevno, je bil po podatkih omenjene raziskave ugotovljen v koroški (85,7 %) in savinjski regiji (86 %). Razlike med regijami so zelo

majhne, razlika med regijo z največjim in najmanjšim deležem ustrezno telesno aktivnih prebivalcev znaša le 8 % vrednosti kazalnika za Slovenijo.

Na podlagi podatkov o telesni višini in teži anketiranih oseb je bil izračunan indeks telesne mase kot indikator stanja prehranjenosti. Indeks telesne mase nad 30 se uporablja kot pokazatelj debelosti.

Najnižji delež prebivalcev z ITM nad 30 je bil ugotovljen v koroški (23,9 %), osrednjeslovenski (24,2 %) in obalno-kraški regiji (24,7 %). Statistično pomembna razlika se je v primerjavi s pomursko, podravske, savinjsko in posavsko izkazala le pri osrednjeslovenski regiji.

V posavski regiji je bil v tej raziskavi ugotovljen najvišji delež telesno aktivnih prebivalcev, hkrati pa tudi najvišji delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več.

## FORMALNA IN NEFORMALNA OSKRBA STAREJŠIH

	Najnižja vrednost	%	Najvišja vrednost	%	Slovenija %
Neformalna oskrba zunaj gospodinjstva	Zasavska regija	3	Pomurska regija	28,8	18,1
Neformalna oskrba znotraj gospodinjstev	Zasavska regija	0	Pomurska regija	8,5	4,1
Formalna oskrba	Zasavska regija	0	Obalno-kraška regija	5,8	3,2

Neformalna oskrba je pomemben segment dolgotrajne oz. zdravstvene in socialne oskrbe, saj lahko pomembno nadomešča ali dopolnjuje njene formalne oblike (186). V nadaljevanju prikazujemo nekaj podatkov iz nacionalne raziskave SHARE (mednarodna raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi, ki proučuje ekonomske, zdravstvene in socialne razmere posameznikov, starejših od 50 let).

V okviru raziskave SHARE so anketirani prebivalci razdeljeni v štiri kategorije:

- prebivalci brez oskrbe,
- prebivalci, ki so prejeli le neformalno oskrbo,
- prebivalci, ki so prejeli le formalno oskrbo,
- prebivalci, ki so prejeli formalno in neformalno oskrbo.

V Sloveniji so se glede formalne in neformalne oskrbe pokazale statistično pomembne razlike med regijami. Delež prebivalcev z neformalno oskrbo izven gospodinjstev in znotraj njih je višji od slovenskega povprečja v pomurski in gorenjski, nižji pa v zasavski regiji.

Delež prebivalcev v Sloveniji, ki so bili deležni neformalne oskrbe, je bil 29 %. V pomurski regiji je presegal slovensko povprečje in je znašal 35 %, v zasavski je bil daleč pod povprečjem (2,9 %), v gorenjski regiji je bil prav tako nižji od povprečja (8 %).

Delež prebivalcev, deležnih formalne in neformalne oskrbe, je bil nizek tako v Sloveniji kot regijah. V Sloveniji je znašal 2,5 %, v pomurski regiji 3,1 % in gorenjski 4,5 %. V zasavski regiji ni bilo anketiranih prebivalcev, ki bi bili deležni formalne in neformalne oskrbe. V Sloveniji je bil delež prebivalcev, deležnih le formalne oskrbe, 0,6 % in v gorenjski regiji 0,7 %. V pomurski in zasavski regiji ni bilo anketiranih prebivalcev, ki bi bili deležni le formalne oskrbe.

### Zaključek

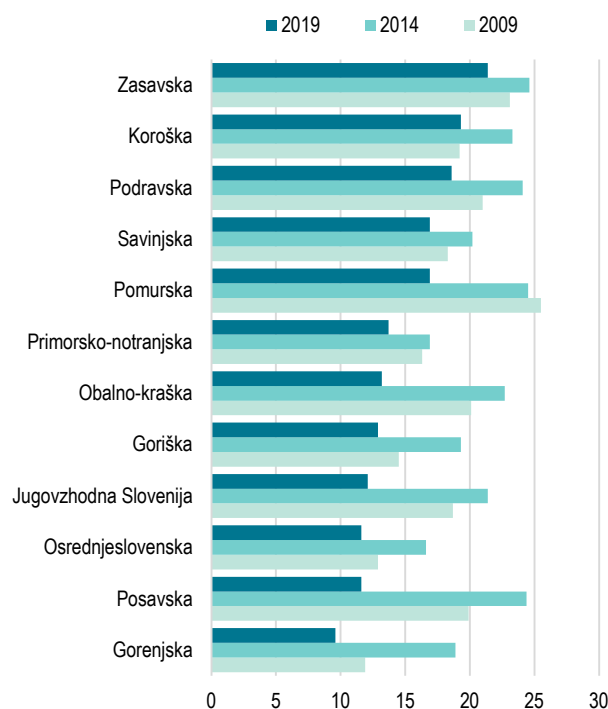
Že v prvi publikaciji o neenakosti v zdravju (24) smo se dotaknili regionalnih neenakosti ter zapisali, da se Slovenija že dolgo trudi zmanjševati neenakosti tudi med regijami. Razlike kljub temu še vedno ostajajo in so pri večini kazalnikov, ki smo jih prikazali, pomembne. Različne življenjske razmere, neenakomerna gospodarska in socialna razvitost regij ter razlike v dejavnih tveganja v določeni meri vplivajo na razlike v zdravstvenem stanju prebivalcev posameznih regij. Prepoznavamo veliko dejavnikov, ki vplivajo na življenjske navade. Te posledično pripeljejo do različnega zdravstvenega stanja in različne samoocene zdravja. Zato predlagamo, da se medsebojno pogojenost in velikost vpliva teh različnih dejavnikov v posamezni regiji in med njimi v prihodnje podrobneje razišče z ustreznimi statističnimi metodami. Že sedanji rezultati pa kažejo nujnost spodbujanja trajnostnega razvoja regij v najširšem pomenu besede.

## 2.4.2 Regijski prikaz stopnje tveganja socialne izključenosti

Avtorici: Martina Trbanc, Mateja Nagode (obe IRSSV)

Stopnja tveganja socialne izključenosti je sestavljen kazalnik (kombinacija treh), ki prikazuje širšo sliko ogroženosti z dohodkovno revščino, resno materialno prikrajšanostjo ali izključenostjo s trga dela v populaciji. Stopnja tveganja socialne izključenosti predstavlja odstotek oseb, ki živijo pod pragom tveganja revščine (60 % mediane ekvivalentnega razpoložljivega neto dohodka vseh gospodinjstev ob upoštevanju OECD-jeve prilagojene ekvivalenčne lestvice) **ali** so resno materialno prikrajšane (vsaj 4 od 9 elementov) **ali** živijo v gospodinjstvih z zelo nizko delovno intenzivnostjo (187).

Stopnja tveganja socialne izključenosti v populaciji je od leta 2009 (17,1 %) do leta 2014, torej v obdobju gospodarske krize in zaostrenih razmer na trgu dela, postopoma naraščala (20,4 % v 2014), nato pa začela padati. V 2019 je dosegla najnižjo stopnjo (14,4 %) v zadnjem desetletju in tudi nižjo kot v obdobju pred gospodarsko krizo. Z vidika posameznih kategorij prebivalstva se s socialno izključenostjo v največji meri soočajo stari 65 in več let (20,5 % v 2019), še zlasti starejše ženske (25,0 % v 2019).



Slika 2.111: Stopnja tveganja socialne izključenosti v letih 2009, 2014 in 2019

Vir: SURS, SI-STAT.

Tveganje socialne izključenosti prebivalstva se regijsko precej razlikuje, kar kaže opazne razlike med (statističnimi) regijami glede socialne situacije prebivalstva in je posledica različnih dejavnikov na regijski ravni, predvsem pa gospodarske situacije, zaposlenosti in brezposelnosti ter tudi demografskih razmer. Tudi dinamika sprememb v stopnji tveganja socialne izključenosti v zadnjih desetih letih je po regijah različna. V obdobju gospodarske krize (podatki za leto 2014) je bila stopnja tveganja socialne izključenosti prebivalstva najvišja v zasavski (24,6 %), pomurski (24,5 %), posavski (24,4 %) in podravski regiji (24,1 %). Od omenjenih regij z najbolj zaostreno sliko socialnega položaja prebivalstva v obdobju gospodarske krize se je tveganje socialne izključenosti prebivalstva do leta 2019 najbolj opazno znižalo v posavski (kar za 12,8 odstotne točke, oz. na 11,6 %) in pomurski (za 7,6 odstotne točke oz. na 16,9 %), nekoliko manj tudi v podravski regiji (za 5,5 odstotne točke), medtem ko je v zasavski regiji ostalo visoko (sicer se je znižalo za 3,2 odstotne točke, a je v letu 2019 še vedno najvišje od vseh slovenskih regij).

Ne glede na pozitiven trend zmanjšanja stopenj tveganja socialne izključenosti po regijah v zadnjih desetih letih med statističnimi regijami še vedno obstajajo velike razlike. Poleg Zasavja (21,4 % v letu 2019) najpogosteje socialno izključenost tvegajo prebivalci Koroške (19,3 %) in Podravja (18,6 %), najmanj prebivalcev, ki tvegajo socialno izključenost pa je na Gorenjskem (9,6 % v 2019). Sledita Posavje (11,6 %) in osrednjeslovenska regija (11,6 %).

## 2.5 Skupine z ranljivostmi, ovire v dostopu do zdravstva in prakse premoščanja ovir

Avtorica: Ivanka Huber (NIJZ)

### 2.5.1 Uvod

Kako se kažejo ranljivosti in neenakosti v zdravju? S kakšnimi ranljivostmi se soočajo prebivalci Slovenije? Kateri prebivalci se najpogosteje soočajo z njimi? S katerimi ovirami se srečujejo v dostopu do zdravstvenih in drugih javnih ustanov? Kako se lokalna okolja odzivajo na te ovire? Kako se ustrezno odzvati na ranljivosti in neenakosti, kako premoščati ovire in najti sistemske rešitve? To so vprašanja, ki so bila ključna pri zasnovi raziskave »Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih«. Več o raziskavi in njenih izsledkih glej (188). Pri iskanju odgovorov na zastavljena vprašanja je bilo sodelavcem interdisciplinarne delovne skupine jasno, da brez obširne terenske raziskave ne bo mogoče podati ustreznih odgovorov. Znanstvenih raziskav o ranljivosti in neenakosti v zdravju v Sloveniji je bilo pred izvedbo pričujoče raziskave ravno tako malo kot leta 2014, ko se je v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« prav tako izvedla raziskava o ranljivosti in neenakostih v zdravju. Več o raziskavi ranljivosti v okviru projekta Skupaj za zdravje glej (189).

### 2.5.2 Način raziskovanja

Kvalitativna terenska raziskava (v nadaljevanju raziskava projekta *MoST*) je nastajala postopoma in je potekala v okviru projekta *Model skupnostnega pristopa krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih – MoST*, ki ga je Nacionalni inštitut za javno zdravje v letih 2018–2020 izvajal v podporo prenovi preventivnih programov. Slednja je potekala v izbranih 25 zdravstvenih domovih v obdobju 2018–2019 v okviru projekta *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – Krepitev zdravja za vse*. V letu 2020 in tudi 2021 pa se nadgrajene projektne aktivnosti že izvajajo v okviru Splošnega dogovora. Več o poteku raziskave glej Metodološko pojasnilo 6.3 – Vezano na prispevek Skupine z ranljivostmi v Sloveniji – O raziskavi projekta *MoST*.

### 2.5.3 Rezultati

Izsledki raziskave projekta *MoST* kažejo ranljivost številnih zelo heterogenih skupin, ki se soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami, vključno z ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov in drugih institucij. Zaradi številnih različnih izrazov, ki so se pojavljali v odgovorih na vprašanje, *kdo so »ranljive« skupine oziroma za katere osebe/skupine bi lahko rekli, da so v vašem lokalnem okolju v ranljivem položaju*, smo jih združili v skupine, ki jih razumemo kot analitične kategorije. Navajamo jih po zastopanosti v terenskem materialu (padajoče, od najpogosteje do redkeje omenjenih). V terenskem materialu, pridobljenem v 417 intervjujih s 629 sogovorniki, je na veliko mestih najti, da so sogovorniki neko skupino označili kot »ranljivo«. Skupine z ranljivostmi, ki so jih opredeljevali sogovorniki, smo razvrstili v 20 kategorij. Kot skupine/osebe z ranljivostmi so bili najpogosteje omenjeni:

- starejši prebivalci;
- priseljenci, tujejezični prebivalci;
- osebe z različnimi oblikami oviranosti;
- socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine;
- otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi;
- brezposelni;
- zdravstveno nezavarovani (osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja in/ali brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja);
- Romi;
- osebe s težavami v duševnem zdravju;
- uporabniki nedovoljenih drog;

- brezdomne osebe;
- osebe zasvojene z alkoholom;
- žrtve nasilja v družini;
- zaporniki in bivši zaporniki;
- ženske z različnimi ranljivostmi;
- osebe z dolgotrajno boleznijo;
- osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih;
- žrtve ekonomskega nasilja;
- istospolno usmerjene osebe in
- spolne delavke.

Teh 20 kategorij ni bilo mogoče sprovesti na enak imenovalc, ker jih tudi sogovorniki niso tako dojemali, zato smo skušali slediti jezikovnemu kodu sogovornikov. Vsako od navedenih 20 skupin z ranljivostmi lahko na podlagi izsledkov raziskave *MoST* razdelimo na številne podkategorije, ki jih opredelimo v nadaljevanju. Pri tem izraze, ki so jih uporabljali sogovorniki, navajamo v narekovajih (več o izsledkih raziskave projekta *MoST* – skupinah z ranljivostmi glej (188)).

### 2.5.3.1 Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih

Najpogosteje so bili kot skupina z ranljivostmi omenjeni **starejši prebivalci**. Sogovorniki so navajali različne podkategorije. Kot »ranljive« so prepoznali starejše prebivalce v različnih okoliščinah, in sicer »starejše osebe«, »starejše osebe z nizkimi dohodki, kmečkimi pokojninami ali celo brez dohodkov« zatem »starejše osebe, ki prebivajo na težko dostopnih, odročnih, odmaknjenih, oddaljenih krajih«, »starejše osebe, ki živijo same, so brez svojcev ali sorodnikov«, »starejše osebe, ki so osamljene«, »starejše osebe, ki so brez socialne mreže, izolirane, izključene«, »starejše brez prevoza«, »nepokretne starejše osebe«. Omenili so tudi »svojce nepokretnih oseb«. Nadalje so sogovorniki kot skupine z ranljivostmi prepoznali »starejše vdove«, »starejše vdovce«, »starejše osebe, ki so samske«, »starejše kmečke ženske«. Kot skupine z ranljivostmi so bile prepoznane tudi »starejše osebe s kroničnimi nenalezljivi ali drugimi boleznimi«, »starejše osebe z demenco«, »starejše osebe, ki nimajo informacij o tem, kako priti do pomoči«, »starejše osebe, ki jih je sram«, »starejše osebe, ki čakajo na sprejem v dom upokojencev« in »tiste, ki so v domu upokojencev« ter »umirajoči«. Kot posebej »ranljivo« skupino starejših oseb so sogovorniki izpostavili »starejše neporočene moške«, ki so ostali sami na kmetijah v geografsko oddaljenih zaselkih.

Sogovorniki so v raziskavi projekta *MoST* prepoznali ranljivost **priseljencev in tujejezičnih prebivalcev**, predvsem »priseljencev iz določenih držav« (iz Albanije, Makedonije in Bolgarije), »albanske skupnosti oziroma albanskih priseljencev« in »albanskih žensk«. Kot posebej »ranljive« so sogovorniki izpostavili »otroke priseljencev«, »otroke in mladostnike brez spremstva« in »otroke iz družin brez stalnega prebivališča/brez slovenskega državljanstva«. Nadalje so sogovorniki prepoznali ranljivost »beguncev«, »migrantov«, »prosilcev za mednarodno zaščito«, »tujih sezonskih delavcev«, »tujih delavcev« in »družin tujih delavcev«, »agencijskih delavcev in njihovih družin – iz Bolgarije, Romunije in Makedonije (pogosto so trije različni posredniki med delavcem in delodajalcem)«, »priseljencev iz bivših republik Jugoslavije«, »družin priseljencev«, »oseb s statusom mednarodne zaščite«, »oseb z dovoljenjem za zadrževanje«, »tujcev z začasnim dovoljenjem za prebivanje«, »izbrisanih oseb«, »tujcev na avtocesti, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč«, »tujih študentov, ki prihajajo iz držav brez sklenjenega bilateralnega sporazuma za zdravstvo«, »mladoletnih migrantov« in »mladoletnih beguncev brez spremstva«.

Sogovorniki so kot skupino z ranljivostmi prepoznali tudi **osebe z različnimi oblikami oviranosti**. V kategorijo oseb z različnimi oblikami oviranosti smo na podlagi Konvencije Združenih narodov o pravicah invalidov (2017) združili osebe s telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi oviranostmi. Osebe z različnimi oblikami oviranosti so posamezniki, ki jih različne ovire lahko omejujejo pri polnem in učinkovitem sodelovanju v družbi. To so osebe, ki jih v slovenskem prostoru prepoznamo kot invalide oziroma invalidne osebe, ustrežnejša pa je raba izraza osebe z oviranostjo. Konvencija o pravicah invalidov invalidne osebe opredeljuje kot »ljudi z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali



v družbi« (190). Sogovorniki v raziskavi projekta MoST so v svojih odgovorih navajali »invalide«, »osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju«, »gibalno ovirane«, »gluhe«, »naglušne«, »slepe«, »slabovidne«, »dislektike«, »senzorno ovirane« in »osebe z govorno jezikovno motnjo«. Sogovorniki so ob skupini »oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju« kot skupino z ranljivostmi prepoznali tudi »svojce oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju«.

Veliko sogovornikov je izpostavilo skupino **socialno-ekonomsko deprivilegiranih posameznikov in družin**. Prepoznali so skupino z ranljivostmi, ki je »ekonomsko šibka in socialno ogrožena«, pri čemer so posebej izpostavili problem »prikrite revščine« in »prikritega brezdomstva«. Nadalje so izpostavili »družine z nizkimi dohodki«, »prejemnike denarne socialne pomoči«, »ljudi, ki živijo pod pragom revščine«, »družine z več otroki«, »mlade družine z nizkimi dohodki«, »matere samohranilke«, »očete samohranilce«, »enostarševske družine«, »družine, ki imajo slabše razvite starševske kompetence in so brez dobre socialne mreže«, »družine z nizko delovno intenzivnostjo«, »osebe, ki živijo v slabih bivanjskih razmerah«, »osebe iz nefunkcionalnih družin«, »osebe s težavami v družinskih odnosih« in »družine s težje bolnimi ljudmi«.

Ranljivost **otrok in mladostnikov** je bila prepoznana v številnih odgovorih, in sicer so sogovorniki kot »ranljive« prepoznali »otroke« (na splošno), »otroke in mladostnike iz socialno ogroženih družin«, »otroke ločenih/razvezanih staršev«, »otroke brezposelnih staršev« in »otroke s posebnimi potrebami«. Glede slednjih so sogovorniki izpostavili tudi »starše otrok s posebnimi potrebami« in »družine otrok s posebnimi potrebami«, kar je sicer v tesni povezavi z otroki s posebnimi potrebami in spada v kategorijo ranljivosti, povezanih z otroki in mladostniki. Sogovorniki so kot skupine z ranljivostmi izpostavili tudi »otroke v neurejenih družinah«, pri čemer so omenili ogrožene otroke, slabe bivanjske in socialne razmere, v katerih živijo, alkohol in prisotnost nasilja. Nadalje so sogovorniki izpostavili »otroke iz neugodnih socialnih okolij«, »otroke v čustvenih stiskah in s socialnimi težavami«, »zanemarjene otroke«, »dolgotrajno bolne otroke«, »otroke s prekomerno telesno težo«, »otroke z vedenjskimi/čustvenimi motnjami«, »gibalno ovirane otroke«, »otroke z govorno-jezikovnimi težavami«, »otroke s težavami v odraščanju«, »mlade, ki so izven šolanja in izven sistema«, »osipnike« ter »nevidentirane otroke v preventivnem (šolskem) sistemu«. Kot skupina z ranljivostmi so bili prepoznani tudi »otroci, odvisni od ekranov«, »mladi z različnimi odvisnostmi«, »odvisni od IKT« (informacijsko-komunikacijske tehnologije) ter »otroci žrtve nasilja«, »otroci žrtve spletnega nasilja«, »otroci žrtve starševskih verskih ekstremov«, »otroci staršev, ki imajo motnje v duševnem razvoju«, »otroci odvisnikov« in »otroci v rejništvu«. Na podlagi odgovorov smo lahko ločevali med ranljivostjo otrok in mladostnikov, in sicer so sogovorniki glede ranljivosti mladostnikov izpostavili »mlade«, »mlade brez perspektive«, »mlade z motnjami hranjenja«, »mlade z osebnostnimi stiskami«, »mlade žrtve medvrstniškega nasilja«, »mlade uživalce prehranskih dopolnil (kapsul, napitkov, beljakovin)« in »dijake iz enostarševskih družin, ki morajo delati ob šoli za preživetje družine«.

Ranljivost **brezposelnih** je bila prepoznana v številnih odgovorih. Izsledki raziskave projekta *MoST* pričajo o večplastni ranljivosti kot posledici brezposelnosti, ki so ji pridružene še druge ranljivosti, te pa izhajajo iz težav v duševnem zdravju ali socialno-ekonomskih težav ali zasvojenosti od alkohola in drugih. Sogovorniki so prepoznali ranljivost »težje zaposljivih oziroma dolgotrajno brezposelnih«, »mladih brezposelnih«, »brezposelnih oseb z nizko ali brez izobrazbe«, »samostojnih podjetnikov«, »prekarnih delavcev«, »delavcev na črno«, »brezposelnih s kategorijo invalidnosti«, »brezposelnih oseb z zdravstvenimi omejitvami in propadlih podjetnikov« ter »ljudi, ki so utrpeli trajno poškodbo ali invalidnost pri delu«. Prepoznana ranljiva skupina, ki v prihodnje terja poglobljeno raziskovanje, so »ranljivi na delovnem mestu«, med njimi tudi »fizični delavci in delavci na terenu«.

**Zdravstvena nezavarovanost** se je kot problem pokazala že v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje*, tokratna raziskava pa je odkrila razsežnost problema malodane v vsej v intervjujih prepoznani ranljivi populaciji (189). Sogovorniki so prepoznali ranljivo skupino oseb bodisi brez obveznega zdravstvenega bodisi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (ali obojega), in sicer so omenjali »nezavarovane« in pri tem posebej izpostavili »otroke«, »romske otroke«, »populacijo srednjih let zaradi alkoholizma«, »priložnostne oziroma sezonske delavce, ki si ne uredijo zdravstvenega zavarovanja«, »upokojenca, ki si ne morejo privoščiti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali si ga ne uredijo zaradi nemobilnosti«, »priseljence – ženske zaradi neinformiranosti, birokratskih ovir«, »mlade po 26. letu starosti«, »tiste, ki jim delodajalec ne plačuje prispevkov«, »samoplačnike, samostojne podjetnike«, »kmete«, »ljudi na samopreskrbnih kmetijah«, »podeželske ženske«, »osebe, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja iz ekonomskih razlogov in zaradi dolgov«, »odvisnike«, »osebe po prihodu iz zapora«, »družine priseljencev (oče v obdobju menjave službe)«, »osebe,

ki ne prejema denarne socialne pomoči«, »brezdomne«, »osebe z nizkimi dohodki«, »brezposelne«, »begunce«, »starejše osebe brez denarja«, »turiste« ter »tuje dijake in študente«.

Sogovorniki so pogosto prepoznavali ranljivost **romske skupnosti** in posameznih **Romov**. V svojih odgovorih so izpostavili »Rome«, »romske otroke«, »romske ženske«, »romske družine«, »starejše Rome«, »Rome zapornike«, »ženske Rominje žrtve nasilja« in »romske nosečnice, tudi mladoletne«.

Sogovorniki so kot ranljivo prepoznavali skupino **oseb s težavami v duševnem zdravju**, pri čemer so izpostavili domnevno občuten porast težav v duševnem zdravju pri otrocih in mladostnikih – »mladi s težavami v duševnem zdravju« ter »osebe, nagnjene k samomorilnosti«. Sogovorniki so posebej izpostavili paciente psihiatričnih bolnišnic ali paciente, ki so bili hospitalizirani v te bolnišnice, in sicer so govorili o »psihiatričnih bolnikih« in »mladih psihiatričnih bolnikih«. Omenili so tudi »svojce in otroke psihiatričnih bolnikov«.

Izsledki raziskave projekta *MoST* so prav tako pokazali ranljivost **uporabnikov nedovoljenih drog**, pri čemer so sogovorniki posebej poudarili ranljivost mladih uporabnikov nedovoljenih drog ter njihovih svojcev. Kot skupino z ranljivostmi so omenili še »bivše odvisnike« in povezano z različnimi zasvojenostmi (sogovorniki govorijo o odvisnikih) tudi »kadilce«, »nekemične odvisnike«, »odvisnike od iger na srečo«, »osebe z digitalno odvisnostjo« in »osebe z odvisnostjo od odnosov« ter »osebe s hepatitisom C«. Pri uporabnikih nedovoljenih drog gre pogosto za preplet več ranljivosti hkrati in zelo kompleksno ranljivost. Iz navedb sogovornikov izhaja, da imajo uporabniki nedovoljenih drog pogosto še težave v duševnem zdravju ali tudi druge bolezni ali pa so obenem »zasvojenci, brezdomci in psihiatrični bolniki z diagnozo«. Iz odgovorov sogovornikov izhaja prepoznana ranljiva skupina **brezdomnih oseb**, pri čemer se podobno kot že pri predhodno navedenih skupinah z ranljivostmi kažeta večplastnost in kompleksnost ranljivosti.

**Zasvojenost z alkoholom** je bila v odgovorih sogovornikov raziskave *MoST* prepoznana kot razlog za ranljivost pri več skupinah prebivalcev, in sicer kot sočasna s še drugimi ranljivostmi. Sogovorniki so ob že omenjenih uporabnikih nedovoljenih drog posebej izpostavili osebe, »zasvojene z alkoholom«. To je tudi razlog, da jih ne obravnavamo skupaj z drugimi zasvojenostmi, saj so te skupine sogovorniki v svojem dojemanju ranljivosti ločevali. Sogovorniki so izpostavili ranljivost »mladih zasvojenih z alkoholom« ali »mladih na poti v odvisnost od alkohola« ter »svojce alkoholikov« in »žrtve alkoholizma«. Zasvojenost je bila prepoznana kot kategorija ranljivosti pri več populacijskih skupinah kot sočasna s še drugimi ranljivostmi. Kot izhaja iz odgovorov sogovornikov, so ranljivosti, ki izhajajo iz zasvojenosti z alkoholom, pridružene še ranljivosti, ki izhajajo iz brezposelnosti; ranljivosti, ki izhajajo iz pomanjkljive izobrazbe; ranljivosti, ki izhajajo iz socialnega okolja, in ranljivosti, ki izhajajo iz pomanjkljive javne infrastrukture (neredni javni prevoz).

Kot »ranljivo« skupino, ki jo je v primerjavi z drugimi »ranljivimi« skupinami izjemno težko odkriti, so sogovorniki prepoznali **žrtve nasilja v družini**, pri čemer so izpostavili »ženske žrtve nasilja« ali »matere v stiski«, ki imajo kompleksne in prepletajoče se ranljivosti.

Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so **zapornike in bivše zapornike** prepoznali kot skupino z ranljivostmi, ki je močno stigmatizirana, in opozorili tudi na priprte tujce.

Med ranljivostmi, ki izhajajo iz spola, so sogovorniki prepoznali **ženske z različnimi ranljivostmi**. Izpostavili so »ženske« (na splošno), »ženske v socialni, materialni, stanovanjski stiski«, »ženske, finančno odvisne od mož«, »ženske brez sredstev in brez zdravstvenega zavarovanja«, »gospodinje«, »ženske, ki se ločijo«, »mlade mamice«, »mamice z novorojenčki«, ženske, ki ne morejo do ginekologa, ker ga ni« ter »ženske na kmetiji brez statusa«.

Izsledki raziskave projekta *MoST* so pokazali na prepoznano ranljivost **oseb z dolgotrajno boleznijo**. Sogovorniki so omenjali »dolgotrajno bolne« in »osebe s težko ozdravljivimi boleznimi«, pri slednjih so izpostavili mlajše od 65 let, ki glede na zakonodajo ne morejo v dom starejših.

Geografska oddaljenost je lahko vzrok ranljivosti in ne postavlja v ranljiv položaj zgolj starejših oseb, temveč tudi druge skupine prebivalcev – **osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih**, kot so »družine na geografsko oddaljenih območjih«, »ljudje, ki živijo v oddaljenih gorskih predelih«, »ljudje, ki živijo v oddaljenih krajevnih skupnostih«, »ljudje, ki živijo na osamelih kmetijah«, »kmečke družine« ter »prebivalci na ruralnih območjih«.

Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so kot ranljive izpostavili **žrtve ekonomskega nasilja**, med njimi predvsem starejše, ki so s svojimi prejemki lahko »vir financ« za vzdrževanje drugih (mlajših) družinskih članov, ki so brezposelni.

Glede ranljivosti, izhajajoče iz spolne usmeritve, so sogovorniki izpostavili »**istospolno usmerjene posameznike**«, »istospolne družine« in »LGBT skupine«.

Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so kot »ranljive« osebe navedli tudi **spolne delavke**, in sicer »prostitutke« in »spolne uslužbenke«, ki so stigmatizirane na več nivojih.

### **2.5.3.2 Ovire pri dostopu do zdravstvene ali druge oblike pomoči**

Ranljivost je izrazito dinamičen in kompleksen pojav, pri katerem je ranljivost posameznika, skupin ali več skupin hkrati sočasno zaznamovana s kopico dejavnikov. Predvsem dejavniki, ki so sistemske narave in opredeljujejo dostop do virov zdravja, so tisti, ki prečijo mnoge ranljive posameznike in skupine oziroma jih same po sebi postavljajo v ranljiv položaj.

Ranljivosti in neenakosti v zdravju smo v raziskavi razumeli kot družbene pojave, ki vplivajo na to, da ima posameznik ali družbena skupina otežen dostop do družbenih virov, predvsem zdravja. Zato je bil osrednji del raziskave osredotočen na ovire pri dostopu do zdravstvene ali tudi druge oblike pomoči. Zdravje, bolezen in zdravljenje razumemo kot družbene pojave, ki niso zgolj domena zdravstva, temveč so odvisni od številnih dejavnikov (političnih, družbenih, kulturnih, ekonomskih in drugih). Izsledki raziskave kažejo, da je dostop do zdravja v veliki meri pogojen z dostopom do različnih družbenih virov.

Na tem mestu se osredotočamo na ključne vidike ovir:

- **Ovire niso lastnost posameznika ali družbenih skupin.** Na terenu smo velikokrat slišali izjave, ki so ovire nekih družbenih skupin pripisovale domnevno intrinzičnim lastnostim teh skupin. Slišali smo, da naj bi določene skupine prebivalcev ne znale skrbeti za lastno zdravje, naj ne bi upoštevale pravil sistema zdravstvenega varstva in podobno. Če nevzdržnost pripisovanja ovir določeni strani (uporabnikom ali izvajalcem zdravstvenih storitev) pojasnimo na primeru: dejstvo, da tujejezični uporabniki ne govorijo slovensko, zdravstveno obravnavo ovira ravno v tolikšni meri kot dejstvo, da zdravstveni delavci ne govorijo določenega tujega jezika oziroma da v Sloveniji zaenkrat nimamo sistemskega načina reševanja jezikovnih in kulturnih ovir.
- **Ovire so relacijska kategorija.** Če ovir ne razumemo kot lastnosti določenih posameznikov ali družbenih skupin, jih lahko razumemo kot take, ki vznikajo v odnosu med temi posamezniki ali skupinami in določeno zdravstveno storitvijo ali čim drugim. Če ima, na primer, določena klinika urejeno klančino ali dvigala za gibalno ovirane, se slednji iz tega naslova ne bodo srečevali s težavami, s katerimi bi se, če klančine ali dvigala ne bi bilo. To, ali bo določen fenomen postal ovira ali ne, je torej stvar odnosa med različnimi družbenimi akterji, v našem primeru večinoma med uporabniki zdravstvenega sistema in tem sistemom.
- **Ovire so kontekstualne.** Naštevaje ovir ne bi bilo utemeljeno, kajti zgolj naštevaje brez umestitve v kontekst in razlage lahko privede do napačne interpretacije. Do podobnih ovir lahko namreč v različnih družbenih kontekstih prihaja iz različnih razlogov. Tako se lahko na primer dve različni osebi soočata z zdravstveno nezavarovanostjo, vendar prva zato, ker zaradi stečaja podjetja ne more odplačati svojih dolgov do zavarovalnice, druga pa morda zato, ker v zakonu, ki ureja to področje, ni predvidena kategorija, v katero bi spadala.
- **Definiranje ovir je odvisno od pozicije izrekanja.** Sogovorniki so ovire izpostavili vsak na svoj način, skladno kdaj s svojimi nazori, strokovnimi stališči, svojo umeščenostjo v vzpostavljene odnose z drugimi akterji v lokalnem okolju in podobno. Nekateri bodo rekli, da je ključna ovira žensk v dostopu do zdravstva v določenem kraju pomanjkanje specialista ginekologa v tem kraju, spet drugi pa bodo lahko kot pglavitno težavo videli pomanjkanje bolj razvitih prometnih povezav do specialista v drugem kraju. To je eden od dodatnih razlogov, zakaj se nismo odločili za posploševanje ovir ali njihovo nekritično kataloško navajanje.
- **Do ovir prihaja na različnih ravneh.** Najprej naj opozorimo na ovire, ki izhajajo iz odnosa med posameznikom ali določeno družbeno skupino na eni in normativno državno ureditvijo na drugi strani. Na kratko bi te ovire lahko opisali predvsem kot posledico neumeščenosti posameznika v administrativne kategorije, ki bi mu podelile upravičenost do koriščenja določenega paketa storitev, vrste storitve ali denarne transakcije. V prvem primeru je pogosta administrativna ovira ta, da določeni statusi niso predvideni v zakonski podlagi za vstop v sistem na primer obveznega zavarovanja (za

več o tem glej poglavje *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje* (188). V drugem primeru se ovira pojavi takrat, ko posameznik ne ustreza vsem kriterijem, ki bi mu podeljevali upravičenost do določene posamične storitve, na primer patronažnega obiska. V tretjem primeru, prav tako pogostem kot sta oba prejšnja, pa gre za to, da na primer posameznik kljub dejanskemu pomanjkanju in revščini presega cenzus za prejemanje denarne socialne pomoči. Vse to so ovire, ki jih družijo dejstvo, da ovirajo že deklarativni dostop do določenih virov – v tem smislu jih lahko razumemo kot bolj sistemske in zato nadredne vsem drugim oviram, ki se pojavljajo pri tistih, ki imajo – vsaj na deklarativni ravni – omogočen dostop do določenih virov.

- **Na porajanje ovir lahko pogledamo z vidika »kronologije«** dostopanja do določene zdravstvene storitve, *torej glede na to, ali se ovira pojavi pred dostopom do nje ali med njo*. Ovire, ki smo jih opisali v zgornjem odstavku, se zagotovo pojavljajo, preden bi posameznik lahko resnično dostopal do določene storitve, saj dostop blokirajo že na deklarativni ravni. Za razliko od njih se ljudje srečujemo s kopico drugih ovir, ki nastajajo medtem, ko že dostopamo do zdravstvenih storitev. Nekateri uporabniki nedovoljenih drog recimo imajo dostop do zobozdravstvenih storitev, vendar je lahko njihova stigma faktor, ki zdravstvene delavce odvrne od zagotavljanja storitev. Do težav lahko prihaja tudi pri zagotavljanju kontinuiranega dostopa do določene storitve, kar literatura marsikdaj označuje s pojmom »osip« – nekatere osebe s težavami v duševnem zdravju na primer ne dostopajo do psihiatričnih storitev zaradi preteklih izkušenj, saj jih dojemajo kot negativne.
- **Ovire so pogosto medsebojno prepletene** (podobno kot skupine z ranljivostmi), pri čemer so njihovi vzroki in posledice pogosto večplastni in ne enoznačni. Posamezniki imajo lahko v dostopu do storitev ali pomoči tako socialno-ekonomske ovire kot ovire, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja, in ovire v dostopu do zdravstvenega zavarovanja.

### 2.5.3.3 Prakse premoščanja ovir

Ob številnih ovirah, s katerimi se srečujejo skupine ali osebe z ranljivostmi v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči, so izsledki raziskave projekta *MoST* pokazali tudi mnogotere oblike premoščanja ovir. Načini premoščanja ovir so prav tako heterogeni kot skupine z ranljivostmi, in, izvzemši že vpeljane sistemske rešitve, lastni posameznim lokalnim okoljem. Ker bi bilo navajanje vseh oblik in načinov premoščanja ovir nemogoče, naj na tem mestu, na podlagi izsledkov raziskave projekta *MoST*, povzamemo nekatere glavne vidike zaznanih praks premoščanja ovir v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči.

Kot prvi sklop lahko opredelimo **sistemske vpeljane prakse**, pri katerih gre za ureditve, politike in programe/ storitve, ki naslavljajo potrebe ljudi, ki se soočajo z ovirami v dostopu do zdravstva. Na ravni ureditev je na primer to najširše gledano vsa zakonodaja, povezana z zdravstveno in socialno varnostjo ter okoljem in prostorom. Na ravni politik bi lahko rekli, da so to razni (strateški) dokumenti, resolucije in strokovne delovne skupine, ki obravnavajo oziroma naslavljajo ovire skupin ali oseb z ranljivostmi. Kar se tiče storitev/ programov pa med sistemsko vpeljane prakse sodijo le tiste, ki so sistemsko financirane.

Izsledki raziskave projekta *MoST* so pokazali **socialno naravnost lokalnih okolij** in institucij ter njihovo (ne)formalno sodelovanje. Velikokrat smo na terenu odkrili požrtvovalnost nekaterih zdravstvenih ali drugih delavcev, ki so opravljali naloge izven svojega delovnega časa in podobno, da bi posameznikom zagotovili potrebno oskrbo, ki je sicer ne bi bili deležni. Kdaj je bilo tako naravnost čutiti ne le na ravni posameznega zaposlenega, temveč v celotnih timih ali organizacijah. Spet drugje so se v lokalnih okoljih organizirale posebne skupine za pomoč osebam z ranljivostmi.

Nadalje obstaja precej **programov in projektov** (financiranih iz različnih virov, tako tujih, državnih ali lokalnih), ki naslavljajo ranljivosti in potrebe določenih skupin. Sem prištevamo zdravstvene storitve (ki so projektno financirane in še niso del sistema), socialnovarstvene programe, namenjene specifičnim skupinam, ter programe humanitarne in materialne pomoči in podobno. Ti odgovori niso vedno ozko usmerjeni na širjenje dostopa do zdravstva, vendar imajo lahko tudi take posledice. Te prakse so večinoma domena nevladnega sektorja in jih kot take ne razumemo kot sistemske, saj so podrejene sistemu razpisnega financiranja in projektne delovanja.

Obstaja tudi kopica **neformalne pomoči**. Nekateri na primer kdaj pospremijo starejšega soseda z avtom na zdravstveno obravnavo in s tem zagotovijo njegov dostop do nje, spet drugim pravice in dostop do zdravstva pomagajo urejati družbena gibanja ali aktivistične skupine.

Morda še najmanj raziskane so ostale **storitve na trgu**. Predpostavljamo, da sogovorniki na terenu o njih niso izčrpno govorili prav zato, ker ostajajo take vrste pomoči nedostopne najranljivejšim predvsem zaradi njihove finančne nedostopnosti.

Nenazadnje so zdravstveni domovi<sup>12</sup> v projektu *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – Krepitev zdravja za vse*, ob strokovni podpori Nacionalnega inštituta za javno zdravje, v letih 2018–2019 izvajali aktivnosti, ki naslavljajo ranljivosti in premoščajo nekatere ovire v lokalnem okolju, in sicer *odprta vrata za zdravje in aktivnosti centra za krepitev zdravja v lokalni skupnosti; posvetovalnice v lokalni skupnosti*, ki jih izvaja diplomirana medicinska sestra iz patronažnega varstva; izvedli so *dve samooceni zdravstvenega doma glede zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin z načrtovanjem in izvajanjem ukrepov, izvedli so presoje ustreznosti objektov in komunikacijskih ukrepov zdravstvenega doma za osebe z gibalno in senzorično oviranostjo ter namestili slušno induktivno zanko in/ali kupili prenosno slušno induktivno zanko; zagotovili prisotnost medkulturnega mediatorja pri izvajanju preventivnih obravnav; sodelovali pri analizi ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih; se udeležili izobraževanja Razvijanje kulturnih kompetenc za zdravstvene delavce in izobraževanja Pristopi za zmanjševanje neenakosti oviranih in invalidnih oseb v zdravju ter vzpostavili lokalne skupine za krepitev zdravja, v katerih sodelujejo. S tem se udejanja skupnostni pristop k zdravju, ki je eden od učinkovitih načinov za naslavljanje ranljivosti, zmanjševanje neenakosti in krepitev zdravja vseh. Našteti načini naslavljanja ranljivosti so bili v letih 2018 in 2019 projektne aktivnosti v 25 izbranih zdravstvenih domovih in bi jih kot take lahko umestili v sklop *programov in projektov*, financiranih iz različnih virov. Vendar pa se izvajajo tudi v letu 2020 (prav tako so že podani predlogi za izvajanje v letu 2021) in so financirane preko Splošnega dogovora za zdravstvo. Ker pa se še ne izvajajo v vseh zdravstvenih domovih, pomeni, da niso še v celoti sistemsko financirane, zato jih še ne moremo umestiti med *sistemsko vpeljane prakse*.*

## Zaključek

V pričujočem poglavju smo na podlagi izsledkov raziskave projekta *MoST* predstavili heterogene skupine z ranljivostmi. Ranljivosti so se izkazale kot zelo kompleksne in večplastne ter prečijo številne skupine. Velike razlike so namreč lahko že znotraj ene same skupine z ranljivostmi. Prav tako je ena ovira lahko skupna več skupinam z ranljivostmi. Ovire se lahko medsebojno prepletajo, pri čemer njihovi vzroki in posledice pogosto niso enoznačni. Skupin z ranljivostmi in prav tako njihovih ovir v dostopu do različnih storitev ali oblik pomoči ni mogoče hierarhizirati, niti ukalupljati v enovite, hermetično zaprte kategorije.

Izsledki raziskave projekta *MoST* so pokazali na številne skupine z ranljivostmi, na kopico ovir v dostopu do zdravstvene in drugih pomoči ali virov in storitev, pokazali pa so tudi, da lokalna okolja niso distancirana od ranljivosti posameznikov ali skupin, da so ob sistemskih rešitvah kreirali tudi lastne načine premoščanja ovir bodisi z različnimi projekti in aktivnostmi bodisi s sodelovanjem z različnimi ustanovami ali deležniki v lokalnem okolju. Prav tako so bili zaznani tudi napor za vpeljavo sistemskih praks premoščanja ovir. Pristop kvalitativnega raziskovanja nam je omogočil ne samo zaznavanje raznolikih ranljivosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi, temveč tudi zaznavo specifičnosti posameznih raziskovanih okolij.

Zavedamo se, da v tem poglavju ni bilo mogoče do potankosti popisati vseh skupin z ranljivostmi, vseh ovir in praks premoščanja, saj nam je poskus sistematizacije izsledkov raziskave, zaradi obilice informacij in obsežnega terenskega materiala ter vseh kompleksnosti, večplastnosti in intersekcijskosti same ranljivosti, povzročal nemalo težav in preizpraševanj. Vendarle pa upamo, da smo s tem poglavjem vsaj delno zapolnili vrzel o neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji.

<sup>12</sup> Gre za 25 izbranih zdravstvenih domov, v okoljih katerih se je izvedla tudi raziskava »Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih«

## 3 POLITIČNI UKREPI IN VRZELI V NEENAKOSTI

### 3.1 Izhodišče

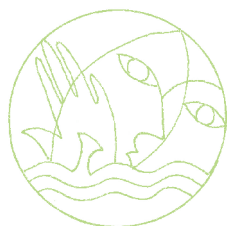
*Avtorica: Mojca Gabrijelčič Blenkuš (NIJZ)*

Zdravje je tesno povezano s socialno-ekonomskim statusom posameznika, dobro zdravje populacije pa z uspešnostjo posamezne družbene skupnosti. Posamezniki z višjim socialno-ekonomskim položajem imajo boljše življenjske možnosti in boljše zdravje ter obratno (191). Ottawska deklaracija SZO iz leta 1986 poudarja ključne ravni delovanja, na katerih se ustvarja zdravje v vsakdanjem življenju ljudi (192). To so javne politike in ukrepi, ki lahko prinašajo več ali manj zdravja, podporna okolja, ki jih tovrstne politike ali ukrepi vzpostavljajo, ter aktiviranje in povezovanje relevantnih deležnikov na določenem javnozdravstvenem področju. Ukrepi socialne zaščite so primer politik, ki zmanjšujejo neenakosti in podpirajo zdravje, saj ljudem omogočajo dostojno življenje kljub brezposelnosti ali nizkim dohodkom (193).

Politični ukrepi lahko povzročajo neenakosti v zdravju ali pa jih odpravljajo, če so dobro načrtovani in argumentirani. Zato je pomembno, da so v državi vzpostavljeni mehanizmi, ki ob načrtovanju političnih ukrepov omogočajo utemeljeno napovedovanje uspešnosti določenih ukrepov pri obvladovanju in zmanjševanju neenakosti med ljudmi. Študije kažejo, da ukrepi, ki upoštevajo vidik neenakosti, ustvarijo podlago in boljše možnosti za uspešno implementacijo na izvedbenih nivojih (194).

Ocenjevanje vpliva različnih politik na neenakosti v zdravju in blaginjo je multidisciplinarna naloga, ki za uspešno ukrepanje potrebuje medsektorske pristope. Izziv, ki ga zaznavamo pri ocenjevanju vpliva politik, še posebno na neenakosti, je po eni strani zmožnost multidisciplinarnega raziskovalnega pristopa v posameznem okolju, po drugi pa medsektorska povezanost pri ukrepanju. Posamezne inštitucije poudarjajo pomen multidisciplinarnosti, vendar se pogosto zgodi, da se ta gradi znotraj ene ustanove, ki pripada enemu od vladnih sektorjev (194). V poglavju 3 smo sodelujoče inštitucije presegle sektorski okvir in se povezale v platformo, v kateri smo po enotnem pristopu in v korakih medsebojnega spoznavanja in skupnega učenja pripravile prispevke o vplivu različnih političnih ukrepov na zdravje in neenakosti v zdravju. Obravnavane teme so bile izbrane glede na aktualni trenutek, ko so bili na politični agendi Jamstvo za otroka EU, področje dolgotrajne oskrbe v nacionalnem zakonodajnem postopku na podlagi priporočil Evropskega semestra ter nacionalna strategija na področju alkohola v pripravi. Širši okvir povezave političnih ukrepov in pojavljanja neenakosti smo prikazali s pomočjo orodja Health Equity Policy Tool v sodelovanju s SZO (19).

Po eni strani si strokovnjaki v poročilu sodelujočih inštitucij prizadevamo, da bomo imeli vzpostavljene možnosti in bomo znali skupaj opredeljevati ukrepe, ki vplivajo na pojav neenakosti v populaciji in populacijskih podskupinah. Trudimo se argumentirati potrebne ukrepe za izboljšanje stanja tako s stališča ekonomskih in socialnih kot tudi okolijskih in komercialnih determinant zdravja. Po drugi strani pa si želimo, da bi pomen neenakosti v zdravju pri svojih odločitvah za ukrepe čim bolj upoštevali tudi politični odločevalci, ki s svojimi odločitvami na različnih ravneh vplivajo na bolj ali manj pravične izide v zdravju in blaginji posamezne skupine prebivalcev, v vseh sektorjih.





### **Zagotavljanje finančnih virov in vpliv na neenakosti v zdravju**

Slovenija se sooča s hitrim staranjem prebivalstva – povečuje se delež prebivalstva, starejšega od 65 let, zmanjšuje pa se delež prebivalstva v aktivni dobi. Demografske spremembe zahtevajo ustrezno prilagajanje celotne družbe, kar odraža sprejeta Strategija dolgožive družbe. Ta zajema vse ključne značilnosti in izzive tega procesa in kot taka predstavlja vsebinski okvir za vse strukturne reforme in splošno delovanje slovenske države v naslednjih desetletjih. Negativne posledice na dolgoročno finančno vzdržnost obstoječih zdravstvenih sistemov in še posebno dolgotrajne oskrbe terjajo resen razmislek o ustreznih virih financiranja. Nujno je treba poiskati nov/dodatni vir, ki pa mora biti porazdeljen na čim večji del celotne populacije. Neposredno obremenjevanje posameznika bi sicer pomenilo bistveno višjo obremenitev bolnih/potrebnih pomoči tretje osebe – torej predvsem starejše generacije. Pri tem pa ne smemo prezreti dejstva, da se bo breme kritja zdravstvenih izdatkov in izdatkov za dolgotrajno oskrbo dolgoročno zelo povečalo. Komu vse bo država morala pomagati pri pokrivanju dodatnih plačil, koliko bo to obremenilo proračun in kaj bi bili dodatni viri za pokrivanje teh izdatkov, so vprašanja, na katera bi bilo treba čim prej odgovoriti. Finančne ovire pri dostopu do storitev dolgotrajne oskrbe in zdravstvenih storitev za posamezne skupine prebivalstva bodo sicer nujno vodile v povečevanje neenakosti v zdravju ob hkratnem dodatnem povečevanju izdatkov za zdravstvo zaradi nezadovoljenih potreb po dolgotrajni oskrbi.

*Boris Majcen, direktor, Inštitut za ekonomska raziskovanja*

### **Zdravje na križišču različnih strokovnih področij**

Zmanjševanje neenakosti v zdravju je cilj, ki se mu slovenska družba ne sme odpovedati. Zagovarjati ga morajo vse ključne institucije civilne družbe.

*To zahteva večja vlaganja v zdravstvo. Slovenija je namreč v tem pogledu pod evropskim povprečjem. Le na ta način bomo lahko zmanjšali dolge čakalne vrste, ki vplivajo na slabši dostop vseh državljanov do zdravstvenih storitev.*

*Zmanjševati pa bo treba tudi socialne neenakosti na področju zdravja. Že dolgo je znano, da socialni dejavniki vplivajo na zdravje ljudi. Na pričakovano življenjsko dobo in kakovost življenja vplivajo dejavniki, kot so: pripadnost nižjemu socialnemu razredu ter s tem povezana nižja izobrazba in večje tveganje revščine; starost, s tem pa večje tveganje bolezni in potrebe po oskrbi ter pripadnost drugim ranljivim kategorijam prebivalstva.*

*V prihodnje bo treba raziskati tudi povezavo med marginalnim socialnim statusom in zdravjem. Kakšna natančno je vzročno-posledična povezava med njima? Gre enostavno za to, da imajo te osebe slabši dostop do zdravstvenih uslug? To je nedvomno del odgovora. Vendar pa novejša raziskava na področju sociogenomike kažejo, da neugodne socialne razmere same vplivajo na gensko izražanje, ki vodi v slabljenje imunskega sistema in posledično večjo nagnjenost za določene bolezni.*

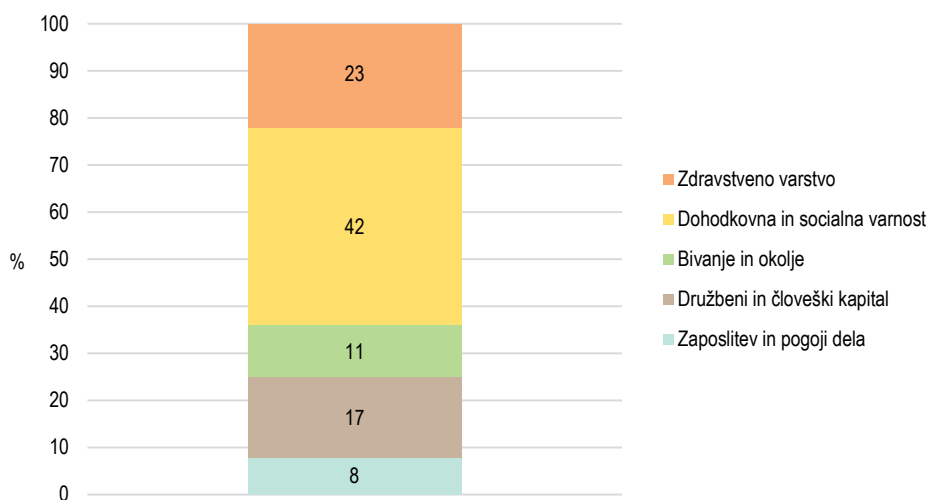
*Zdravje je kompleksen pojav, ki ga ne moremo spremljati samo iz ene perspektive – običajno gre za redukcijo iz perspektive medicine. Zato je zelo pomembno, da smo se pri pripravi publikacije združile strokovne institucije z različnih področij. Z začetim sodelovanjem nameravamo nadaljevati. Le tako bomo namreč tudi v Sloveniji dobili celostno predstavo o tem, kako neenakosti na področju zdravja zmanjševati.*

*Barbara Kopal Tomc, direktorica, Inštitut RS za socialno varstvo*

## 3.2 Pet osnovnih pogojev za enakost v zdravju

Avtorici: Lin Yang (SZO), Tatjana Kofol Bric (NIJZ)

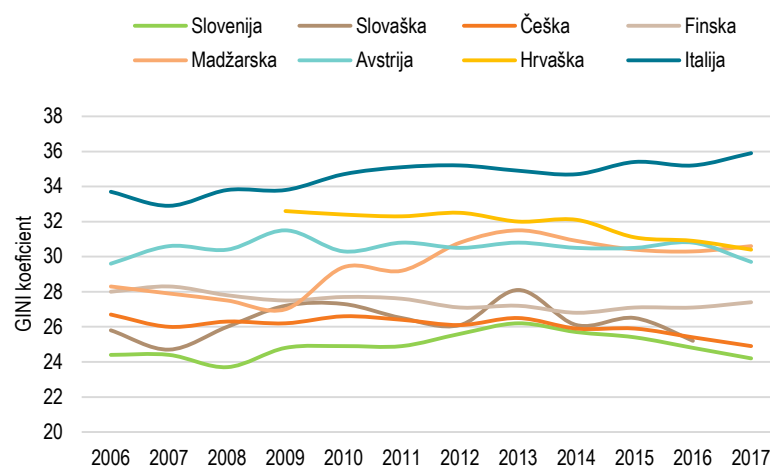
Vpogled v dejavnike in odločitve, ki povzročajo neenakosti v zdravju, je pomemben za iskanje rešitev in ukrepanje pri zmanjševanju neenakosti. Po zgledu pristopa v poročilu SZO o stanju enakosti v zdravju v Evropi (18) prikazujemo analizo neenakosti v samoocenjenem zdravju v Sloveniji med skupino prebivalcev z najvišjimi in skupino prebivalcev z najnižjimi dohodki gospodinjstva. Analiza razgrajuje vrzel v zdravju med obema skupinama glede na relativni prispevek petih pomembnih področij življenja. Z dekompozicijsko metodo Oaxaca, uporabljeno v poročilu o stanju enakosti v zdravju v Evropi, smo analizirali odgovore odraslih prebivalcev Slovenije, zbrane v raziskavi Evropska raziskava o kakovosti življenja (195). S to metodo smo prikazali, koliko sistematične razlike na petih pomembnih področjih življenja prispevajo k neenakostim v zdravju. Področja življenja smo enako kot v poročilu o stanju enakosti v zdravju v Evropi prepoznali kot skupine dejavnikov: zdravstveno varstvo, dohodkovna in socialna varnost, bivanje in okolje, družbeni in človeški kapital ter zaposlitev in pogoji dela.



Slika 3.1: Prispevek petih skupin dejavnikov k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji

Razlika v izpostavljenosti dohodkovni negotovosti med bolj in manj premožnima skupinama prebivalcev prispeva največji delež k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji, saj s področjem dohodkovne in socialne varnosti pojasnimo 42 % vrzeli v samoocenjenem zdravju. To je nekoliko manj kot v povprečju držav EU, kjer razlike v dohodkovni in socialni varnosti znotraj držav pojasnijo v povprečju 45 % vrzeli v samoocenjenem zdravju. Prispevek k vrzeli v samoocenjenem zdravju, ki ga predstavljata dohodkovna in socialna varnost, ni razdeljen na podrobnejše dejavnike. V Evropski raziskavi o kakovosti življenja je vpliv dohodkovne negotovosti zajet z odgovori anketirancev na vprašanje, ali imajo v gospodinjstvu težave s finančnim prebijanjem skozi mesec. Anketa ne vključuje drugih vprašanj, s katerimi bi dohodkovno neenakost še dodatno razgradili na podrobnejše dejavnike. Dohodkovna neenakost je pričakovano najpomembnejši generator neenakosti v zdravju v Sloveniji in v povprečju držav EU. Tudi v Sloveniji med opazovanimi življenjskimi pogoji dohodkovna neenakost daleč največ prispeva k vrzeli v samoocenjenem zdravju, kljub temu, da je Slovenija prepoznana po manjši dohodkovni razslojenosti in večji socialni varnosti, ki imata zgodovinske korenine.

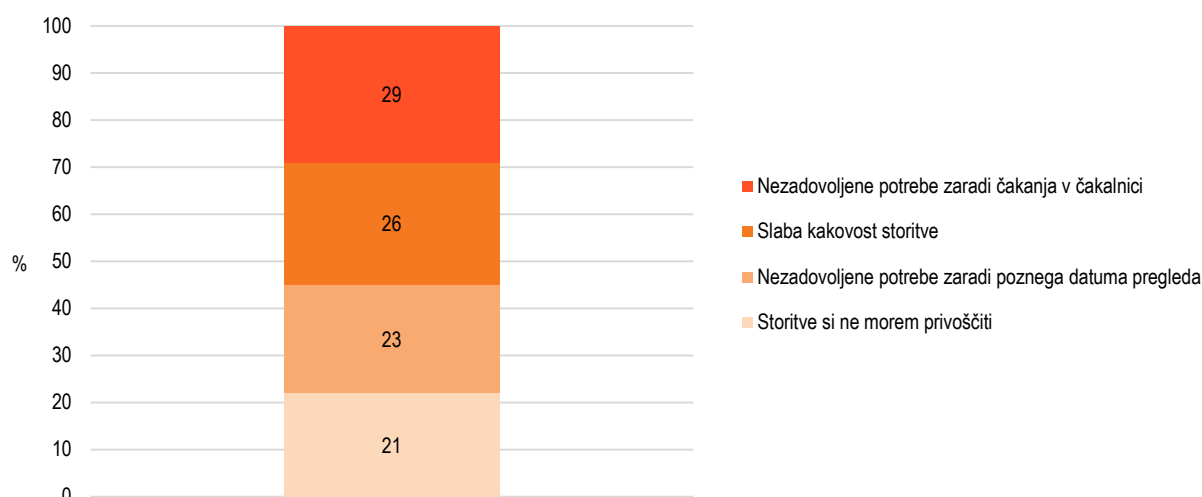




Slika 3.2: Gini koeficient dohodkovne neenakosti za Slovenijo, tri po Gini koeficientu najbolj podobne in sosednje države

Vir: Svetovna banka, World Development Indicators.

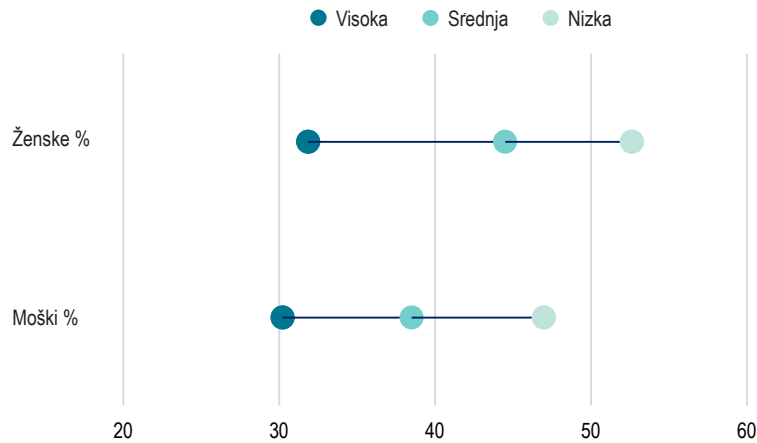
Ginijev koeficient meri neenakost porazdelitve dohodka, vrednost 0 bi pomenila, da imamo vsi enak dohodek. Slovenija ima najnižjo vrednost kazalnika, kar pomeni, da ima največjo enakost porazdelitve dohodka med gospodinjstvi merjeno na nivoju države.



Slika 3.3: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini zdravstveno varstvo k vrzeli v samoocenjenem zdravju

Razlike v kakovosti, razpoložljivosti in dostopnosti zdravstvenih storitev prispevajo 23 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji in tako predstavljajo drugi najpomembnejši sklop dejavnikov prikazanih v sliki 3.1. To predstavlja večji delež vrzeli kot v državah EU skupaj, kjer v povprečju le 8 % vrzeli v samoocenjenem zdravju pripišemo dejavnikom samozaznane neenake obravnave v zdravstvenem varstvu. Kot dejavniki zdravstvenega varstva so upošteevane razlike v odgovorih anketirancev na vprašanja o čakanju na datum pregleda pri splošnem zdravniku in čakanju v čakalnici splošnega zdravnika, samoocenjeni kakovosti nujenih storitev in stroških, povezanih z obiskom zdravnika, ki so v analizi podrobneje razgrajeni. Vsak posamezni dejavniki k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji prispeva zelo podoben delež. Nasprotno je v povprečju držav EU, kjer je sicer manjši prispevek zdravstvenega varstva k vrzeli v samoocenjenem zdravju skoraj v celoti pripisan 92-odstotni razliki v samoocenjeni kakovosti storitev. Prebivalci držav EU iz obeh dohodkovnih skupin v nasprotju s prebivalci Slovenije ne zaznavajo opazne razlike v čakanju na splošnega zdravnika in finančnih obremenitvah, povezanih z obiskom zdravnika, ki bi pojasnjevale vrzel v samoocenjenem zdravju. V rezultatih se odraža zavedanje o dostopnosti vseh prebivalcev Slovenije, ne glede na dohodek, do kakovostnih zdravstvenih storitev. Prebivalci z nižjimi dohodki, kamor se uvršča

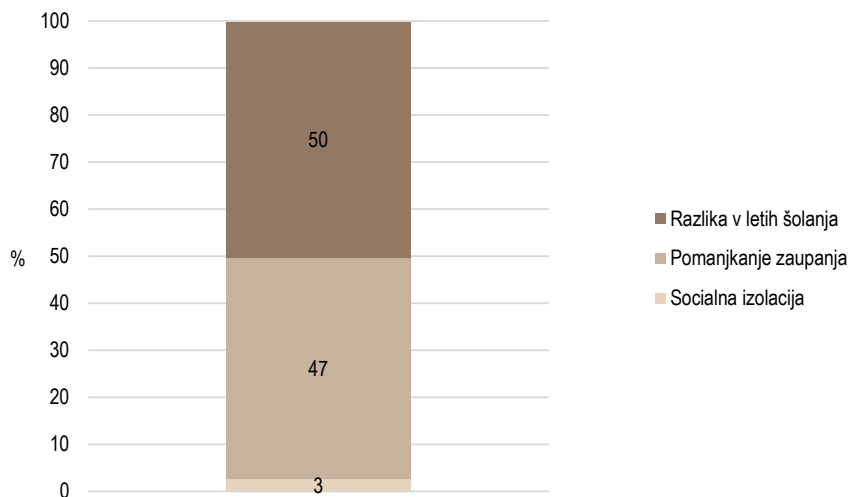
večina upokojencev, pa zaznavajo več čakanja na splošnega zdravnika, kar je morda povezano s tradicionalno pogostimi obiski nekaterih skupin pacientov, ki jih zdravstveni delavci v ambulantah splošnega zdravnika poskušajo odlagati z naročanjem. Uvedba sistema naročanja k splošnemu zdravniku in slabše prilagajanje obiska vnaprej določeni uri bi lahko pri pogostih obiskovalcih s slabšim zdravjem povečali zaznavo dolgega čakanja na datum obiska in dolgega čakanja v čakalnici. Preko odgovorov o čakanju na splošnega zdravnika se razkriva neenakost, ki jo manj premožni občutijo v kontaktu z zdravstvenim sistemom, a se v družbi zaenkrat ne izpostavlja kot pomembna.



Slika 3.4: Delež slabe samoocene kakovosti zdravstvene oskrbe po spolu in izobrazbi v Sloveniji v letu 2016

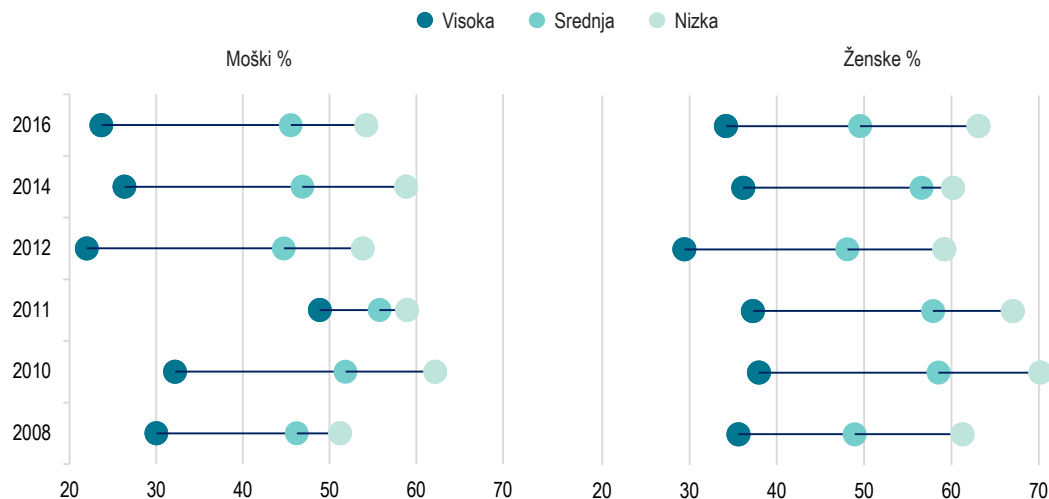
Vir: EQLS. Prikaz: WHO Health Equity dataset.

Nizko izobraženi v primerjavi z bolj izobraženimi v večjem deležu ocenjujejo kakovost zdravstvene storitve kot slabe.



Slika 3.5: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini družbeni in človeški kapital k vrzeli v samoocenjenem zdravju

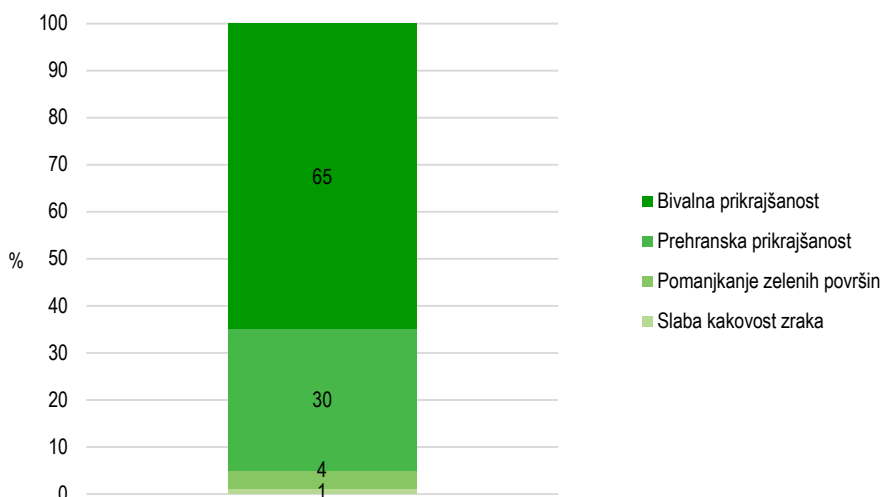
Razlike v družbenem in človeškem kapitalu prispevajo 17 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji (slika 3.1). Dejavniki družbenega in človeškega kapitala vključujejo formalne in neformalne učne izkušnje in interakcije, ki omogočajo ljudem učinkovito sodelovanje v družbenih, ekonomskih in političnih dogajanjih. To je podoben delež kot v povprečju držav EU, kjer dejavniki družbenega in človeškega kapitala prispevajo 16 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju. Upoštevani so samoporočani odgovori o doseženi izobrazbi, pomanjkanju zaupanja v druge in socialni izolaciji. Med dejavniki družbenega in človeškega kapitala sta prispevek razlik v izobrazbi s 50 % in razlik v pomanjkanja zaupanja v druge z 47 % v Sloveniji primerljiva z njunim prispevkom v povprečju držav EU.



Slika 3.6: Delež prebivalcev, ki imajo nizko zaupanje v druge, po izobrazbi in spolu v Sloveniji

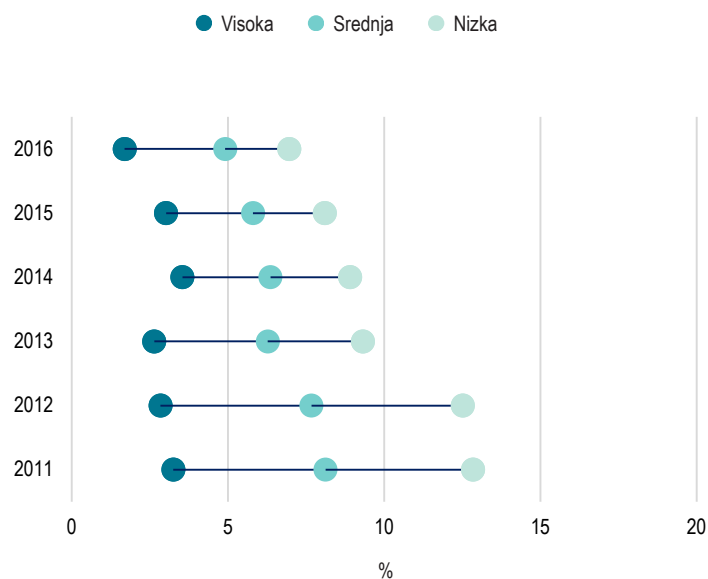
Vir: ESS. Prikaz: WHO Health Equity dataset.

Med nizko izobraženimi je večji delež prebivalcev, ki imajo nizko zaupanje v druge. To predstavlja oviro pri vključevanju v družbeno življenje.



Slika 3.7: Prispavek podrobnejših dejavnikov v skupini bivanja in okolje k vrzeli v samoocenjenem zdravju

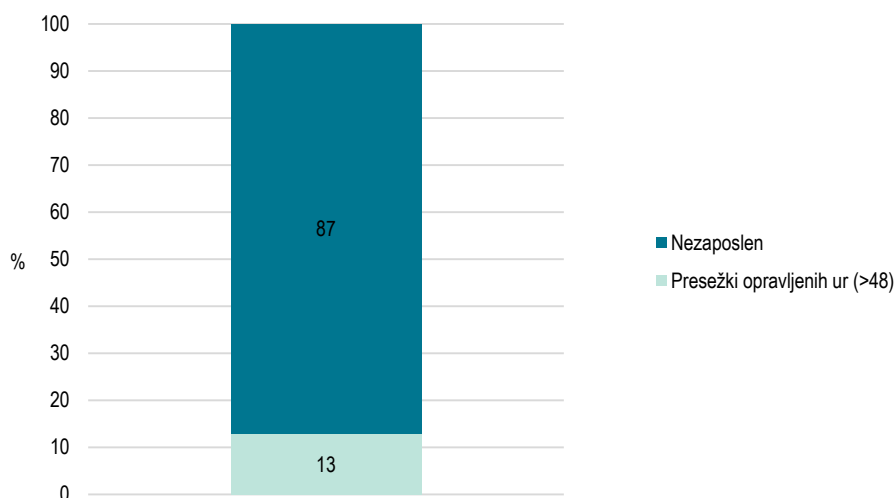
Razlike v dejavnikih bivanja in okolja prispevajo 11 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji (slika 3.1). V povprečju držav EU je ta delež nekoliko višji in predstavlja 21 % vrzeli. V podrobnejši razdelitvi se bivalna prikrajšanost pokaže kot najmočnejše zastopan dejavnik, ki obsega 65 % prispevka dejavnikov bivanja in okolja v Sloveniji, kar je več kot v povprečju držav EU, kjer obsega nekoliko manj kot polovico prispevka. V Sloveniji sledi tako kot v povprečju držav EU prehranska prikrajšanost z manjšim deležem kot v EU. Zelo malo k vrzeli v samoocenjenem zdravju prispevata s 4-odstotnim deležem pomanjkanje zelenih površin in z 1-odstotnim deležem slaba kakovost zraka. Vrstni red vpliva teh treh dejavnikov je v povprečju držav EU enak, pomembnejše kot v Sloveniji so razlike v prehranski prikrajšanosti s 35-odstotnim deležem in pomanjkanje zelenih površin s 14-odstotnim deležem med dejavniki bivanja in okolja. Velika pokritost z gozdovi v Sloveniji se ponuja kot najbolj očitno pojasnilo ugotovitve, da je v skupini bivanje in okolje pomanjkanje zelenih površin manj pomemben dejavnik vrzeli v zdravju kot v povprečju držav EU. Zelene površine, ki prispevajo k zdravju, so v Sloveniji dostopne ne glede na višino dohodkov. Razlike v oceni slabe kakovost zraka v Sloveniji tako kot v povprečju držav EU prispevajo k vrzeli v samoocenjenem zdravju med bolj in manj premožnimi manj kot 2-odstotni delež med dejavniki bivanja in okolja.



Slika 3.8: Huda bivalna prikrajšanost po izobrazbi v Sloveniji

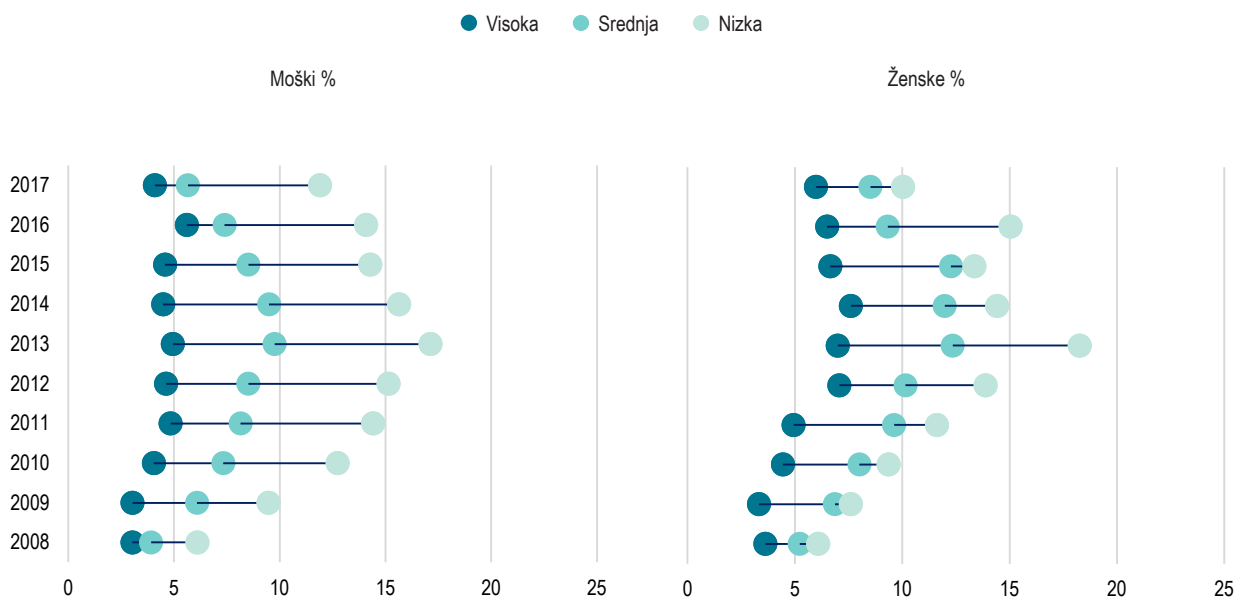
Vir: SILC. Prikaz: WHO Health Equity dataset.

Eden od kazalnikov bivalne prikrajšanosti je huda bivalna prikrajšanost. Ta je opredeljena kot delež populacije, ki živi v prenaseljenih bivališčih, ki imajo poleg tega še vsaj eno od naslednjih pomanjkljivosti: streha bivališča pušča, bivališče ne vključuje notranjega stranišča in kopalnice, bivališče je pretemno. Delež hude bivalne prikrajšanosti v Sloveniji pada, zmanjšuje se tudi vrzel med izobrazbenimi skupinami.



Slika 3.9: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini zaposlenost in pogoji dela k vrzeli v samoocenjenem zdravju

Razlike v zaposlenosti in pogojih dela prispevajo 8 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji (slika 3.1), medtem ko v povprečju držav EU ta delež predstavlja 11 %. Pri podrobnejši razdelitvi na dva dejavnika se pokaže, da prevladujočih 87 % prispeva razlika v nezaposlenosti, medtem ko razlika v presežno opravljenih delovnih urah prispeva 13 % med dejavniki zaposlenosti in pogojev dela v Sloveniji. V povprečju držav EU sta prispevka obeh vključenih dejavnikov enaka kot v Sloveniji.



Slika 3.10: Izobrazbena neenakost v stopnji nezaposlenosti po spolu v Sloveniji

Vir: ILO SURS. Prikaz: WHO Health Equity dataset.

Vrzel v stopni nezaposlenosti po izobrazbi v Sloveniji je povezana z ekonomskimi krizami. Ko je nezaposlenost v celoti nizka, je tudi med nizko izobraženimi malo nezaposlenih, ob poglobljanju ekonomske krize pa nezaposlenost nizko izobraženih narašča bolj kot med bolj izobraženimi.

Ideja dekompozicijske analize je pojasniti razlike v zdravju, ki jih zaznavamo med socialno-ekonomskima skupinama s pomočjo nabora povezanih dejavnikov, ki se med njima sistematično razlikujejo. V našem primeru je pojasnjen prispevek skupin dejavnikov, ki predstavljajo pet osnovnih področij življenja, k razliki v samooceni zdravja med 40 % najbolj premožnih in 40 % najmanj premožnih odraslih prebivalcev Slovenije. To pomaga razumeti multisektorsko pogojenost, ki generira obstoj neenakosti v zdravju med skupinami prebivalcev kljub vzpostavljenemu učinkovitemu zdravstvenemu varstvu, ki ima namen zmanjševati ali odpravljati neenakosti v zdravju in zdravstvenem varstvu. Tudi če je država sposobna zmanjšati neenakosti pri eni skupini dejavnikov, lahko sistematične razlike še vedno ostajajo pri drugih dejavnikih, kar poudarja pomembnost multisektorskega pristopa k odpravljanju neenakosti v zdravju (18).



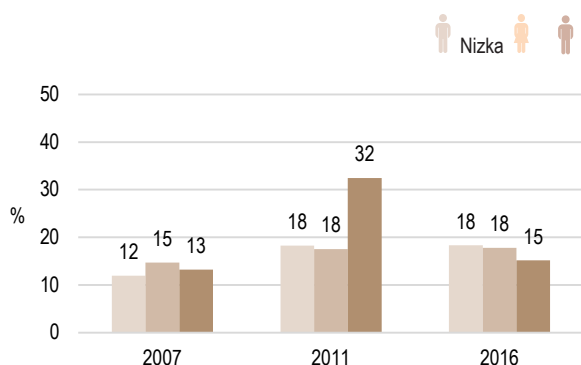
*Onesnaženost okolja je eden od dejavnikov, ki vplivajo na neenakosti v zdravju. Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da predstavlja največje tveganje za zdravje ljudi v Evropski uniji onesnaženost zraka. Izpostavljeni so ji zlasti prebivalci mestnih območij. Vendar ne zadošča le prizadevanje za odpravo neenakosti v zdravju, na katere vplivajo tako onesnaženo okolje kot tudi različna stopnja odpornosti, izobrazbe in odločnosti ljudi. Naš cilj mora biti vsem prebivalcem zagotavljati življenje v zdravem okolju. Ukrepi za izboljšanje okolja so enako pravični do vseh, saj vsem omogočajo manjšo obolevnost, osebni razvoj in skrb za lastno zdravje. Da to dosežemo, je nujno interdisciplinarno sodelovanje različnih deležnikov, kot je bilo uspešno vzpostavljeno v procesu nastajanja te publikacije, zato predstavlja dober temelj za nadaljnja prizadevanja na tem področju.*

*Nataša Sovič, direktorica Urada za stanje okolja, Agencija RS za okolje*

### 3.3 Slaba kakovost zraka kot element neenakosti v zdravju

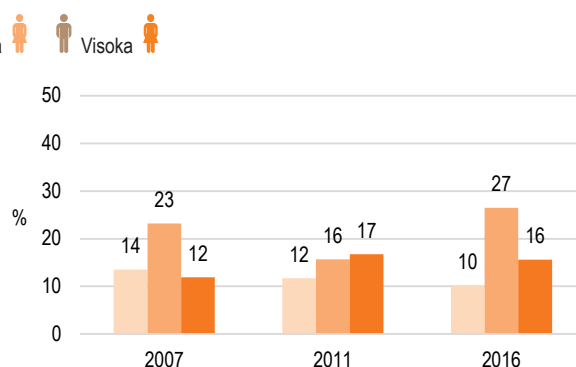
Avtorji: Tanja Carli (NIJZ), Andreja Kukec (UL MF in NIJZ), Janja Turšič (ARSO), Peter Otorepec (NIJZ)

Pri razčlenitvi neenakosti v samoocenjenem zdravju med 40 % manj premožnih in 40 % bolj premožnih prebivalcev Slovenije so dejavniki bivanja in okolja pokrili 14 % vrzeli. Pri podrobnejši razdelitvi dejavnikov bivanja in okolja se je pokazalo, da je prispevek slabe kakovosti zraka k vrzeli v samooceni zdravja med dejavniki bivanja in okolja zelo majhen, in sicer **okoli 1 %**. Čeprav analiza podatkov za kazalnik slaba kakovost zraka ni pokazala jasne vrzeli po izobrazbi, podatki kažejo, da se **zaznavanje kakovosti zraka** v skupinah različno izobraženih lahko **zelo spreminja** (sliki 3.11 in 3.12).



Slika 3.11: Delež zaznavanja slabe kakovosti zunanjega zraka pri moških po izobrazbi v treh obdobjih

Vir: EQLS



Slika 3.12: Delež zaznavanja slabe kakovosti zunanjega zraka pri ženskah po izobrazbi v treh obdobjih

Vir: EQLS

Po nam dostopnih podatkih raziskav o **neenakosti v zdravju** in **kakovosti zunanjega zraka** v slovenskem prostoru ni. Slaba kakovost zraka je v urbanih in deloma tudi ruralnih območjih dokaj enakomerno porazdeljena. Območja, kjer živijo prebivalci različnih socialno-ekonomskih statusov, so skoraj enako prizadeta, do razlik prihaja le zaradi bližine zelo prometno obremenjenih cest in industrijskih objektov, v bližini katerih živi več ljudi s slabšim socialno-ekonomskim položajem. Na podlagi rezultatov **sistematičnega pregleda literature** (uporabljen je bil PRIZMA diagram poteka) pa ugotavljamo, da obstajajo **dokazi** o povezanosti med socialno-ekonomskim položajem in izpostavljenostjo slabši kakovosti zunanjega zraka (višje koncentracije delcev (angl. particulate matter, PM)  $PM_{2,5}$  in  $PM_{10}$  ter dušikovih oksidov ( $NO_2$  in  $NO_x$ )) (196). Pokazalo se je, da so prebivalci iz **vzhodnoevropskih regij** (vključno s Poljsko, Slovaško, Madžarsko, Romunijo in Bolgarijo) in regij v **južni Evropi** (vključno s Španijo, Portugalsko, Italijo in Grčijo), ki imajo nižje dohodke in nižjo stopnjo izobrazbe, stopnja brezposelnosti pa je višja od evropskega povprečja, bolj izpostavljeni onesnaževalom zunanjega zraka, vključno z delci PM in prizemnim ozonom ( $O_3$ ) (197). V primeru  $O_3$  se je treba zavedati, da so koncentracije predvsem posledica lege držav. Države ob Sredozemskem morju imajo zaradi višjih temperatur in bolj intenzivnega sončnega obsevanja večjo onesnaženost z  $O_3$  kot države severnega dela Evrope in države, ki ležijo ob Atlantskem oceanu.

V Sloveniji je onesnaženost zunanjega zraka zaradi čezmernih ravni delcev  $PM_{10}$  in prizemnega  $O_3$  **pomemben javnozdravstveni problem**. Povišane ravni delcev PM so posledica lokalnih virov in meteoroloških značilnosti, pri prizemnem  $O_3$  kot sekundarnem onesnaževalu pa se kažejo regionalne značilnosti z vplivom čezmejnega transporta. Z vidika velikosti delcev imajo **verjetno največji učinek na zdravje ljudi delci  $PM_{2,5}$** , zlasti pri občutljivih posameznikih, ki so izpostavljeni visokim koncentracijam delcev  $PM_{2,5}$ . Tveganje je največje za ljudi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (predvsem boleznimi dihal, srca in ožilja), šibko socialno podporo in omejenim dostopom do zdravstvene oskrbe (198).

Prav tako je pri nas slabo raziskano področje povezanosti med **zaznavanjem kakovosti zunanjega zraka** in objektivnimi meritvami (**monitoringom**) kakovosti zraka na območju proučevanja. Rezultate iz naše analize si razlagamo na dva načina: 1) z razmerami v **okolju** in 2) s pozornostjo, ki jo na različne načine tej temi posvečajo **mediji**.

### 3.3.1 Razmere v okolju

Po podatkih ARSO so zadnja leta izmerjene zelo podobne ravni delcev  $PM_{10}$ , k medletnim nihanjem delcem  $PM_{10}$  pa prispevajo predvsem različne meteorološke razmere v posameznem letu (199). Od leta 2005 je opazen **trend upadanja** zmanjševanja ravni delcev  $PM_{10}$ , predvsem na urbanih lokacijah, vsled zmanjševanja izpustov iz industrijskih virov. V nasprotju z delci  $PM_{10}$  povprečne letne ravni  $O_3$  ne kažejo opaznih trendov v zadnjih letih, k medletnim razlikam pa prispevajo predvsem vremenske razmere, zlasti poleti, saj so takrat pogoji za nastanek  $O_3$  ugodnejši. Kot je pokazala analiza naših rezultatov, delež zaznavanja kakovosti zunanjega zraka **ne sledi** trendu delcev  $PM_{10}$ . Percepcija okolja, problemov onesnaževanja ali pokrajinskih sprememb se namreč **praviloma** vedno razlikuje od dejanskega stanja, saj je zaznavanje okolja, predvsem onesnaženega, odvisno od stopnje pripravljenosti in sposobnosti zaznavanja posameznika. Preko zaznav se oblikujejo reakcije in odločitve prebivalstva, oboje pa je odvisno od t. i. filtrov. Dejavniki, ki vplivajo na različno dožemanje in razumevanje okolja, so t. i. socialnogeografski filtri (npr. starostna sestava prebivalstva; **izobrazbena** in **poklicna sestava** prebivalstva; stopnja navezanosti in odvisnosti od narave; kulturno, versko, nacionalno poreklo; osebni motivi, čustva, politična usmerjenost), medtem ko na intenzivnost in obseg reakcij vplivajo ekonomski, družbeni in politični filtri (200). Kot so pokazale slovenske raziskave, v katerih so proučevali povezanost med zaznavanjem kakovosti zunanjega zraka in objektivnimi meritvami (monitoringom) kakovosti zraka na proučevanjem območju, izobrazba vpliva na večjo pripravljenost sodelovanja: ugotavljajo primerjalno bistveno nižji delež prebivalcev z osnovnošolsko izobrazbo in bistveno višji delež prebivalcev z najvišjimi stopnjami izobrazbe (visoko- in višješolsko izobraženi) (201).

### 3.3.2 Medijska izpostavljenost problematike onesnaženosti zraka

Kot navajajo v eni od redkih slovenskih raziskav, kjer so sicer raziskovali vlogo socialnih dejavnikov pri razvoju okoljske ozaveščenosti in oblikovanju okolju prijaznega vedenja, je bila leta **2010** medijsko precej podprta grožnja po zapiranju oz. taksaciji mestnega središča Ljubljane vsled onesnaževanja zraka zaradi prometa, medtem ko je v letu **2013** Slovenija prejela nov opomin Evropske komisije zaradi nedovoljenega visokega števila prekoračitev dnevne mejne vrednosti delcev  $PM_{10}$  (201). V eni od slovenskih raziskav so ugotovili, da bi subjektivni oceni o slabi kakovosti zraka lahko botrovalo tudi povezovanje onesnaženega zraka z naraščajočimi izpusti toplogrednih plinov, čeprav ti večinoma ne vplivajo na lokalno kakovost zraka (202).

### 3.3.3 Zaključek

Za oblikovanje z dokazi podprtih zaključkov glede zaznavanja slabe kakovosti zraka in povezav z neenakostmi v zdravju so potrebne dodatne raziskave, ki bodo vključevale reprezentativne vzorce populacije na nacionalni ravni.





*Proces priprave in sama publikacija Neenakosti v zdravju razkrivata dve pomembni dejstvi, na katerih lahko temelji tako naše nadaljnje sektorsko delo kot tudi medsektorsko povezovanje.*

*Prvo dejstvo se nanaša na samo publikacijo, ki skozi širok nabor baz, podatkov in raznolikih metodoloških pristopov potrjuje že znane in razkriva nove poglede na neenakosti v zdravju. Gre za pomembno podatkovno podlago, ki jo je vredno uporabiti ob prevetritvah izobraževalnih politik. Čeprav morda področje izobraževanja samo po sebi v publikaciji ni posebej zastopano, pa srečamo njegove elemente povsod, kjer se dotaknemo ranljivih skupin otrok in mladostnikov. Ravno čas epidemije SARS-CoV-2 je še dodatno razkril in odkril ranljivosti, ki jih šolski prostor, predvsem šolska svetovalna služba, v običajnih razmerah zaznava, pogosto tudi rešuje. V času zaprtja šol pa je šolsko okolje kot preventivni dejavnik za duševno zdravje in dobro počutje ostal za večino otrok nedostopen.*

*Drugo dejstvo, ki ga želimo izpostaviti, pa je sodelovanje različnih sektorjev pri pripravi publikacije. Večina resorjev, ministrstev ima na svojem področju vzpostavljenih vsaj nekaj strokovnih inštitucij, ki analitično, metodološko in razvojno podpirajo resorne politike. Združevanje teh kapacitet, sodelovanje različnih strokovnjakov in povezovanje podatkov pa lahko vodijo v inovativne načine povezovanja in implementiranja državnih politik. Neenakost v zdravju namreč ni stvar le zdravstvene politike, nanjo vplivajo številni faktorji. Ne vpliva le na zdravstveno politiko, temveč se zajeda v vse pore družbe. Morda pa v prihodnje izkušnja tega sodelovanja obrodi sadove tudi pri pripravi drugih politik, ki niso in ne bi smele ostati strogo sektorske.*

*Aleš Ojsteršek, vodja sektorja za kakovost izobraževanja, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport*

## 3.4 »Dolgi teksti niso več v modi!« – Aplikativno raziskovanje blaginje otrok

Avtor: Urban Boljka (IRSSV)

Prispevek obravnava eno od temeljnih vprašanj sodobne znanosti in družboslovja, in sicer, kako njune ugotovitve uporabiti pri oblikovanju javnih politik (v našem primeru na področju blaginje otrok).

Teoretično naj bi bilo na dokazih temelječe oblikovanje javnih politik neproblematično. Na enem bregu so raziskovalci/-ke, ki naj bi s svojimi raziskavami predložili/-e rezultate, ki naj bi jih oblikovalci/-ke javnih politik na drugem bregu uporabili/-e pri svojem delu. Gre torej za menjavo znanja za vire financiranja. Proces se zdi enostaven in racionalen. Praksa kaže vse prej kot to. Raziskovalci/-ke so nemalokrat nezadovoljni/-e z ravno in načinom, na kateri so njihovi rezultati uporabljeni, oblikovalci/-ke javnih politik pa z (ne) uporabnostjo rezultatov. Vzrok za to lahko najdemo v različnosti ciljev dela teh dveh skupin, uporabe jezika in razumevanja rezultatov raziskav, predvsem pa v tem, da prve vodi znanstvena radovednost, druge pa poleg imperativa oblikovanja javnih politik, ki še zdaleč ni politično nevtralen proces, tudi navadno tesen časovni okvir. Ko sem leta 2008 napisal prvo raziskovalno poročilo, ki naj bi Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti omogočilo lažje in učinkovitejše spremljanje uresničevanja Konvencije o otrokovih pravicah, k temu je Slovenija kot njena podpisnica tudi zavezana, je bil prvi odziv naročnika namenjen dolžini in ne vsebini poročila. »Ali vi ne veste, da dolgi teksti niso več v modi!« sem bil na pol hudomušno, na pol resno opozorjen.

Iluzorno bi bilo pričakovati, da bodo oblikovalci javnih politik razumeli akademsko obsedenost z raziskovalnimi metodami, pazljivost pri interpretaciji rezultatov raziskav in njihovo postavitev v širši družbeni kontekst, predvsem pa zadržanost pri neposrednem prevodu »naših« rezultatov v »njihove« javne politike. Pa vendar, če smo doma na področju uporabne znanosti in je naša naloga priprava podlag za oblikovanje različnih javnih politik, ki naj temeljijo na dokazih, je treba raziskovalne rezultate, če želimo, da bodo uporabljeni, oblikovati na primeren način. To seveda ne pomeni, da se odrečemo principom znanstvenega spoznanja, ampak predvsem, da skušamo prepad med raziskovalci/-kami in oblikovalci/-kami javnih politik čim bolj zmanjšati.

### 3.4.1 Merjenje blaginje otrok

Z vsemi temi vprašanji smo soočeni, tudi ko želimo oceniti blaginjo otrok v Sloveniji. Kako meriti kompleksne družbene fenomene (v našem primeru blaginjo otrok) in kako oblikovati ter posredovati naše rezultate, da bodo ti imeli kar največje javnopolitične učinke? Eden od pristopov, ki naslavlja zgoraj opisani prepad in odgovarja na ti vprašanji, je oblikovanje t. i. sestavljenih kazalnikov oz. indeksov. Prednost tega pristopa je, da omogoča podatkovno zgoščeno, konceptualno in teoretsko utemeljeno ter kontinuirano spremljanje blaginje otrok in področij, ki jo sestavljajo. Indeks prikazuje blaginjo otrok z eno samo vrednostjo (na lestvici 1–100), kar v največji možni meri olajša oceno, omogoča časovno in mednarodno primerjavo, ponuja učinkovitejšo identifikacijo problemov na posameznih družbenih področjih, pomembnih za otroke, in posledično lažje in ustreznejše oblikovanje javnih politik. Na ta način povečuje pritisk na politične odločevalce/-ke in oblikovalce/-ke javnih politik ter njihovo odgovornost za oblikovanje in implementacijo ukrepov, programov in strategij za izboljšanje življenja otrok (več o vsebinskih izzivih, metodah in uporabnosti indeksov je dostopno v naši publikaciji (203).

Navdahnjeni z uvodnimi razmisleki smo se v zadnjih letih lotili oblikovanja dveh indeksov blaginje otrok, ki sta nastala s finančno podporo Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in sta postala del rednih nalog IRSSV. Prvi, poimenovali smo ga IBO (prvotno je nastal na iniciativo in s finančno podporo Slovenske fundacije za UNICEF), omogoča primerjavo blaginje otrok v Sloveniji s tisto v drugih evropskih državah (204). IBO je najvišji na Norveškem (IBO = 84,2), kar pomeni, da norveški otroci v primerjavi z otroki iz drugih evropskih držav (27) živijo najbolje. Slovenija se skupaj s Švedsko uvršča na 6. mesto, pred njima so še preostale nordijske države ter Nizozemska. V prvo tretjino držav z najboljšim rezultatom IBO se poleg že omenjenih držav uvrščata še Avstrija in Irska. Najnižjo vrednost indeksa ima Romunija (IBO = 35,5), tam otroci v primerjavi z vrstniki iz drugih evropskih držav živijo najslabše. Po posameznih področjih indeksa so praviloma najvišje uvrščene nordijske države: Finska na področju materialne blaginje (prvo mesto si deli

z Dansko), na področju zdravja in varnosti ter izobraževanja, Islandija na področjih vedenja in tveganja ter družinskih in vrstniških odnosov, Norveška na področju nastanitve in okolja ter Nizozemska na področju subjektivne ocene blaginje. Mednarodna primerjava pokaže, da je Slovenija najvišjo uvrstitev na področnih indeksih dosegla na področju družinskih in vrstniških odnosov ter izobraževanja (6. mesto), najslabše na področjih nastanitve in okolja (leta 2010 je zasedla 12. mesto) ter vedenja in tveganja (17. mesto).

Ker pa ne moremo mimo dejstva, da takšne mednarodne primerjave temeljijo na povprečnih nacionalnih vrednostih kazalnikov, ki indeks sestavljajo, in kjer lahko ostajajo pomembni odkloni od povprečja skriti, smo pozneje oblikovali še regijski indeks blaginje otrok (RIBO), ki meri blaginjo otrok v slovenskih statističnih regijah (205). Blaginja otrok v Sloveniji po zadnjih dostopnih podatkih (leto 2018), merjena z RIBO, je najvišja na goriškem (RIBO = 66,56), sledita osrednjeslovenska (RIBO = 63,17) in gorenjska (RIBO = 61,93), ki zaključujeta prvo četrtino najboljše uvrščenih statističnih regij. Najnižjo vrednost indeksa ima zasavska statistična regija (RIBO = 40,91), tam otroci v primerjavi z vrstniki iz drugih regij živijo najslabše. V spodnjo četrtino regij se uvrščata še obalno-kraška (RIBO = 42,56) in koroška regija (RIBO = 44,30). Pod slovenskim povprečjem se nahajajo še pomurska (RIBO = 44,84), posavska (RIBO=45,22) in primorsko-notranjska (RIBO = 45,77), jugovzhodna Slovenija (RIBO = 47,02) in savinjska (RIBO = 49,34), nad povprečjem pa podravska regija (RIBO = 50,98). Analiza RIBO po posameznih področjih indeksa pokaže, da so področne 'zmagovalke' večinoma tiste iz zgornje četrtine najboljše uvrščenih regij.

### **3.4.2 Zmanjševanje prepada med raziskovalci/-kami in oblikovalci/-kami javnih politik**

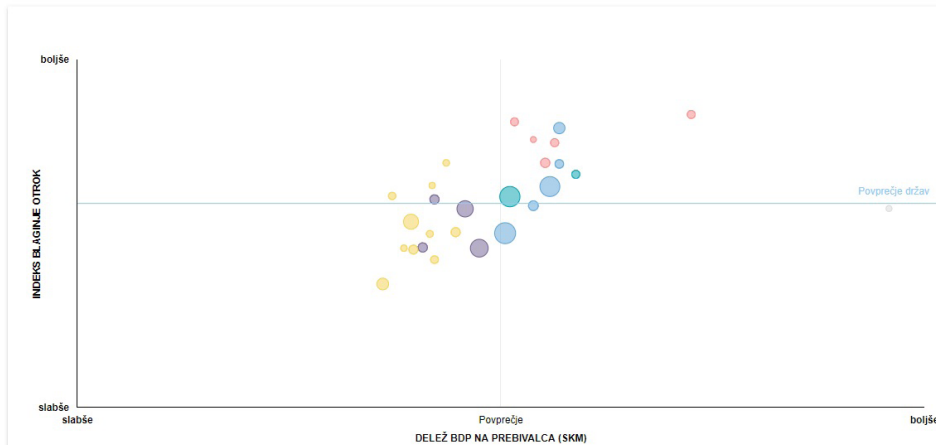
Kako lahko oblikovalcem javnih politik omogočimo, da si nadene »raziskovalna očala« in se postavi v vlogo raziskovalca ter naredi korak naprej od preprostega rangiranja držav oz. statističnih regij in blaginje otrok v njih k interpretaciji rezultatov? Prvič, rezultate indeksov smo podatkovno upodobili in opremili z različnimi uporabniku prijaznimi funkcionalnostmi na posebej v ta namen oblikovanih spletnih straneh. Drugič, vsebinsko smo zasnovi obeh indeksov utemeljili na vzpostavitvi jasne ločnice med t. i. izidi blaginje otrok ter družbenim, ekonomskim in javnopolitičnim kontekstom, v katerem ti izidi nastanejo (npr. povprečni razpoložljivi dohodek, Ginijev koeficient, BDP, indeks človekovega razvoja itd.). Prav zato lahko preverjamo, od katerih širših socialno-ekonomskih dejavnikov so 'odvisni' izidi blaginje otrok oz. rezultati indeksov.

Na ta način omogočimo možnost za analizo povezanosti med blaginjskimi izidi ter družbenim, ekonomskim in javnopolitičnim kontekstom, v katerem ti izidi nastajajo, in s tem povečali uporabnost rezultatov. Navadno so rezultati indeksov podatkovno upodobljeni le s preprostimi histogrami, države (ali pa v našem primeru statistične regije) so razvrščene od najboljših do najslabših. Z uporabo eno od funkcionalnosti naših spletnih strani oblikovalci javnih politik hote ali nehote zavzamejo bolj analitično držo, saj je usmerjen k iskanju kontekstualnih kazalnikov, ki so pozitivno povezani z blaginjskimi izidi. To naj bi ga v idealnem primeru navedlo k razmisleku o oblikovanju javnih politik, ki naj bi izboljšale te kontekstualne kazalnike. Podatkovna upodobitev, ki jo v ta namen uporabljamo na obeh spletnih straneh, je razsevni grafikon<sup>13</sup> (206).

<sup>13</sup> V primeru spletne strani IBO ta omogoča tudi razvrščanje držav v skupine (označene z barvami) po značilnostih: npr. tip državne blaginje, tip družinske politike, ki ji pripada, čas pridružitve EU ipd., kar uporabnika zopet navaja k analizi razlik in podobnosti blaginjskih izidov glede na širši javnopolitični in institucionalni okvir.

## INDEKS V KONTEKSTU

Rezultati indeksa so odvisni od različnih dejavnikov. Odnos med indeksom otrokove blaginje (os y) in spremenljivkami konteksta (os x) je prikazan z razsevnim grafikonom. Kadar je povezanost pozitivna, si na grafikonu lahko predstavljamo črto, ki se vzpenja oz. narašča. Države, ki se uvrščajo v zgornji desni kvadrant, dosegajo najboljše rezultate. Velikost kroga ponazarja število otrok v določeni državi.



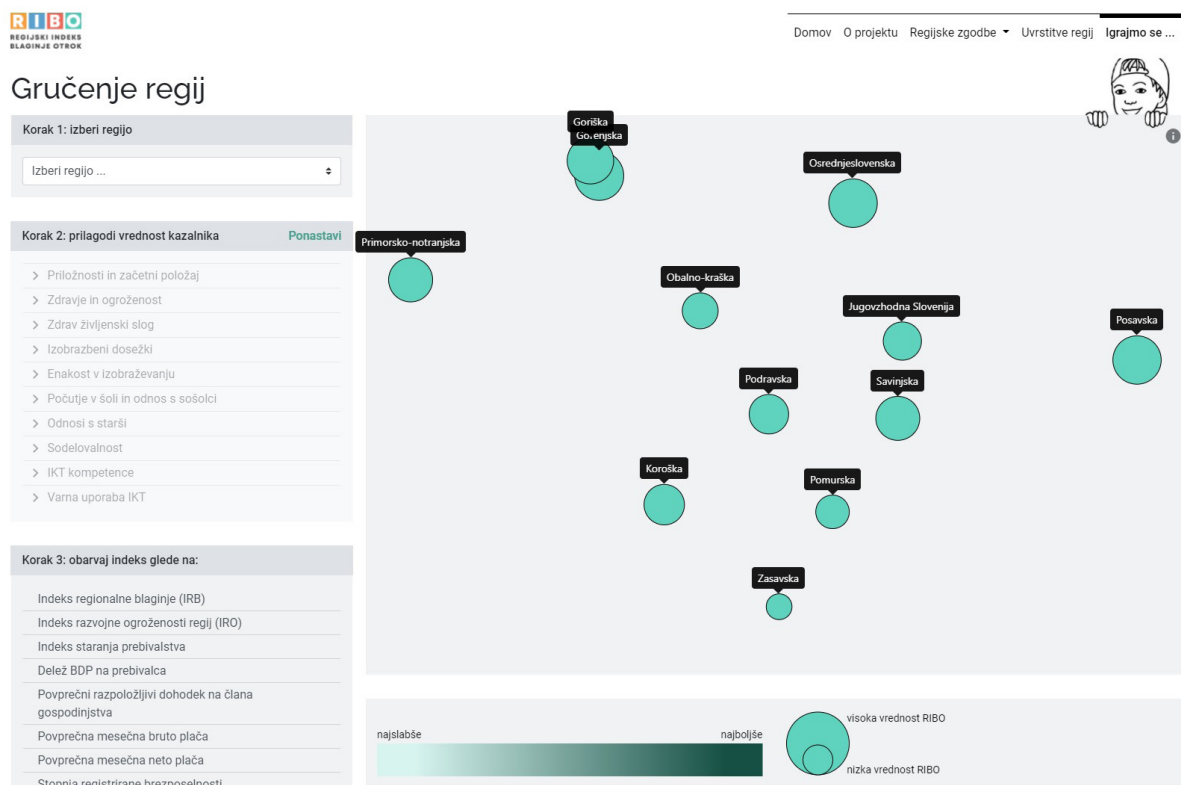
Slika 3.13: Primer prikaza IBO v kontekstu – povezanost med IBO in deležem BDP na prebivalca (v SKM), podatki 2014

Kako uporabljamo razsevni grafikon? Na osi x lahko izberemo 21 kontekstualnih kazalnikov, na osi y pa 39 kazalnikov IBO. Povprečne vrednosti na oseh x in y razmejujejo štiri kvadrate, s katerimi si lahko pri analizi razsevnega grafikona pomagamo. Države (oz. statistične regije), ki se uvrščajo v zgornji desni kvadrant, tako npr. dosegajo najboljše rezultate, države (oz. statistične regije), ki se uvrščajo v spodnji levi kvadrant, pa najslabše rezultate na obeh oseh. To, da imajo države (oz. statistične regije), ki se nahajajo v zgornjem desnem kvadrantu, vedno najbolj želene vrednosti na obeh oseh razsevnega grafikona, smo dosegli tako, da smo vrednosti nekaterih kazalnikov obrnili, tako da visoka vrednost kazalnika vedno pomeni pozitivno smer merjenja oz. bolj želeno stanje.

Poglejmo na kratko rezultate uvrščanja držav v kvadrate razsevnega grafikona (na primeru IBO). Največkrat se v t. i. nadpovprečni kvadrant uvrsti Norveška (100-odstotna uvrstitev v ta kvadrant, tj. pri vseh kazalnikih), sledijo ji Finska (92,9-odstotna uvrstitev), Danska (92,9 %), Švedska (81,3 %), Nizozemska (75,0 %), Islandija (69,6 %). Slovenija se glede na pogostost uvrstitev v kvadrate nadpovprečnih vrednosti nahaja na 12. mestu med vsemi analiziranimi državami, v ta kvadrant se uvrsti v 31,3 % primerih. Pred njo so še Avstrija (64,3 %), Irska (57,1 %), Belgija (53,6 %), Nemčija (49,1 %) in Združeno kraljestvo (44,6 %). Ne glede na 'le' 31,3-odstotno pojavljanje v kvadrantih nadpovprečnih vrednosti se Slovenija uvršča na visoko 6. mesto glede na vrednosti IBO. Iz tega bi lahko sklepali, da Slovenija iz relativno povprečnih, mestoma tudi podpovprečnih kontekstualnih vrednosti širših družbeno-ekonomskih kazalnikov, 'iztrži' relativno nadpovprečno uvrstitev po vrednosti IBO.

Poleg možnosti preverjanja povezanosti med blaginjskimi izidi in kontekstualnimi kazalniki smo želeli oblikovalcem/-kam javnih politik omogočiti tudi preverbo potencialnih učinkov njegovih/njenih odločitev. Kaj bi se torej zgodilo, če bi mu/ji uspelo oblikovati javne politike, ki bi izboljšale rezultate nekaterih blaginjskih izidov pri otrocih? V primeru regijskega indeksa (RIBO) se npr. sprašujemo, ali bi slovenska statistična regija z učinkovitejšimi ukrepi postala del skupine regij z najboljšimi blaginjskimi izidi otrok. Vrednosti katerih kazalnikov blaginje otrok v določeni statistični regiji bi morali npr. izboljšati (in kako močno), da bi se to uresničilo? Na ta vprašanja lahko odgovarjamo tudi z metodami strojnega učenja. Najprej smo vseh dvanajst slovenskih statističnih regij razvrstili glede na njihove obstoječe blaginjske izide otrok v različne skupine.

Oblikovali smo projekcijo vrednosti vseh kazalnikov vseh regij v dvodimenzionalni koordinatni sistem na podlagi algoritma t-SNE. Slednji vrednosti indeksa najprej naključno razporedi v nižje dimenzionalni prostor, nato pa iterativno povečuje ali zmanjšuje razdalje med regijami glede na evklidske razdalje med vrednostmi kazalnikov.



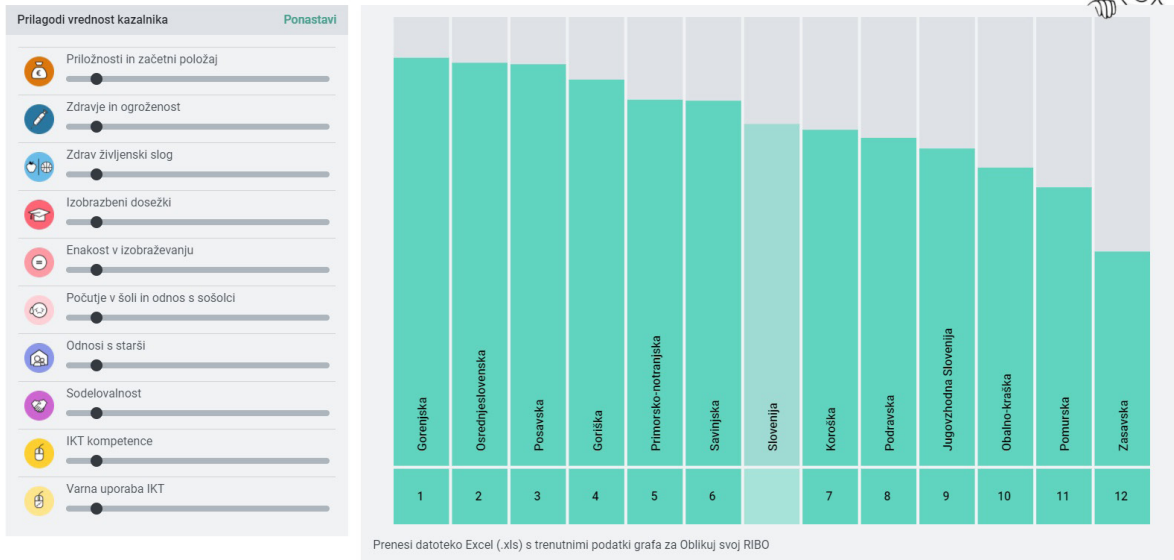
Slika 3.14: Gručenje slovenskih statističnih regij glede na vrednosti 40 kazalnikov RIBO

Taka podatkovna upodobitev omogoča identifikacijo razlik (te so grafično ponazorjene z večjimi razdaljami med statističnimi regijami) in podobnosti (manjše razdalje) med regijami in manipulacijo vrednosti kazalnikov ter vnovično preračunavanje projekcij razdalj (207). Na ta način je možno preigravati hipotetične scenarije, kjer podatkovna upodobitev pokaže, katerim regijam je regija, ki smo ji izboljšali ali poslabšali rezultate izbranih vrednosti kazalnikov, v hipotetičnem scenariju bolj podobna. Rezultati takšnega preigravanja hipotetičnih situacij omogočajo snovalcem/-kam javnih politik bolj argumentirano vpeljavo regijsko specifičnih ukrepov javnih politik na točno določenih področjih blaginje otrok.

Še ena podatkovna upodobitev, ki temelji na preigravanju hipotetičnih scenarijev, je oblikovanje lastnega regijskega indeksa otrok oz. uteževanje področij RIBO glede na preference uporabnika/-ice (208). Omogoča torej nove razvrstitve regij glede na pomembnost, ki jo pripisujeta določenemu področju. Na ta način razrešujemo nekatere dileme, ki jih prinaša odločitev za enakovrednost desetih področij blaginje, ki sestavljajo RIBO.

## Oblikuj svoj RIBO

Vsa področja našega RIBO so enakovredna. Vsako od njih v skupen rezultat RIBO prispeva 1/10. Če se ti zdi, da je katero od njih bolj pomembno in bi moralo v skupen rezultat RIBO prispevati pomembnejši delež, si ustvari lasten RIBO. Premakni drsnik(e) in opazuj, kaj se zgodi. Se rezultati spremenijo?



Slika 3.15: Na novo oblikovan RIBO z uteženima področjema blaginje in nove razvrstitve slovenskih statističnih regij

### 3.4.3 Za konec

Merjenje kompleksnih družbenih fenomenov z oblikovanjem sestavljenih kazalnikov je lahko pomembno orodje v informiranem oblikovanju javnih politik. Zavedati se je treba, da takšne »bližnjice« ne morejo popolnoma nadomestiti poglobljenih analiz položaja otrok, saj gre pri oblikovanju indeksov vedno za približek oz. oceno, ki je omejena s prenekaterimi dejavniki (dostopnost podatkov, uteževanje področij indeksa, reprezentativnost podatkov itd.). Oba oblikovana indeksa, RIBO in IBO (prav tako tudi njune podatkovne upodobitve in funkcionalnosti spletnih strani), tako razumemo kot dopolnitev že obstoječih spoznanj o blaginji otrok, ki pa ne smejo v celoti nadomestiti drugih načinov ocenjevanja položaja otrok. Četudi takšni pristopi zmanjšujejo prepad med raziskovalci/-kami in oblikovalci/-kami javnih politik, mora biti njihova uporaba opremljena s pripisom »uporabljati s previdnostjo, treba je brati tudi dolge tekste«.

## 3.5 Alkohol v Sloveniji: kako velik je problem, kje smo uspešni in kje so še priložnosti?

*Avtorice: Sandra Radoš Krnel, Maja Roškar, Marjetka Hovnik Keršmanc, Metka Zaletel, Breda Lukavečki Družovec, Karin Mlakar, Olivera Stanojević Jerković, Tadeja Hočevar (vse NIJZ)*

Posledice pitja alkohola so vedno bolj prepoznani dejavniki neenakosti v zdravju. Več raziskav in poročil posameznih držav kaže, da imajo osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem več posledic rabe alkohola, čeprav popijejo enake ali manjše količine alkohola kot osebe z višjim socialno-ekonomskim položajem. Zato je pomembno, da so v politike in programe, usmerjene v **zmanjševanje neenakosti** na področju zdravja in spodbujanje trajnostnega razvoja, **vkjučene tudi aktivnosti alkoholne politike** (25, 144).

### 3.5.1 Alkoholna problematika: kako velik je problem?

#### Poraba alkohola

Registrirana poraba alkohola je v letu 2019 v Sloveniji znašala 11,05 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega 15 in več let, in se je v primerjavi z letom prej zvišala za več kot en liter. Slovenija je po porabi čistega alkohola vseskozi **nad povprečjem Evropske regije SZO**, ki je svetovna regija, v kateri se popije največ alkohola (209, 210).

#### Smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov ter kroničnih boleznijeter in jetrne ciroze

Zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je v Sloveniji v letu 2019 umrlo 1.077 oseb; **vsak dan so v povprečju umrle 3 osebe** (211). V obdobju 2017–2019 je bila stopnja umrljivosti pri moških zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov 4,6-krat višja kot pri ženskah. Najvišja stopnja umrljivosti je bila pri moških v starostni skupini 65–69 let, pri ženskah pa v starostni skupini 75–79 let. Tako pri moških kot ženskah je **umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov višja pri nižje izobraženih**, pri čemer so neenakosti nekoliko manj izrazite pri ženskah. V obdobju 2013–2018 je v Sloveniji zaradi kroničnih boleznijeter in jetrne ciroze skupaj umrlo 2.626 oseb, od tega 74,40 % moških. **Smrti zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze so tako predstavljale 2,21 % vseh smrti** (pri moških 3,34 % in pri ženskah 1,11 %) (212). Umrljivost zaradi izbranih z alkoholom povezanih vzrokov smrti je v Sloveniji v obdobju 2008–2017 presegala povprečje EU (211).

#### Alkohol in odrasli

**47,3 % prebivalcev Slovenije**, starih 15–64 let, je v zadnjih 12 mesecih **pilo alkoholne pijače na visoko tvegan način**, kar pomeni, da so pili čez mejo manj tveganega pitja in/ali so se vsaj enkrat v zadnjih 12 mesecih opili. Na tak način je pilo 1,5-krat **več moških** kot žensk. Samo med tistimi, ki pijejo alkoholne pijače, pa je bilo visoko tveganih pivcev skoraj 60 %. Med njimi je bilo več moških kot žensk, **več mlajših** kot starejših, **največ najmanj izobraženih** ter več šolajočih se kot delovno aktivnih in upokojenih. **Vzhodne slovenske regije** so v primerjavi z zahodnimi bolj obremenjene (imajo višje deleže tistih, ki so se opili, tistih, ki običajno presegajo meje manj tveganega pitja in posledično tudi tistih, ki pijejo visoko tvegano) (213).

#### Alkohol, otroci in mladostniki

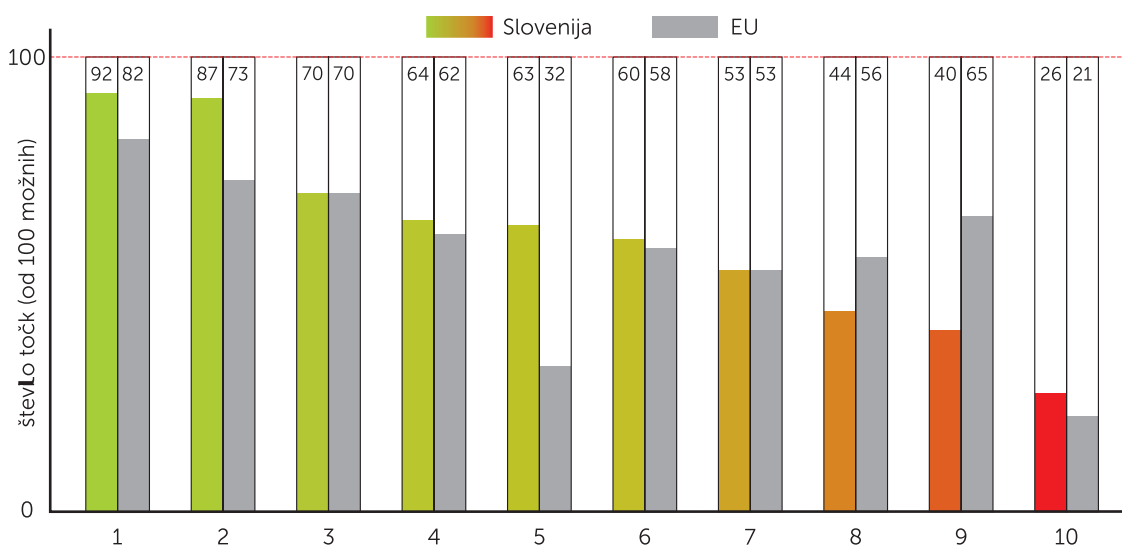
Alkoholne pijače je vsaj enkrat v življenju že pilo 14,9 % 11-letnikov, 40,1 % 13-letnikov in 70,7 % 15-letnikov. 2,5 % 11-letnikov, 5,1 % 13-letnikov in 14,3 % 15-letnikov je pilo alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko; dober odstotek 11-letnikov, 4,7 % 13-letnikov in 26,6 % 15-letnikov pa je bilo v življenju opitih že vsaj dvakrat. Fantje so pili alkoholne pijače in se opijali pogosteje kot dekleta (214). Slovenija se po deležu mladostnikov, starih 15 let, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti, uvršča nad mednarodno povprečje (45). Pri mladostnikih je pitje alkohola **bolj tvegano med fanti, med tistimi z obema nezaposlenima staršema, tistimi s podpovprečnim učnim uspehom ter med tistimi, ki obiskujejo poklicno šolo** v primerjavi s tistimi, ki obiskujejo gimnazijo (215).

## Ekonomsko breme zaradi alkohola

Raba alkohola je za našo državo veliko ekonomsko breme, ki se kaže v visokih zdravstvenih in drugih stroških. Samo **ocena zdravstvenih stroškov** je v Sloveniji v letih 2012–2016 v povprečju znašala **147 milijonov € letno** (215, 216), kar predstavlja med **3 do skoraj 4,6 % vseh izdatkov za zdravstvo** na leto (216). Če upoštevamo še nekatere druge stroške (npr. prometne nezgode, nasilje v družini, kriminalna dejanja – kraje, vandalizem), pa se ta številka zviša na **228 milijonov €** (216, 218).

### 3.5.2 Alkoholna politika – kako uspešni smo?

Alkoholna politika deluje preko različnih ukrepov, ki jih, tako kot v drugih evropskih državah, izvajamo tudi v Sloveniji in obsegajo več različnih področij: od zakonodajnih ukrepov (npr. cenovna in fizična dostopnost alkohola, oglaševanje ...), obveščanja, izobraževanja in ozaveščanja, ukrepanja v zdravstvu, socialni ter drugih okoljih, na področju vožnje in prometa, v delovnih organizacijah, lokalnih skupnostih, do spremljanja in poročanja o porabi alkohola, pivskem vedenju različnih populacijskih skupin in škodi zaradi alkohola (219, 220). Dokazi o učinkovitosti in stroškovni učinkovitosti posameznih ukrepov alkoholne politike so se v zadnjih letih znatno okrepili (146). Evropski akcijski načrt za zmanjšanje škodljive rabe alkohola 2012–2020 zajema **10 področij ukrepanja učinkovite alkoholne politike**, ki jih izvajamo tudi v Sloveniji (221). Glede na mednarodne primerjave smo bili v Sloveniji v zadnjih letih **najuspešnejši na naslednjih področjih**: preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, vodenje in ozaveščanje, spremljanje alkoholne problematike, omejevanje dostopnosti alkohola, preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitev z alkoholom, obravnava tveganega in škodljivega pitja ter zasvojenosti v zdravstvu (222, 223). **Manj uspešni** pa smo bili na področjih omejevanja tržnega komuniciranja alkohola, preprečevanja posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola, zmanjševanja cenovne dostopnosti alkohola, kjer so se tudi druge države odrezale najslabše.



Slika 3.16: Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav pri sprejemanju posameznih ukrepov alkoholne politike

**Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav** (glej sliko 3.16) (28 držav članic Evropske unije ter Švica in Norveška) glede na skupno število točk (0–100), ki nam pove, v kolikšni meri so države sprejele posamezne ukrepe alkoholne politike, ki so združeni v 10 področij ukrepanja celovite alkoholne politike (224, 225).

Deset področij ukrepanja: 1 – Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, 2 – Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju, 3 – Spremljanje alkoholne problematike, 4 – Omejevanje dostopnosti alkohola, 5 – Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom, 6 – Obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti v zdravstvu, 7 – Pristopi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu, 8 – Omejevanje oglaševanja in tržnega komuniciranja alkoholnih pijač, 9 – Preprečevanje posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola, 10 – Ukrepi na področju cenovne dostopnosti alkohola.



## Trenutno veljavna zakonodaja v Sloveniji in nedavne ključne spremembe

V zadnjih dvajsetih letih v Sloveniji zaznavamo kar nekaj zakonskih sprememb na področju alkoholne problematike. Za Slovenijo je bilo prelomno leto 2003, ko smo sprejeli **Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA)**, ki določa ukrepe in načine omejevanja porabe alkohola ter ukrepe za preprečevanje škodljivih posledic njegove rabe. ZOPA podpira dokazano učinkovite ukrepe, usmerjene v omejevanje porabe alkohola, in sicer starostno, časovno in prostorsko omejevanje njegove dostopnosti, še posebno za mlade. Leta 2017 je bil sprejet **Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola**, ki je bil korak nazaj v razvoju alkoholne politike v Sloveniji, saj je ponovno dovolil prodajo alkoholnih pijač z manj kot 15 volumenskim odstotki alkohola na različnih športnih prireditvah (226). Razen glede zahteve, da morajo imeti prodajalci alkoholnih pijač v prodaji vsaj dve različni vrsti brezalkoholnih pijač, ki sta cenovno enaki ali cenejši od najcenejše alkoholne pijače, ZOPA na cenovno dostopnost alkohola nima vpliva. To se ureja v **Zakonu o trošarinah**. V Sloveniji smo trošarine nazadnje zvišali leta 2014, pri čemer smo leta 2016 trošarine za določene količine alkohola celo znižali.

Drugi pomembni zakonodajni inštrument je **Zakon o medijih**, ki je bil sprejet leta 2001 in je uredil prej ohlapno urejeno področje oglaševanja alkoholnih pijač, in sicer tako, da je oglaševanje alkoholnih pijač prek medijev in na nosilcih oglaševanja prepovedano, razen če je z zakonom določeno drugače. Ta ureditev je bila deležna nasprotovanja predvsem s strani kmetijskega sektorja, ki je menil, da je treba tudi pri alkoholu upoštevati pravila svobodne konkurence in prostega pretoka blaga. Že leta 2002 je bilo tako tik pred sprejetjem Zakona o omejevanju porabe alkohola z **Zakonom o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili**, v celoti prepovedano zgolj oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 volumenskih odstotkov alkohola, to so npr. žgane pijače. Za vse ostale alkoholne pijače (pivo, vino ipd.) zakon določa, kje se lahko oglašujejo, določa tudi časovne in vsebinske omejitve ter določa, da morajo biti na vseh oglasih tudi zdravstvena opozorila. Leta 2015 pa je sprejeti **Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o avdiovizualnih medijskih storitvah** prepovedal televizijsko prodajo alkoholnih pijač. Pomembno področje, ki ga bo morala Slovenija zakonodajno nasloviti, je digitalno tržno komuniciranje alkohola, ki ustvarja vedno nove priložnosti tržnega komuniciranja alkohola (227).

**Zakon o varnosti cestnega prometa**, ki je bil sprejet leta 2004, podpira ukrepanje v smislu preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola, saj med drugim določa, da vozniki ne smejo upravljati vozila v cestnem prometu niti ga začeti voziti, če so pod vplivom alkohola.

V zadnjih desetih letih smo bili priča nekaterim učinkovitim sistemskim ukrepom, usmerjenim v omejevanje porabe alkohola. Leta 2010 je bila sprejeta posodobljena prometna zakonodaja, ki je poleg strožjih represivnih ukrepov za vožnjo pod vplivom alkohola uvedla tudi svetovalni in rehabilitacijski pristop, kar je med drugim prispevalo k zmanjšanju deleža prometnih nezgod, ki se zgodijo pod vplivom alkohola. Leta 2011 je bil sprejet **Zakon o varnosti in zdravju pri delu**, ki prepoveduje pitje alkohola in alkoholiziranost na delovnem mestu.

K boljšemu uveljavljanju zakonodaje in **prepoznavi problematike alkohola in pregledu pristopov** za zmanjševanje bremena alkohola v Sloveniji je pomembno prispevala vzpostavitev entitete MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola ([www.infomosa.si](http://www.infomosa.si))<sup>14</sup>, ki deluje od leta 2008 (228). MOSA na transparenten in vsem dostopen način podaja informacije s področja problematike alkohola v Sloveniji z namenom prenosa znanj, večje učinkovitosti in povezovanja med različnimi akterji alkoholne politike. MOSA laični in strokovni javnosti **omogoča dostop do različnih baz podatkov** (baza preventivnih programov, raziskav, akterjev, virov pomoči, publikacij) in aktualnega dogajanja na področju problematike alkohola in pristopov v Sloveniji in po svetu (229).

<sup>14</sup> MOSA financirajo Ministrstvo za zdravje; Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje.

### 3.5.3 Izbrana primera dobrih praks v Sloveniji

#### 3.5.3.1 Program TAKE CARE

Program TAKE CARE je nastal v okviru evropske mreže EURONET, ki povezuje 18 institucij iz različnih evropskih držav, delujočih na področju preventive zasvojenosti (230, 231). Osnovni cilj programa TAKE CARE je **preprečevanje ter zmanjševanje pitja alkoholnih pijač in z njim povezane škode med mladostniki in mlajšimi odraslimi v določeni lokalni skupnosti**. Prizadeva si, da mladostniki ne bi prišli v stik z alkoholnimi pijačami pred 18. letom, kot določa zakonodaja, pri tistih, ki pa že posegajo po alkoholnih pijačah, pa za zmanjševanje in za odgovornejše odločanje glede rabe alkoholnih pijač. V širšem kontekstu je cilj programa tudi zmanjševanje ostalih škodljivih vplivov na zdravje in z njim povezanih vedenj, preprečevanje razvoja zasvojenosti od alkohola ter sprememba odnosa do pitja alkoholnih pijač v družbenem okolju.

Program vključuje štiri ciljne skupine v izbranem lokalnem okolju: 1) **mladostnike in mlade odrasle** v starosti 12–21 let, ki so bili s strani ključnih oseb/informatorjev zaznani zaradi pitja/tvegane rabe alkoholnih pijač; 2) **starše in svojce** v program vključenih mladostnikov in mladih odraslih; 3) druge **ključne odrasle osebe**, ki imajo stike z mladostniki in jih ti tudi sprejemajo kot pomembne odrasle osebe; 4) **prodajalce** alkoholnih pijač.

Z vsako ciljno skupino se izvajajo vnaprej določene intervencije:

- Delavnica **ro.pe** (angl. **Risk optimisation and peer education**) za mlade s ciljem večjega upoštevanja zakonodaje na področju alkohola in ozaveščanja ter spreminjanja tveganih vedenj v povezavi z rabo alkoholnih pijač in iskanje zdravih alternativ. V okviru 3–4-dnevnega treninga ro.pe so mladostniki in mladi odrasli deležni adrenalinske športne izkušnje (npr. plezanja), katere namen je soočenje s tvegano situacijo in učenje ravnanja v takšni situaciji, kar lahko kasneje prenesejo na odločanje za ravnanje v tveganih situacijah v povezavi s pitjem alkoholnih pijač.
- »**Debatni party**« – strokovno vodena diskusija s starši in svojci s ciljem nudenja podpore in smernic za razvoj jasnih stališč in odnosa do pitja alkoholnih pijač.
- **Usposabljanje za ključne osebe z osnovami motivacijskega intervjuja** s ciljem ozaveščanja njihove vloge, izgradnje jasnih stališč glede pitja alkoholnih pijač pri mladostnikih in izboljšanja kompetenc za motiviranje za spremembe.
- **Usposabljanje za prodajalce alkoholnih pijač** (trgovce in ponudnike alkoholnih pijač v lokalih) s ciljem edukacije o zakonodaji in izboljšanje strategij/veščin za odgovorno prodajo/točenje alkoholnih pijač.

Evalvacija programa je pokazala, da se je zmanjšalo pitje alkoholnih pijač pri 44 % mladih, ki so imeli pred intervencijo tvegani vzorec rabe alkoholnih pijač. Zmanjšanje se nanaša na pogostost pitja alkoholnih pijač ali količino pitja ali oboje. 34 % mladih, ki niso imeli tvegane vzorca rabe alkoholnih pijač, pa so po intervenciji na tej ravni tudi ostali. Upoštevanje zakonodaje v zvezi z rabo alkoholnih pijač se je po intervencijah pri vseh ciljnih skupinah izboljšalo. Starši, druge ključne osebe in prodajalci alkoholnih pijač so s pomočjo intervencij zelo izboljšali svoje kompetence glede ravnanja in prevzemanja jasnih stališč do mladostnikove rabe alkohola.

Program TAKE CARE s svojimi **pristopi prispeva k boljšemu vključevanju določenih skupin prebivalcev v lokalni skupnosti in posledično zmanjšuje tudi neenakosti v zdravstvenih izidih**.

#### 3.5.3.2 SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola

V Sloveniji od leta 2016 do konca januarja 2022 deluje nacionalni projekt SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola<sup>15</sup>. Gre za medsektorski interdisciplinarni pristop izvajanja aktivnosti za zamejevanje čezmerne rabe alkohola pri odraslih prebivalcih Slovenije, in sicer s povezovanjem stroke, nevladnih organizacij, političnih odločevalcev, medijev in članov skupnosti (232, 233).

<sup>15</sup> Projekt se zaključi leta 2021 in ga sofinancirata Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada (80 %) in Republika Slovenija (20 %).

V SOPA se zmanjševanje neenakosti v zdravju uresničuje prek naslednjih ukrepov (232, 233).

1. **Izgradnja in krepitev kapacitet.** Gre ozaveščanje in usposabljanje stroke, političnih odločevalcev, predstavnikov nevladnih organizacij, ki naslavljajo skupine ljudi z različnimi ranljivostmi, predstavnikov medijev ter članov skupnosti o škodljivosti pitja alkohola ter virih in načinih podpore pri opušcanju čezmerne pitja alkohola pri odraslih osebah.
2. **Medsektorski interdisciplinarni pristop.** Ključno povezovanje med zdravstvenim in socialnim sektorjem predstavlja sodelovanje zdravstvenih delavcev v zdravstvenih domovih, klinikah in socialnovarstvenih delavcev na centrih za socialno delo ter strokovnjakov na zavodih za zaposlovanje in v nevladnih organizacijah, ki naslavljajo skupine s posebnimi ranljivostmi.
3. **Pilotiranje pristopa v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji.** Pristop se testno izvaja v 18 t. i. lokalnih okoljih, kjer izbrani zdravstveni in socialni delavci ter predstavniki nevladnih organizacij in zavoda za zaposlovanje v medsebojnem sodelovanju izvajajo različice t. i. kratkega ukrepa podpore ljudem, ki želijo opustiti tvegano in škodljivo pitje alkohola.
4. **Predlog za vzpostavitev pristopa na sistemski ravni.** Na podlagi evalvacije testne izvedbe pristopa bo pripravljen predlog za implementacijo ukrepov v nacionalnem programu varovanja javnega zdravja.
5. **Detabuizacija in destigmatizacija z alkoholom povezanih težav v slovenski družbi.** Ta se uresničuje prek navedenih ciljev, še posebej pa prek aktivnosti izgradnje in krepitev strokovnih kapacitet ter ozaveščanja medijev in splošne javnosti.

V okviru pristopa SOPA posebej za to usposobljeni zdravstveni delavci na primarni ravni in socialni delavci na centrih za socialno delo izvajajo t. i. **kratko svetovanje**, s katerim prek večkratnih individualnih srečanj podprejo paciente oz. uporabnike pri opušcanju tvegane in škodljivega pitja alkohola. V okviru projekta je cilj presejati 60.000 oseb, pri tem 9.000 osebam nadalje svetovati, da od tega vsaj 540 oseb dejansko opusti tvegano in škodljivo pitje alkohola in to vedenje vzdržuje še 6 mesecev po zaključku svetovanja (232, 233). Ob tem je pomemben ukrep usposabljanje zdravstvenih delavcev, ki delujejo na področjih specialnosti, kjer je ob primarni alkoholna problematika posebej aktualna, za izvajanje t. i. **kratkega nasveta**. Gre za krajšo, enkratno različico individualnega pogovora za podporo pri opustitvi tvegane in škodljivega pitja alkohola (232, 233). Dodatno se izvajajo **delavnica za krepitev medosebnih odnosov** v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja, kjer udeležence seznanjajo z osnovami učinkovitih načinov skrbi za lastno blagostanje, asertivnega komuniciranja in reševanja problemov (234).

Poleg tega se izvajata **informiranje in ozaveščanje** o alkoholni problematiki in virih pomoči pri skupinah ljudi z določenimi ranljivostmi (npr. brezposelnost, slepota in slabovidnost, gluhost in naglušnost, slabše duševno zdravje itd.), predvsem prek integriranja vsebin za ozaveščanje v siceršnje aktivnosti nevladnih organizacij s področij ranljivosti in uradov za zaposlovanje (232, 233). Posebno pomemben ukrep pristopa je komuniciranje z mediji, ki poleg medijskega komuniciranja projektnih aktivnosti in obeleževanja t. i. dneva brez alkohola vključuje tudi usposabljanje predstavnikov medijev za **ustrezno poročanje o alkoholni problematiki v medijih** (235).

Ob tem se izvajajo spremljajoče aktivnosti interdisciplinarnega povezovanja (npr. srečanja lokalnih, regijskih in nacionalne mreže deležnikov SOPA), ki zaokrožujejo sodelovanje deležnikov navedenih ukrepov, drugih deležnikov v skupnostih (npr. predstavnikov terapevtskih skupin in skupin za samopomoč ljudem s težavami zaradi pitja alkohola) in nosilcev oblasti na različnih nivojih za večjo učinkovitost pristopa (232, 233).

### 3.5.4 Zaključek oz. kje so še priložnosti za delovanje?

Ob upoštevanju 10 področij ukrepanja učinkovite alkoholne politike, ki jih opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija in smo jih sprejeli tudi v Sloveniji, ter glede na ocenjeno uspešnost slovenske alkoholne politike ocenjujemo, da je treba v naslednjih letih delovati bolj intenzivno predvsem na naslednjih področjih (220, 221, 223, 236-239).

#### Ukrepi na področju cenovne dostopnosti alkohola

- Proučiti nadaljnje možnosti povečevanja cen alkoholnih izdelkov ter uvedbe posebnih obdavčitev alkoholnih pijač, ki so posebej privlačne za mlade.
- Uvesti višanje trošarin v skladu z inflacijo.
- Proučiti možnost uvedbe najnižje cene alkoholnih pijač.
- Prihodke iz naslova trošarin za alkohol in alkoholne pijače naj se uporabi za programe zmanjševanja tveganega in škodljivega pitja alkohola.

#### Preprečevanje posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola

- Izboljšati nadzor nad proizvodnjo in prodajo alkoholnih pijač.
- Vzpostaviti učinkovit sistem nadzora neregistrirane porabe alkohola in njegove kakovosti.

#### Omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač

- Uvesti popolno prepoved oglaševanja vseh alkoholnih pijač.
- Prepovedati sponzorske in donatorske aktivnosti, ki so namenjene promociji alkoholnih pijač.
- Posebno pozornost posvetiti prepovedi aktivnosti za pospeševanje prodaje.
- Zagotoviti sistem spremljanja in vrednotenja tržno komunikacijskih sporočil za alkoholne pijače v vseh medijih, vključno s spletom, spletnimi družbenimi omrežji in mobilnimi aplikacijami, ki bo zagotavljal boljši nadzor in upoštevanje zakonodaje.

Tudi v prihodnje je treba redno spremljati posledice rabe alkohola ter zgodaj odkrivati tiste, ki pijejo tvegano in škodljivo, vključno z ranljivimi skupinami. Enako intenzivno je treba ozaveščati in usposabljati strežno osebje, ponudnike alkohola in vse ostale akterje alkoholne politike. Sprejeta in podprta strategija na področju alkoholne problematike bo to omogočila, pripravljen akcijski načrt pa bi vključeval ne le državno raven, temveč tudi aktivnosti na lokalni ravni. S podpiranjem uspešnih programov v skupnosti ter tudi z občasnimi kampanjami bomo postopoma krčili pitju prijazno okolje in zmanjševali število priložnosti za pitje. K temu bo pomembno prispeval razvoj skupnostnega pristopa, v katerem povezujemo številne akterje s področja. To je še zlasti pomembno glede na trenutne napovedi velike socialne in ekonomske krize v času po pandemiji, ki ima lahko za posledico porast tveganega in škodljivega pitja tudi pri nas. Po pričakovanjih bo prizadelo predvsem socialno-ekonomsko ranljivejše skupine, kot nakazujejo tudi kazalniki za področje alkohola v poglavju o kazalnikih (zdravje in z zdravjem povezana vedenja pri mladostnikih – tedensko pitje alkohola ter opijanje pri odraslih).

Priložnost za izboljšanje stanja na področju alkoholne problematike in hkrati za zmanjševanje neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva je ne le izvedba, temveč tudi implementacija pilotskih projektov, kot sta izbrana **primera dobrih praks** – SOPA in Take Care. Oba projekta kažeta pomembnost povezovanja in sodelovanja različnih akterjev v skupnosti pri obvladovanju te problematike. Pomembno vlogo pri ozaveščanju strokovne in laične javnosti ima pri nas Portal MOSA ([www.infomosa.si](http://www.infomosa.si)), ki na transparenten in dostopen način podaja informacije s področja alkoholne problematike in prispeva k povezovanju različnih akterjev v skupnosti in širše.

Raba alkohola in posledice zaradi pitja alkohola so vedno bolj prepoznani dejavniki neenakosti na področju zdravja, na katerih kazalnike neenakosti v zgornjem poglavju navezujemo pričujoči prispevek. Zato je pri oblikovanju politik, intervencij in programov za zmanjševanje škode zaradi alkohola nujno vključevati elemente, ki **spodbujajo pravičnost** (npr. starost, spol, socialno-ekonomski status, etnično pripadnost, tip območja (ruralno/urbano), regijo, pripadnost ranljivi skupini) in priporočila ali **smernice za zmanjšanje ugotovljenih neenakosti** v zdravju (146, 147).

## 3.6 Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših

Avtorja: Andrej Srakar, Miha Dominko (oba IER)

### 3.6.1 Uvod

V prispevku obravnavamo povezavo med dolgotrajno oskrbo in uporabo zdravstvenih storitev s pomočjo metodološkega pristopa, razvitega v prispevku (240). Večanje obsega storitev dolgotrajne oskrbe lahko izboljša učinkovitost zdravstvenega sistema z zmanjšanjem števila hospitalizacij in lažje poti izvajanja načrtov usklajevanja zdravstvenega in socialnega varstva. V analizi uporabljamo longitudinalne podatke Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE) za oceno učinkov prejemanja različnih vrst dolgotrajne oskrbe na uporabo zdravstvenih storitev ter njihovo dekompozicijo po glavnih socialno-ekonomskih dejavnikih.

Staranje prebivalstva in naraščajoče število zelo starih, prisotno v večini industrializiranih držav, povečuje potrebo po storitvah dolgotrajne oskrbe. Le-te so opredeljene kot nabor storitev, ki jih potrebujejo osebe z zmanjšano stopnjo funkcionalne sposobnosti (fiziološke ali kognitivne) in so posledično dlje časa odvisne od pomoči pri osnovnih vsakdanjih dejavnostih. V nasprotju z drugimi osebnimi storitvami je bil razvoj storitev dolgotrajne oskrbe dolgo časa zelo počasen, kar je prispevalo k stopnjevanju javnih in gospodinjstkih izdatkov za financiranje dolgotrajne oskrbe. Hkrati so preoblikovanje družinskih struktur, oddaljevanje otrok od staršev in višja stopnja udeležbe žensk na trgu dela vplivali tudi na upad ponudbe neformalne oskrbe.

Kombinacija staranja prebivalstva in družbenih sprememb kaže na to, da bo v prihodnjih letih precej več povpraševanja po usposabljanju za nudenje storitev dolgotrajne oskrbe (denimo za storitve osebne nege, oskrbe v skupnosti in institucionalne oskrbe v domovih ali domovih za ostarele ter bivalnih ustanovah, ki jih financirajo vladni programi, zasebnega zavarovanja za storitve dolgotrajne oskrbe ali plačila posameznikov iz lastnega žepa). Vendar ima takšen premik v načinih zagotavljanja dolgotrajne oskrbe pomembne ekonomske posledice, saj stroške dolgotrajne oskrbe v Evropi in na splošno v državah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) tradicionalno nosijo družine same ali javna blagajna. Izdatki za dolgotrajno oskrbo v državah OECD so leta 2008 v povprečju znašali 1,5 % bruto domačega proizvoda (BDP), če pa se bodo sedanji trendi nadaljevali, naj bi se do leta 2050 več kot podvojili (241). To je za odločevalce pomembna dilema in zastavlja vprašanja o financiranju dolgotrajne oskrbe, zlasti kadar se velik del takih izdatkov financira iz javnih sredstev.

Za zaščito pred tveganji potreb po stroškovno dragi dolgotrajni oskrbi so v državah na voljo različni finančni mehanizmi. En sklop mehanizmov je v obliki 'ex-ante' – pri njem se ukrepi sprejmejo pred nastopom starostne odvisnosti. Ti vključujejo socialno zavarovanje, zmanjšanje verjetnosti potrebe po dolgotrajni oskrbi ali prihodnjih stroškov ter t. i. previdnostne prihranke. Drugi sklop mehanizmov financiranja je naknadnega tipa, 'ex-post' – to pomeni, da se ukrepi sprejmejo po nastopu odvisnosti. Sem spadajo subvencioniranje formalnih in neformalnih dolgoročnih skladov, družinska podpora in uporaba lastniškega kapitala za financiranje dolgoročnih kreditov (npr. t. i. povratne hipoteke). Čeprav staranje prebivalstva pritiska na vlade, si je težko predstavljati razširitev obstoječih javnih programov, ki bi pokrivali dolgotrajno oskrbo v času pritiskov zaradi posledic pretekle in sedanje, pandemsko pogojene recesije.

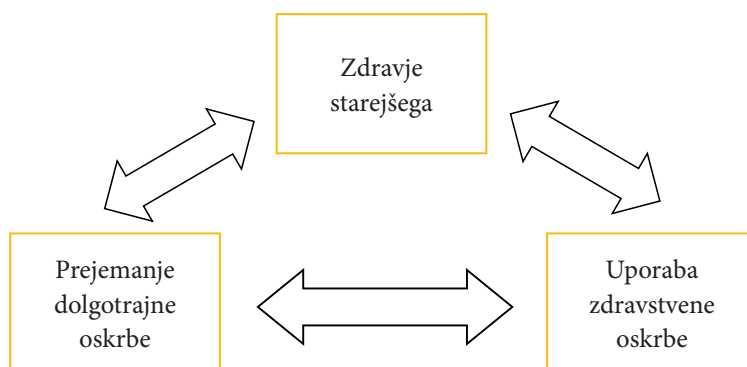
Zdravstveni sistemi se soočajo z izzivom odzivanja na naraščajoče stroške zdravljenja. Šteje se, da je del takšnega povečanja povpraševanja po zdravstvu posledica neučinkovite uporabe zdravstvenih storitev (zlasti bolnišnične oskrbe) s strani posameznikov, ki bi raje potrebovali dolgotrajno oskrbo. To je običajno v primerih, ko storitve dolgotrajne oskrbe niso dostopne in/ali niso ustrezno usklajene z zdravstvenimi službami. Študije razlagajo pomanjkanje ustreznih in/ali cenovno dostopnih dolgoročnih storitev zaradi omejenega zavarovanja ali javnih subvencij ali neustrezne integracije kot rezultata neučinkovite in cenovno drage uporabe bolnišnične oskrbe. Vendar pa so se doslej le redke raziskave osredotočale na prepoznavanje in empirično oceno takega učinka.

V prispevku razrešimo povratno vzročno povezavo med zagotavljanjem dolgotrajne oskrbe in uporabo zdravstvenega varstva na način, ki ne potrebuje metod instrumentalnih spremenljivk in naravnih ali kvazinaravnih eksperimentov. V ta namen uporabimo nov empirični pristop k temu problemu, ki omogoča političnim odločevalcem vpogled v razmerja med zagotavljanjem dolgotrajne oskrbe in uporabo zdravstvenega varstva ter s tem argumentacijo za ukrepanje na tem področju.

### 3.6.2 Način raziskovanja

V prispevku uporabljamo podatke Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE)<sup>16</sup>, ki je multidisciplinarna in čeznacionalna panelna raziskava mikropodatkov o zdravju, socialno-ekonomskem statusu ter socialnih in družinskih omrežjih prek 140.000 posameznikov, starih 50 ali več let. Raziskava zajema 27 evropskih držav in Izrael (178, 242-245).

V analizi uporabljamo križno odložene panelne modele. Naši rezultati potrjujejo pozitivne učinke zagotavljanja dolgotrajne oskrbe na zmanjšanje uporabe zdravstvenega varstva z vidnimi neposrednimi in posrednimi učinki pri večini kazalcev. Z uporabo statistične dekompozicije tipa Oaxaca-Blinder smo potrdili pomembno vlogo dohodka, izobrazbe in spola na opazovano razmerje. Prispevek predstavi novo metodološko možnost, doslej še neuporabljeno pri analizi razmerja med dolgotrajno oskrbo in zdravstveno oskrbo ter pomembnimi rezultati glede analize neenakosti v zdravju.



Slika 3.17: Vzročna slika osnovnega modela analize posredovanosti

### 3.6.3 Rezultati

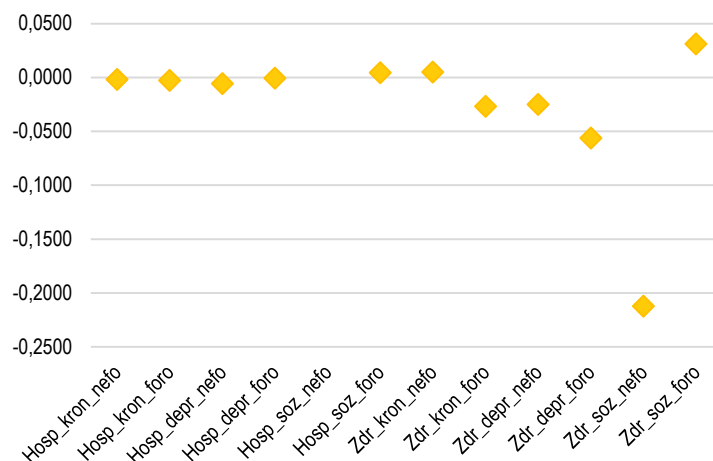
V spodnjem besedilu prikazujemo rezultate naše analize in dekompozicije rezultatov na učinke posameznih socialno-ekonomskih dejavnikov.

Slika 3.18 prikazuje rezultate, ko za posredno spremenljivko uporabimo število kroničnih bolezni. Učinki prejetja oskrbe na zmanjšanje potrebe po zdravstvenih storitvah so vidni tako rekoč pri vseh izračunih ter pri neposrednih in posrednih učinkih (skupni učinek je vsota obeh). Prikazani so samo statistično značilni učinki (tiste, ki niso značilni, smo iz slike izpustili).

Rezultati se razlikujejo glede na uporabljeno končno spremenljivko uporabe zdravstvenih storitev – torej bodisi spremenljivko hospitalizacij ali števila zdravil. Pri slednji rezultati večinoma pokažejo pričakovani negativni učinek prejetja dolgotrajne oskrbe na potrebo po uporabi zdravstvene oskrbe, medtem ko so pri prvi rezultati včasih tudi pozitivno predznačeni. Rezultati se spremenijo tudi v odvisnosti od uporabljene posredne spremenljivke in so drugačni pri depresijskem indeksu kot za število kroničnih bolezni in samooceno zdravja.

Pri tretji posredni spremenljivki, samoocenjenem zdravju, se rezultati spremenijo glede učinka na število zaužitih zdravil, kjer so še močnejše statistično značilni in negativni. Prav tako skorajda izgine posredni učinek intenzivnosti neformalne oskrbe, kar lahko razložimo s kratkoročnimi psihološkimi učinki na samoznavo zdravja, kar se manj odraža v uporabi zdravstvenih storitev.

<sup>16</sup> V tem dokumentu so uporabljeni podatki 4., 5., 6. in 7. vala raziskave SHARE (10.6103/SHARE.w4.700, 10.6103/SHARE.w5.700, 10.6103/SHARE.w6.700, 10.6103/SHARE.w7.700), glej Börsch-Supan in drugi (2013) za podrobnosti v zvezi z metodologijo. Zbirko podatkov SHARE večinoma financira Evropska komisija prek FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) in FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Iskreno se zahvaljujemo za dodatno financiranje, prejet od nemškega Ministrstva za izobraževanje in raziskave, Združenja za napredek v znanosti Maxa Plancka, Nacionalnega inštituta ZDA za staranje (U01\_AG09740-13S2, P01\_AG005842, P01\_AG08291, P30\_AG12815, R21\_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG\_BSR06-11, OGH\_A\_04-064, HHSN271201300071C) in iz različnih virov nacionalnega financiranja (glej [www.share-project.org](http://www.share-project.org)). Zlasti smo hvaležni za finančno podporo Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport RS.



Slika 3.18: Skupni rezultati

Opomba: Oznake: končni spremenljivki – verjetnost hospitalizacije (Hosp) in število prejetih zdravil (Zdr); posredne spremenljivke – število kroničnih bolezni (kron), indeks EURO-D (depr), samoocenjeno zdravje (soz); dolgotrajna oskrba – skupna neformalna oskrba (nefo), formalna oskrba (foro).

Za zgornjo analizo smo izračunali tudi rezultate dekompozicijske analize. Zanimivo je, da velikih razlik med spremenljivkami, na osnovi katerih smo naredili dekompozicijo, ni videti – pri vseh razmerjih je najpomembnejši učinek starosti, ki mu sledijo dohodek, spol in izobrazba.

Za spremenljivke neformalne oskrbe zunaj gospodinjstva in formalne oskrbe je osrednja določilnica spol, kar se še posebej kaže pri prvi za število zaužitih zdravil ter pri drugi za število hospitalizacij. Pri učinkih preko spremenljivke število kroničnih bolezni so posredni učinki precej pomembnejši od neposrednih. To kaže, da je zdravje starostnika dejansko odločilni dejavnik, ki mu velja pripisati razloge za neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo.

### 3.6.4 Zaključki

V prispevku je uporabljen nov pristop k preučevanju razmerja med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo. Obsežna literatura priča, da je slednje povratno vzročno, vendar so bile dosedanje rešitve običajnejše, izhajale so iz ekonometričnih modelov instrumentalnih spremenljivk, za katere je bila dovolj presečna struktura podatkov. Naš pristop je takšne metode povezal z modeli, izhajajočimi s področja strukturnih enačb, natančneje longitudinalne analize posredovanosti in križno-odloženih panelnih modelov, s čimer smo problem razrešili z njegovo postavitvijo v časovno perspektivo.

Naši rezultati so potrdili, da prejemanje dolgotrajne oskrbe zmanjšuje obremenitve v zdravstvenem sistemu ter pokazali tudi dejavnike, ki na to razmerje in neenakosti v njem najmočneje vplivajo: starost, spol, dohodek in izobrazba. Pokazali smo tudi razlike med njimi.

Prispevek odpira več tako metodoloških kot vsebinskih vprašanj. Sami smo v nadaljnjem prispevku razvili dve novi cenilki za modeliranje longitudinalne analize posredovanosti, ki odpravita težave s predpostavljeno statistično porazdelitvijo podatkov. Ker je modeliranje strukturnih enačb neraziskano glede neparometričnega ocenjevanja, se s tem odpirajo številne poti nadaljnjega raziskovanja.

V vsebinskem smislu se zdi takoj mogoča razširitev na oceno prihrankov v zdravstvenem sistemu. Sedaj je razmerje med prejemanjem dolgotrajne oskrbe, in s tem tudi ukrepi, ki bi to povečali, ter zmanjšanjem potreb po zdravstveni oskrbi, razrešeno in ocenjeno. Za konkretnjšo denarno oceno je treba ocenjene koeficiente samo pomnožiti s stroški vsake uporabe zdravstvenega sistema, ki jo vključimo v model.

Upamo, da bodo naše ocene zanimive za preučevanje neenakosti v zdravju in dolgotrajni oskrbi (ter razmerju med njima), še bolj pa, da spodbudijo še kakšno zanimivejšo metodološko rešitev podobnih problemov empiričnega ocenjevanja učinkov politik.

## 3.7 Neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe z vidika življenjskega cikla

Avtorja: Andrej Srakar, Miha Dominko (oba IER)

### 3.7.1 Uvod

To poglavje temelji na teoretični predpostavki, da različne zgodnje življenjske izkušnje privedejo do različnih družinskih, zdravstvenih in ekonomskih rezultatov v starejših letih. Eden od načinov opazovanja in analiziranja različnih vidikov življenja starejših je perspektiva življenjske poti, ki razlaga raven aktivnosti v poznejšem življenju glede na posameznikov življenjski slog in dejavnosti v zgodnjem življenju. Življenjska perspektiva kaže, da lahko posameznikove izkušnje na določeni točki življenja vplivajo na njegovo življenje tudi desetletja kasneje (246, 247). Razlike v blaginji posameznika se sčasoma kopičijo in v poznem življenju stopnjujejo. Ko poskušamo ugotoviti razmerje med zgodnejšimi dogodki in njihovimi izidi v starejši starosti, je treba analizirati neenakosti med življenjskim ciklom: na družinski ravni (vdovstvo, ločitev itd.); ali glede na vrsto zaposlitve (polni delovni čas, brezposelnost itd.). Analize zadnjega desetletja pa predložijo mnogo dokazov, da številne drage kronične in duševne bolezni izvirajo iz otroštva.

Država lahko z različnimi zakoni in javnimi politikami neposredno vpliva na zdravstveno varstvo, trg dela, različne vrste oskrbe, dohodek prebivalstva in druge ukrepe (248). Zakoni in javne politike pa morajo temeljiti na znanstvenih raziskavah. Na primer, raziskava o zgodovini plodnosti v Združenem kraljestvu je pokazala, da ima starševstvo pomemben učinek tako na ženske kot moške in da dejstvo, da ima posameznik otroke, ne poveča kakovosti življenja v starejših letih. Posledično je naš glavni cilj raziskati, ali so življenjske zgodovine, torej družinske, zdravstvene in ekonomske razmere v zgodnejših življenjskih obdobjih, povezane z dolgotrajno oskrbo v Sloveniji.

Da bi odgovorili na zastavljena vprašanja, smo uporabili razmeroma nov pogled na modeliranje življenjskega cikla, in sicer retrospektivne panele. Longitudinalni podatki nam omogočajo, da ocenimo spremembe, kot so zakonska zveza in izstop iz nje, kar s presečnimi raziskavami ni možno. Prav tako nam omogočajo oceno zanesljivejših statističnih modelov, ker je pristranskosti zaradi neopaznih dejavnikov, kot je npr. sposobnost, mogoče ublažiti. Naši rezultati prinašajo nova znanja o razmerju med življenjskimi zgodovinami in neenakostmi pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe v poznejših življenjskih obdobjih.

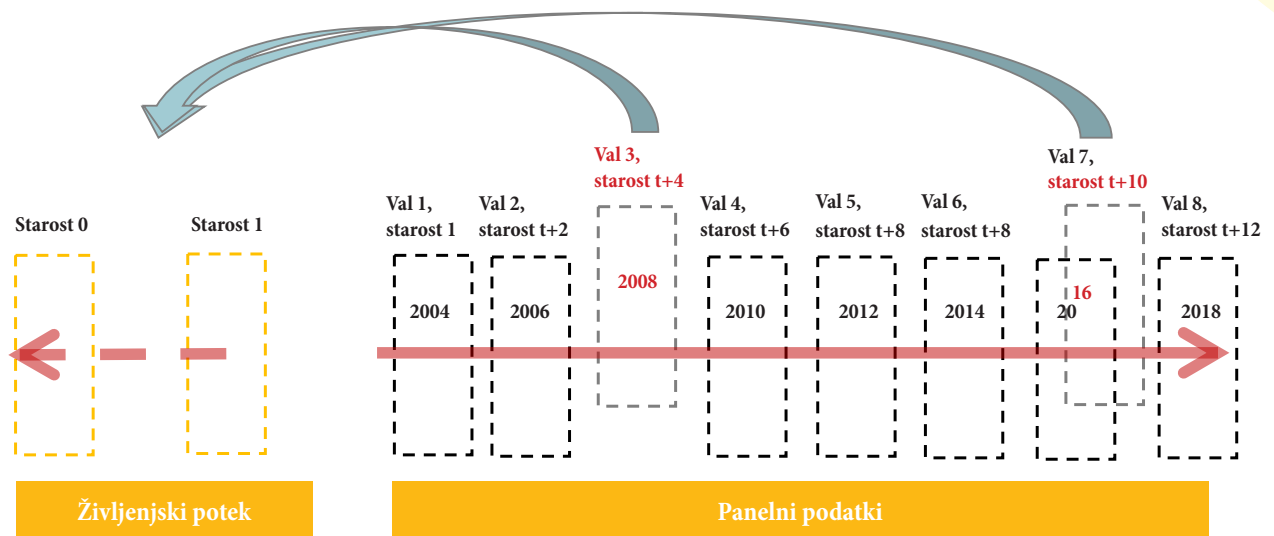
### 3.7.2 Podatki in metoda

Da bi pridobili zaupanja vredne rezultate, smo uporabili podatke iz Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE)<sup>17</sup>, ki je interdisciplinarna mednarodna panelna baza mikropodatkov o zdravju, socialno-ekonomskem položaju ter socialnih in družinskih omrežjih približno 140.000 posameznikov, starih 50 ali več let (opravljenih je bilo približno 380.000 intervjujev). SHARE zajema 27 evropskih držav in Izrael (242-245, 249).

Na spodnji sliki so prikazani pridobljeni podatki, ki se vežejo na retrospektivne panele SHARE. Ti vključujejo celotno zgodovino posameznikov, zbrano s podatki 3. in 7. vala raziskave.

<sup>17</sup> V tem dokumentu so uporabljeni podatki 3., 4., 5., 6. in 7. vala raziskave SHARE (10.6103/SHARE.w3.710, 10.6103/SHARE.w4.700, 10.6103/SHARE.w5.700, 10.6103/SHARE.w6.700, 10.6103/SHARE.w7.700), glej Börsch-Supan in drugi (2013) za podrobnosti v zvezi z metodologijo. Zbirko podatkov SHARE večinoma financira Evropska komisija prek FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) in FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Iskreno se zahvaljujemo za dodatno financiranje, prejeeto od nemškega Ministrstva za izobraževanje in raziskave, Združenja za napredek v znanosti Maxa Plancka, Nacionalnega inštituta ZDA za staranje (U01\_AG09740-13S2, P01\_AG005842, P01\_AG08291, P30\_AG12815, R21\_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG\_BSR06-11, OGHA\_04-064, HHSN271201300071C) in iz različnih virov nacionalnega financiranja (glej [www.share-project.org](http://www.share-project.org)). Zlasti smo hvaležni za finančno podporo Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport RS.





Slika 3.19: Prikaz strukture uporabljenih podatkov o zgodovini posameznika

Vir: Pasini 2019 (250).

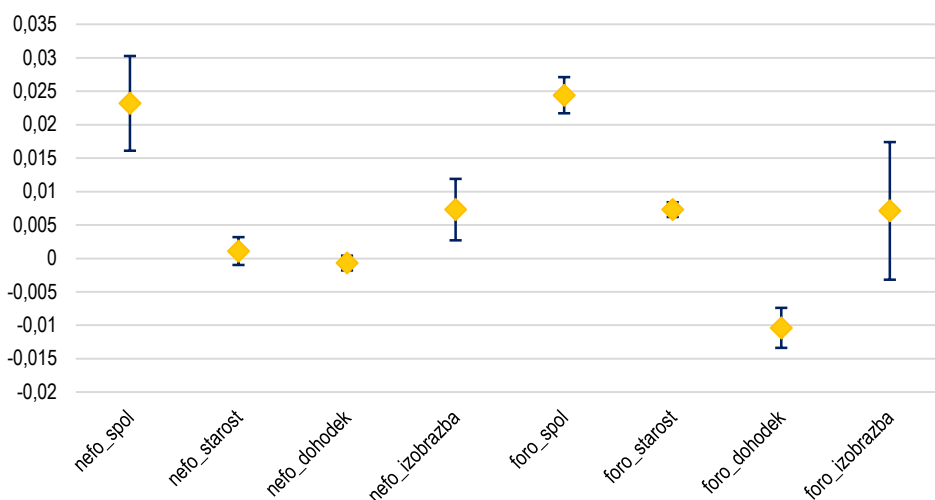
### 3.7.3 Rezultati z diskusijo

Rezultati analize so predstavljeni na sliki 3.20. Spol in izobrazba sta pomembna napovedovalca prejemanja neformalne dolgotrajne oskrbe, vendar nista močno statistično značilna. Dekompozicija, pri kateri je neformalna dolgotrajna oskrba znotraj gospodinjstva in zunaj njega ločena odvisna spremenljivka, pokaže podobne rezultate. Obe vrsti neformalne oskrbe se po vidikih neenakosti ne razlikujeta bistveno: nanje vplivata spol in izobrazba.

V primeru formalne dolgotrajne oskrbe pa so statistično značilni dejavniki, ki vplivajo na neenakosti tako spol, starost, dohodek<sup>18</sup> kot izobrazba, kar kaže, da na vidike neenakosti pri formalnem zagotavljanju dolgotrajne oskrbe pomembno vpliva večina socialno-ekonomskih dejavnikov (kar potrjuje tudi analiza (251).

Rezultati torej pokažejo, da so socialno-ekonomski dejavniki iz preteklosti posameznika oziroma starostnika pomembni dejavniki neenakosti v njegovem prejemanju dolgotrajne oskrbe danes. Pri tem se formalna in neformalna izobrazba razlikujeta, zlasti dohodek je pomemben dejavnik neenakosti pri prejemanju neformalne oskrbe, vendar v njenem nepojasnjem delu regresijske dekompozicije. Vsi socialno-ekonomski dejavniki preteklosti pa močno določajo prejemanje formalne oskrbe danes. To je lahko svarilo političnim odločevalcem: zdi se, da je prejemanje neformalne oskrbe močnejše določeno s sedanjim stanjem posameznika, medtem ko je prejemanje formalne odvisno od mnogih dejavnikov iz preteklosti, ki bi jih lahko boljše upoštevali pri bodočem določanju ukrepov na tem področju.

<sup>18</sup> Z dohodkom mislimo na ocenjeni dohodek, ki ga je vprašani prejemal v svoji preteklosti, o čemer sprašujeta 3. in 7. val raziskave SHARE.



Slika 3.20: Rezultati dekompozicijske analize, skupna neformalna in formalna dolgotrajna oskrba, pojasnjeni del neenakosti

### 3.7.4 Zaključki

Med starejšimi slovenskimi prebivalci, starimi 65 in več let, ki živijo v skupnosti, je približno 4 % takih, ki imajo resne omejitve (opredeljene kot 2 ali več omejitev bodisi glede osebnih dejavnosti v vsakdanjem življenju bodisi v zvezi s pomembnimi vsakodnevnimi aktivnostmi) in ne prejemajo nobene oskrbe (251). To predstavlja približno 15.568 posameznikov, starih 65 in več let, ki živijo doma. Gre za enega najmanjših deležev ljudi z nezadovoljenimi potrebami v primerjavi z ocenami, pridobljenimi v drugih državah, ki pa svoj prag določajo drugače in blažje ali se osredotočajo na specifične potrebe. Dejavniki, ki pomembno vpliva na verjetnost nezadovoljenih potreb, je naraščajoča starost, kar potrjujejo številne študije. Ker je institucionalna oskrba v Sloveniji zelo dobro razvita in je diskretni model oskrbe še vedno prevladujoč, je možno, da obstaja skupina ljudi z visoko starostjo, katerih potreb neformalna ali/in formalna oskrba ne izpolnjujeta v celoti. Mogoče je, da starejši ljudje odložijo začetek institucionalne oskrbe, tudi za ceno neizpolnenih potreb, da bi lahko ostali na svojih domovih. To potrjuje študija kakovosti socialne oskrbe na domu v Sloveniji, ki je pokazala, da so najbolj intenzivni uporabniki socialne oskrbe na domu (tisti, ki so poročali o večjem številu dnevni dejavnosti, ki jih opravi negovalec) najmanj zadovoljni s storitvijo.

Razpoložljivost neformalne oskrbe nima pomembnega vpliva na nezadovoljene potrebe. Presenetljivo je, da življenje v gospodinjstvu velikosti 3 in več poveča verjetnost za nezadovoljene potrebe. Druge študije so namreč pokazale, da samsko življenje poveča verjetnost za nezadovoljene potrebe in da razpoložljivost zakonca ali otroka, ki živi v bližini, zmanjša verjetnost nezadovoljenih potreb. Študije kažejo, da čeprav dostopnost mreže neformalne oskrbe ne zmanjša verjetnosti za nezadovoljene potrebe, znatno poveča verjetnost prejema neformalne oskrbe. V tovrstne analize je v bodoče mogoče vključiti številne druge dejavnike, ki jih omogočajo podatki SHARE (zlasti retrospektivni paneli), kar je pot nadaljnega dela in raziskovanj.

Z našim prispevkom smo nadgradili predhodne analize s pomočjo retrospektivnih panelov SHARE in uporabo perspektive življenjskega cikla. Rezultati prikazujejo, da imata tako spol kot izobrazba na dekompozicijo pomemben vpliv, ki pa ni močno statistično značilen. Obratno je z dohodkom, ki ima pomembno vlogo, še posebno v statistično nepojasnjem delu dekompozicije.

## 4 COVID-19 SINDEMIJA IN NEENAKOSTI

### 4.1 Izhodišče

*Avtorica: Mojca Gabrijelčič Blenkuš (NIJZ)*

Zadnjih nekaj desetletij živimo v vedno kompleksnejši družbi, v kateri so tudi posledice različnih zdravstvenih dogodkov in zaznanih zdravstvenih stanj vedno bolj vsestranske. Za razumevanje tega dogajanja se prostor javnega zdravja v naši tradiciji že skoraj stoletje dolgo premika od biomedicinskega v biopsihosocialni model. Globalno ga je skozi salutogenezo definirala promocija zdravja v osemdesetih letih 20. stoletja (192). V devetdesetih letih je medsebojno povezanost več prevladujočih bolezni in njihovega socialno-ekonomskega konteksta povzel novo vzpostavljeni pojem sindemija, ki poudarja preoblikovanje razumevanja bolezni kot medsebojno ločenih entitet, odmaknjenih od družbenega okolja, v novo razumevanje njihove sinergijske povezanosti in kompleksnega vpliva na zdravje in blaginjo populacije (252). Kot globalno sindemijo so definirali tudi medsebojno povezanost podhranjenosti, debelosti in podnebnih sprememb (253).

Tako tudi covid-19 ni le pandemija, temveč je sindemija s priključeno infodemijo (254). Sindemijo tvorita infekcijski akutni respiratorni sindrom koronavirus 2 (SARS-CoV-2) in spekter kroničnih nenalezljivih bolezni s povezanimi dejavniki tveganja. Oba se kopičita v ranljivih socialnih skupinah glede na vzorce neenakosti v posamezni skupnosti. Obenem zaradi ukrepanja za zaježitev pandemije covid-19 prihaja do sprememb v socialno-ekonomskih determinantah zdravja in s tem do intenzivnega pojava novih oblik neenakosti in povezanih ranljivosti. Ne gre torej za kolateralne učinke, gre za več samostojnih epidemij, ki jih lahko v javnozdravstvenem, družbenem in ekonomskem smislu uspešno rešimo, le če vse obravnavamo enako, istočasno in vsestransko.

Za načrtovanje, izvajanje in spremljanje ter vrednotenje aktivnosti v sindemiji je treba razlikovati med tremi polji oziroma nivoji, v katerih delujejo njene posamezne komponente:

- najprej je treba obvladovati epidemijo nalezljive bolezni, tako z ukrepanjem kot sproščanjem ukrepov;
- vzporedno zaradi ukrepov za obvladovanje epidemije nalezljive bolezni prihaja do spremenjene dinamike obvladovanja drugih, predvsem kroničnih nenalezljivih bolezni, in do sprememb družbenega dogajanja (gospodarska kriza z ekonomskimi, socialnimi in kulturnimi spremembami);
- prav tako je imperativ čim prej z ukrepi omogočiti novo normalno življenje s covidom-19.

V letu 2020 so bile aktivnosti večinoma usmerjena v obvladovanje epidemije in šele v drugi polovici leta, ob nastopu drugega vala, se je nekoliko povečalo razumevanje, da imamo opravka s sindemijo s kompleksnimi družbenimi posledicami, pri kateri bo treba obvladovati tudi družbena dogajanja in se privajati na življenje s covidom-19. Na podlagi izkustvenih modelov kriznih dogajanj lahko predvidevamo, kaj se bo dogajalo na družbeni ravni zaradi epidemije, in načrtujemo ukrepe v več smereh – ena je namenjena minimaliziranju učinkov krize in druga podpora izhodu iz krize. Pri tem je ena najpomembnejših javnozdravstvenih funkcij obvladovanje neenakosti, s tem da predvidimo za izhod iz krize ukrepe, ki bodo delovali proporcionalno in ciljano. Možnih izhodov iz krize je namreč več, pri tem bodo nekateri iz krize izšli zelo uspešno, nekateri z delnimi posledicami, nekateri bodo zaradi kriznega stanja ostali v kritičnih življenjskih okoliščinah dlje časa in nekateri krize ne bodo zmogli obvladati.

Ključno vprašanje za uspešnost pristopov in ukrepanja je, kako hitro bo država uspela vzpostaviti spremljanje sprememb in merjenje situacije, da bo lahko zagotovila ustrezne, učinkovite in ciljne odzive. V poglavju 4 so nanizani prikazi merjenja posledic sindemije v Sloveniji, tako v prvem kot v drugem valu epidemije SARS-CoV-2.

V nadaljevanju si lahko preberete, kako so IRSSV, IER in NIJZ prikazali stanje in učinke sindemije, rezultati naj bodo v pomoč tako pri pripravi kot tudi iskanju finančnih virov za najučinkovitejše ukrepe za uspešen izhod iz krize za vse prebivalce Slovenije – pošteno in s čim manj neenakostmi, tako globalno, na nivoju EU in nacionalno (255-257).

## 4.2 Regijske neenakosti v ranljivosti otrok v času epidemije novega koronavirusa

Avtorji: Tamara Narat, Urban Boljka, Maja Škafar, Mateja Nagode (vsi IRSSV)

Epidemija novega koronavirusa je radikalno in z neverjetno hitrostjo spremenila naša življenja. Otroci so skupina prebivalstva, ki so v povprečju manj od drugih starostnih skupin izpostavljeni bolezni covid-19. To pa še ne pomeni, da niso zaradi epidemije postali ranljivejši.

Podatkov o tem, kako doživljajo epidemijo in ukrepe za njeno zaježitev, ni veliko. Pri sodobnem raziskovanju vsakdanjega življenja otrok je pomembno, da informacije pridobimo neposredno od otrok. Le na podlagi takšnih podatkov lahko resnično stopimo v otroški svet, spoznamo njihove strahove in doživljanje epidemije ter posledično oblikujemo nadaljnje ukrepe tako znotraj protikoronske zakonodaje kot tudi širše družinske, socialne, kulturne in izobraževalne politike.

Da bi pridobili tovrstne podatke, smo na Inštitutu za socialno varstvo (IRSSV) v letu 2020 izvedli raziskavo, ki je imela za cilj pridobiti relevantne, zanesljive in otrokocentrične podatke o:

1. blaginji otrok med prvim valom epidemije covida-19 v Sloveniji, in sicer na naslednjih področjih:
  - duševno zdravje,
  - izobraževanje,
  - revščina,
  - uporaba IKT,
  - prosti čas,
  - družinski in vrstniški odnosi,
  - zdravi življenjski slog itd.;
2. informiranosti otrok o epidemiji
3. stališčih otrok do ukrepov države.

Pri tem je vsebinska zasnova raziskave sledila ključni premisi, da so epidemija in javnopolitični odzivi nanjo prinesli popolnoma novo in še ne doživeto družbeno realnost tudi za otroke. Zato raziskava temelji na merjenju učinkov epidemije in ukrepov za njihovo zaježitev v časovni perspektivi. Zanima nas torej, ali se je blaginja otrok med epidemijo izboljšala oz. poslabšala v primerjavi z obdobjem pred njo. Pomembna je torej časovna dimenzija, saj lahko le tako ocenimo, ali se je blaginja otrok poslabšala, in katera so bila tista področja blaginje, kjer so bili otroci med prvim valom epidemije najranljivejši (v primerjavi z obdobjem pred epidemijo). To nas vodi na področje javnih politik, ki so nagovarjale posamezna področja blaginje otrok, znotraj katerih bi morali v primeru poslabšanja oblikovati nove in učinkovitejše ukrepe, programe in strategije. Nadalje nas v kontekstu blaginje zanima, ali v zaznavah blaginje obstajajo razlike glede na različne demografske in druge značilnosti in kateri so tisti otroci (tiste skupine otrok), če sploh, ki so bili v prvem valu epidemije najranljivejši? V prispevku se pri tem podrobneje ukvarjamo predvsem z analizo regijskih razlik v ranljivosti med otroki (pri čemer nas še posebej zanima, v katerih statističnih regijah se je v času epidemije ranljivost otrok povišala in v katerih znižala ter identifikacija dejavnikov za razumevanje regijske slike ranljivosti otrok). Zbrane podatke analiziramo, tako da preverjamo teze o vplivu epidemije na poglobljanje razlik med otroki, saj predvidevamo, da so v prvem valu tiste skupine otrok, ki so že prej veljale za ranljive, v tem času postale še ranljivejše od drugih skupin otrok (na kar opozarja opozarja tudi Evropska komisija) (258).

Vemo, da ranljivost ni enakomerno razpršena med otroki, temveč se pojavlja v ekonomsko, socialno, zdravstveno deprivilegiranih okoljih. V kriznih časih (gospodarske, zdravstvene krize) pa se še bolj pogloblja. OECD med dejavniki ranljivosti otrok v času epidemije popiše omenjene razloge in konkretno izpostavi revščino staršev (in v povezavi s tem stanovanjske in druge materialne razmere, pomembne za blaginjo otrok, kot sta npr. hrana in dostop do informacijske komunikacijske tehnologije), nizko izobrazbo staršev, slabo fizično in duševno zdravje staršev in otrok, nasilje in zlorabe v družini, odsotnost vsaj ene odgovorne

osebe, ki skrbi za otroka (259). Tako kot velja, da se ranljivost otrok gosti v določenih družinskih okoljih bolj kot v drugih, opazamo, da podobno velja tudi za regije (več o tem v rezultatih). Otroci so v tem smislu na nepravilčen način dvojno prikrajšani, saj ne morejo vplivati na to, v katerih okoljih živijo – bodisi družinskih bodisi lokalnih oziroma regijskih. V prispevku se v nadaljevanju osredotočamo predvsem na nepravilne razlike med regijami glede ranljivosti otrok.

Ranljivost v prispevku opredelimo na več ravneh in upoštevamo ključna področja blaginje otrok, ki so v času epidemije novega koronavirusa še posebno pomembna, kot npr. psihična obremenjenost (v povezavi s počutjem, šolanjem, zaskrbljenostjo glede zdravstvenih in socialnih posledic epidemije), odnosi v družini in načini preživljanja prostega časa. Ranljivost otrok na regijski ravni izmerimo in predstavimo s pomočjo indeksa spremembe ranljivosti otrok (ISRO) (več o tem v metodologiji). Oblikovali smo ga z namenom, da bi lahko na pregleden in jasen način prikazali ranljivost otrok oz. spremembo te med prvim valom epidemije (v primerjavi z obdobjem pred njo). Indeks kompleksnost spremembe ranljivosti meri z eno samo vrednostjo in s tem omogoča jasen in enostaven odgovor na eno od naših raziskovalnih vprašanj, in sicer, ali (in v kolikšni meri) se je med prvim valom epidemije spremenila ranljivost otrok.

## 4.2.1 Rezultati

ISRO nam pomaga razumeti, za katere otroke se je situacija v času epidemije a) izboljšala (vrednosti indeksa pod 50), b) za katere se je poslabšala (vrednosti indeksa nad 50) in c) pri katerih otrocih je ostala bolj ali manj nespremenjena (vrednosti indeksa 50). ISRO je sestavljen iz treh podpodročij: a) psihične obremenjenosti<sup>19</sup>; b) socialno-kulturne pasivnosti<sup>20</sup>; c) aktivnosti, ki vodijo v odvisnost oz. pasivnost<sup>21</sup>.

Izračuni so pokazali, da se je ranljivost anketiranih otrok v splošnem le malenkostno poslabšala (**ISRO = 52,0**), kar je glede na to, da je šlo za izredno situacijo, ki je trajala razmeroma kratek čas (dva meseca), razumljivo (glej sliko 4.1). V času epidemije se je ranljivost tako povečala pri petini anketiranih otrok (pri 58,7 % otrok je situacija ostala nespremenjena, medtem ko se je izboljšala pri 21,8 % otrok).

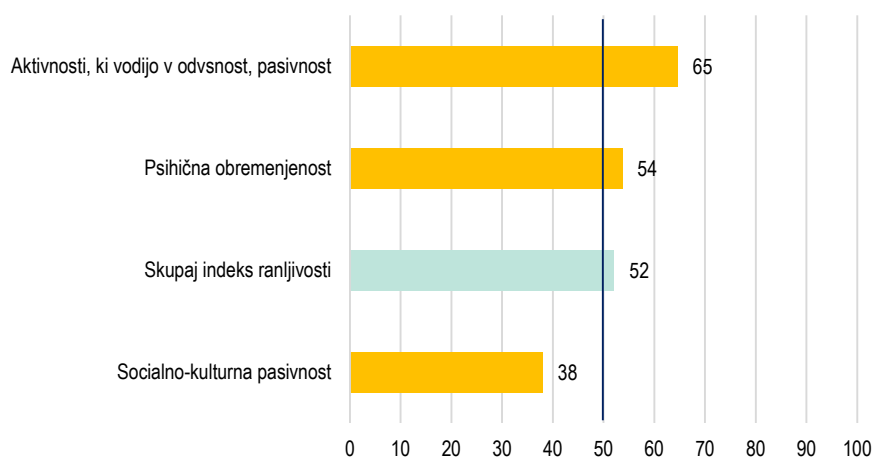
Predvidevali smo, da bo psihična obremenjenost v povprečju narasla v večji meri, kot to potrjujejo naši izračuni, saj so nevladne organizacije opozarjale na poslabšanje duševnega zdravja otrok v tem obdobju. O tem, kako težko se je bilo otrokom spopadati z novimi izzivi, ki jih je prinesla novonastala situacija, pričajo na primer podatki TOM telefona, ki kažejo porast duševnih stisk med otroki v času prvega vala epidemije (260). Ena od možnih razlag za razlike v ugotovitvah glede psihične obremenjenosti otrok je, da se je psihološki element močnejše odražal pri skupinah otrok in mladostnikov, ki so že tako ranljivi v tem smislu, medtem ko splošna populacija otrok na tem področju ni doživljala večjih pretresov. Precej se je sicer povečala ranljivost otrok na ravni aktivnosti, ki vodijo v odvisnost in odtujitev (npr. igranje računalniških igranic, gledanje videoposnetkov na YouTube, gledanje TV), se je pa na drugi strani celo izboljšal vidik socialno-kulturne pasivnosti (ISRO = 37,9), kar pomeni, da so se otroci in mladostniki med epidemijo pogosteje kot prej ukvarjali s športom, preživljali čas v naravi, umetniško ustvarjali in brali knjige<sup>22</sup>. Omenjeni vidik blaginje otrok precej izboljša skupni indeks sprememb ranljivosti otrok. Če ga ne bi upoštevali in bi v obzir vzeli le dve področji, ki kažeta poslabšanje stanja (torej psihično obremenjenost otrok in aktivnosti, ki vodijo v odvisnost in odtujitev), bi skupni indeks znašal 59,1 točk.

<sup>19</sup> Zaskrbljenost zaradi šole, zaskrbljenost glede socialnih in zdravstvenih posledic epidemije, psihološki odziv na epidemijo, počutje.

<sup>20</sup> Narava in šport, družina, kultura.

<sup>21</sup> Pasivna uporaba IKT.

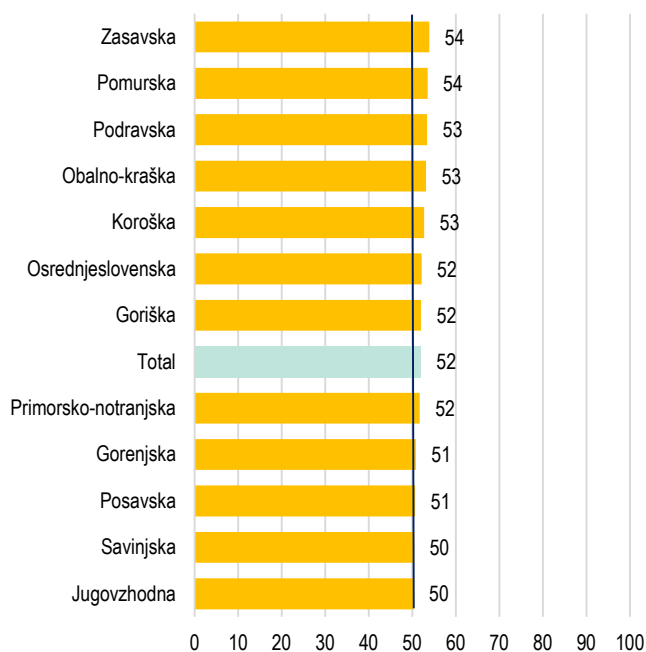
<sup>22</sup> Rezultati glede gibanja in izletov v naravo kažejo pozitivno sliko, saj je kar 57 % anketiranih otrok odgovorilo, da so v času epidemije pogosteje kot prej preživljali čas v naravi, prav tako se jih je 41 % opredelilo, da so se pogosteje ukvarjali s športom. So pa na drugi strani zaskrbljujoči podatki glede prehranjevalnih navad med epidemijo. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da je 15 % otrok odgovorilo, da so v tem relativno kratkem obdobju pogosteje uživali nezdravo hrano (npr. picea, pomfri, hamburger, sladkarije).



Slika 4.1: Indeks spremembe ranljivosti otrok po posameznih področjih ranljivosti

### Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na statistične regije

Ugotavljamo, da se ranljivost otrok med statističnim regijami ni veliko razlikovala in ne odstopa izrazito od povprečja. V jugovzhodni Sloveniji in savinjski regiji je ostala praktično nespremenjena. Ranljivost, ki je ostala na enaki ravni kot prej, lahko razumemo kot »enako dobro« oziroma »enako slabo«. V tem primeru gre pri obeh regijah za »enako (srednje) slabo«, saj velja savinjska regija za področje, kjer je blaginja otrok blizu povprečja, jugovzhodna Slovenija, na drugi strani, pa za področje, kjer je blaginja otrok podpovprečna (glej regijski indeks blaginje otrok) (205). Drugje se je ranljivost nekoliko povečala; največ v Zasavju (ISRO = 53,9). Regije, kjer se je ranljivost povečala v največji meri (Zasavje, pomurska, obalno-kraška, koroška regija) po RIBO veljajo za regije, kjer je blaginja otrok najnižja oziroma podpovprečna (Zasavje, rang: 12; obalno-kraška, rang: 11; koroška, rang: 10; pomurska, rang: 9). Omenjeno je v prid tezi, ki smo jo podali že pri interpretaciji podatkov o psihični obremenjenosti otrok, kjer navajamo, da naj bi se ranljivost otrok povečala pri že tako ranljivih skupinah otrok (izjema je jugovzhodna Slovenija, ki po RIBO zaseda 6. mesto in bi se morala potemtakem po izračunih indeksa spremembe ranljivosti otrok umestiti v skupino prej omenjenih najranljivejših statističnih regij).



Slika 4.2: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na statistične regije

Na podlagi podrobnejšega pregleda sestave skupnega indeksa lahko lažje razumemo, zakaj se jugovzhodna Slovenija kot izjema med regijami s sicer nizko blaginjo otrok uvršča tako visoko med statistične regije, na katere je imela epidemija najmanj vpliva. Odgovor je povezan z varovanjem blaginje otrok na področju aktivnosti, ki vodijo v odvisnost in odtujitev. Gre za podpodročje indeksa spremembe ranljivosti, kjer za jugovzhodno Slovenijo beležimo najnižji porast (tako med regijami s tradicionalno nizko blaginjo otrok kot tudi med regijami na splošno). Področje rabe IKT (oziroma varne uporabe IKT – torej prekomerne rabe interneta, izgube občutka za čas ob uporabi e-naprav, slabega počutja zaradi nedostopnosti interneta) je tisti element, ki jugovzhodno Slovenijo (skupaj s Koroško) loči od drugih regij z nizko blaginjo otrok. Po podatkih RIBO namreč za regije z nizko blaginjo otrok praviloma velja, da so na tem področju med najslabšimi. Za jugovzhodno Slovenijo pa, zanimivo, drži, da se z rezultati na tem področju umešča blizu slovenskega povprečja. V času epidemije se je trend le še potrdil oz. okrepil, kar nas ponovno napeljuje k potrditvi teze o tem, da so bili v času epidemije prvega vala bolj ranljivi tisti, ki so že pred tem veljali za ranljive.

	ISRO	rang	podindeksi ranljivosti					
			ISRO psih.	rang	ISRO soc-kul.pas.	rang	ISRO odv., odtujitev	rang
Jugovzhodna	50,3	1	53,5	5	36,9	4	60,5	1
Savinjska	50,4	2	52,5	3	37,2	5	61,6	2
Posavska	50,7	3	50,4	1	39,2	8	62,5	3
Gorenjska	50,8	4	51,9	2	36,4	3	64,1	7
Primorsko-notranjska	51,7	5	54,1	8	36,4	2	64,7	8
Povprečje	52		53,6		37,9		64,5	
Goriška	52	6	53,9	7	39,4	9	62,8	4
Osrednjeslovenska	52,1	7	52,9	4	37,6	7	66	10
Koroška	52,7	8	55,7	11	35,8	1	66,7	11
Obalno-kraška	53,2	9	53,9	6	42,1	12	63,5	5
Podravska	53,4	10	55,2	10	37,3	6	67,7	12
Pomurska	53,5	11	55,1	9	40,7	10	64,7	9
Zasavska	53,9	12	56,1	12	41,5	11	64,1	6

Slika 4.3: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na podindekse ranljivosti in range po statističnih regijah

Teza o poglobljanju razlik med skupinami otrok se je izkazala za pravilno na primeru kraja bivanja oz. statističnih regij, v katerih živijo anketirani otroci (v končnem poročilu se s preverjanjem teze podrobneje ukvarjamo še glede na spol in dohodek, kjer se naša predvidevanja potrdijo) (261). Predvidevamo lahko, da se bo neenakost med otroki izraziteje pokazala v drugem valu epidemije, saj v prvem valu velikih razlik med skupinami otrok ni bilo, če upoštevamo splošni indeks spremembe ranljivosti otrok.

Prav zaradi majhnih razlik med skupinami otrok se zdi, da je treba za interpretacijo stanja pogled usmeriti v analizo življenjskega sloga oz. preživljanja prostega časa (medtem ko pričakujemo, da bodo strukturne determinante imele večjo vlogo pri določanju ranljivosti otrok v drugem valu epidemije, ki trenutno poteka, in za katerega je že sedaj očitno, da bo nosil hujše posledice za družbo in gospodarstvo v primerjavi s prvim (izrazito slabša epidemiološka slika, napoved dlje časa trajajočega obdobja trajanja strogih ukrepov za zavezitev virusa ipd.). K temu nas napeljuje tudi dejstvo, da je največje spremembe (v negativnem smislu) v prvem valu epidemije doživelo področje blaginje otrok, ki se nanaša na rabo IKT. Tukaj je bila sprememba ranljivosti (v negativnem smislu) najbolj očitna. Izkazalo se je, da so v prvem valu epidemije na tem področju postale ranljivejše tiste skupine otrok, ki so že pred sprejetimi ukrepi za zavezitev novega koronavirusa veljale za ranljivejše (npr. otroci, ki živijo v zasavski statistični regiji).

## 4.2.2 Zaključek

Na splošno bi lahko ob površnem preletu rezultatov analize hitro zamahnili z roko in ugotovili, da se med prvim valom epidemije za otroke ni veliko spremenilo. To na površju dokazuje tudi indeks sprememb ranljivosti otrok (ISRO), ki smo ga na podlagi skrbno izbranih področij in kazalnikov oblikovali za namene analize. Navkljub temu je podrobnejša analiza pokazala, da je bilo med prvim valom epidemije kar nekaj skupin otrok, ki se jim je blaginja oz. nekatera področja blaginje poslabšali. To v največji meri velja za področje IKT, podrobneje negativnih vidikov uporabe IKT oz. povečanja aktivnosti, ki vodijo v odvisnost oz. odtujenost. Tu lahko izpostavimo še področje duševnega zdravja oz. psihološke obremenjenosti, kjer se je ranljivost prav tako povečala. Na omenjeni vidik velja pri oblikovanju ukrepov za omilitev posledic epidemije na blaginjo in kakovost življenje otrok še posebej opozoriti, saj je ohranjanje dobrega počutja in psihosocialnega zdravja otrok v Sloveniji izjemno pomembno, sploh ob zavedanju, da se Slovenija v mednarodnem merilu na tem področju ne umešča med najboljše države (262). Področje zdravja je tudi eden od petih stebrov predloga Priporočila Sveta o vzpostavitvi evropskega jamstva za otroke (263).

Po drugi strani je imela epidemija tudi nekatere pozitivne učinke na blaginjo otrok, saj se je ranljivost otrok na področju aktivnosti, ki lahko vodijo v kulturno in socialno pasivnost, izboljšala (v smislu povečanja količine časa, preživetega v naravi in z družinskimi člani, ter časa, namenjenega za kulturne dejavnosti, kot sta npr. umetniško ustvarjanje, branje ipd.).

Skupine otrok, za katere lahko trdimo, da so bile med epidemijo ranljivejše, so torej tiste, pri katerih beležimo povečanje ranljivosti na treh področjih ISRO (še posebno na področjih, kjer beležimo največje negativne spremembe). Med ranljive med prvim valom epidemije v večji meri sodijo otroci iz Zasavja, kjer je bilo več ranljivih otrok kot v ostalih regijah. Poleg omenjenih skupin opozarjamo na povečanje ranljivosti tudi drugih skupin otrok: otrok, ki živijo v regijah z nadpovprečnim poslabšanjem ranljivosti (pomurski, podravske, obalno-kraški, koroški).

Ena ključnih ugotovitev raziskave je, da so to (večinoma) skupine otrok, ki so bile ranljive že pred epidemijo, kar smo pokazali z analizo drugih dostopnih podatkov. To torej pomeni, da se je tem skupinam najbolj povečala ranljivost, a da so bile hkrati ranljive že prej, kar je povečevalo vrzel med različnimi skupinami otrok in ravno njihove ranljivosti med prvim valom epidemije. Razloge za večjo ranljivost teh skupin otrok lahko iščemo v kombinaciji socialno-ekonomskih značilnosti (npr. dohodek) in življenjskega sloga (kjer so se v analizi kot posebno ranljivi izkazali dečki).

Kot je razvidno iz rezultatov, je merjenje blaginje otrok med epidemijo zelo kompleksno, dejavniki, ki vplivajo na spremembe v ranljivosti otrok, pa raznovrstni in še zdaleč ne enoznačni. Tu gre opozoriti še na starostno heterogenost našega vzorca: vsakdanje življenje otrok iz prve triade osnovne šole in dejavniki, ki vplivajo nanj, se npr. precej razlikujejo od vsakdanjega življenja maturantov in dejavnikov, ki vplivajo na njihovo doživljanje sprememb vsakdanjega življenja med epidemijo. Tudi zato smo dejavnike opredeljevali ločeno po treh starostnih skupinah, o čemer podrobneje pišemo v zaključnem poročilu (261). Te razlike bi veljalo upoštevati tudi pri oblikovanju ukrepov.



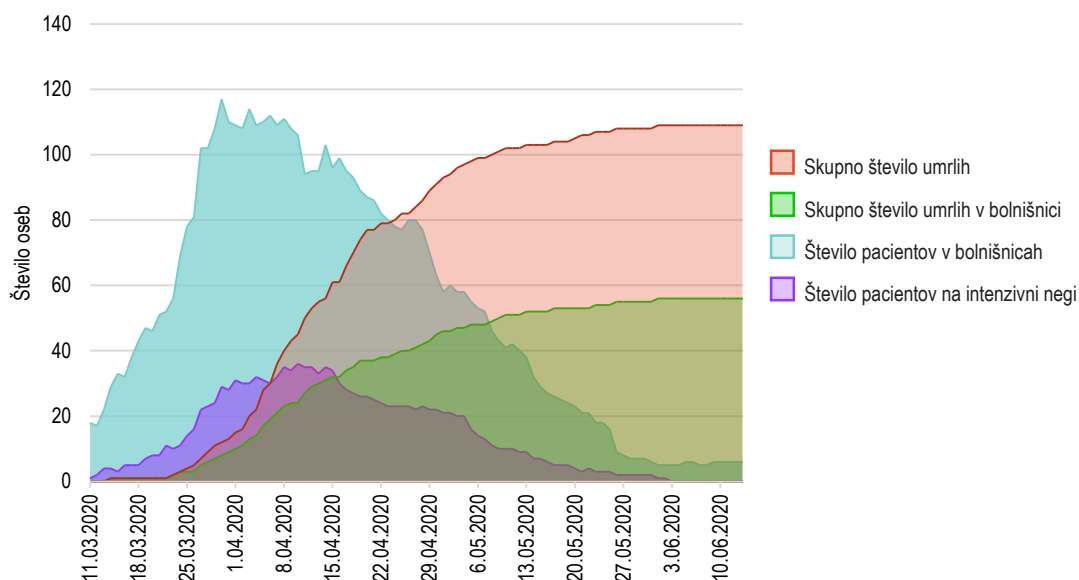
## 4.3 Neenakosti v zdravju v Sloveniji zaradi covid-19

Avtorja: Andrej Srakar, Miha Dominko (oba IER)

### 4.3.1 Uvod

Ko se je pandemija covid-19 v začetku leta 2020 razširila po vsem svetu, se je razširilo zanimanje za njeno statistično modeliranje. Glavni poudarek našega prispevka je analiza širjenja te bolezni in njenih glavnih značilnosti v Sloveniji z uporabo javno dostopnih podatkov o covidu-19 ter ocena njihovega vpliva na neenakosti v zdravstvenih kazalnikih.

Novi koronavirus SARS-CoV-2 se je hitro razširil po vsem svetu in močno vplival na vse vidike našega življenja. Eden ključnih razlogov za njegovo hitro širjenje je visoko 'efektivno' reprodukcijsko število okužbe  $R_t$ . Vrednost  $R_t$  predstavlja povprečno število ljudi, ki jih posameznik okuži v obdobju okužbe, pri čemer  $t$  predstavlja čas.  $R_t$  se lahko na primer spremeni zaradi vladnih posegov (npr. zaprtje šole ali popolna zapora). Ko je  $R_t < 1$ , se pojavnost novih primerov zmanjša, ko pa je  $R_t > 1$ , to narašča, dokler epidemija ne doseže vrhunca; po tem se pojavnost novih primerov začne zmanjševati zaradi (vsaj začasne) t. i. čredne imunosti. Ocene osnovnega (tj. začetnega in ne časovno pogojenega, efektivnega) reprodukcijskega števila  $R_0$  za SARS-CoV-2 se glede na način ocenjevanja zelo razlikujejo in znašajo približno 3. Tako visoko osnovno reprodukcijsko število vodi do strmega eksponentnega povečanja števila primerov, kar posledično povzroči hitro povečanje števila ljudi, ki potrebujejo zdravljenje ter skrb na oddelku za intenzivno oskrbo (ICU). Zaradi omejenih zmogljivosti zdravstvenega sistema to lahko privede do stanja, ko je nemogoče zagotoviti ustrezno oskrbo vsem bolnikom v stiski. Zato je za oblikovalce politik ključnega pomena, da ocenijo  $R_t$ , s pomočjo katerega lahko spremljajo širjenje epidemije. Toda za boljše razumevanje epidemioloških značilnosti nas zanimajo tudi ocene drugih kazalnikov, denimo stopnje smrtnosti zaradi okužb (tj. deleža smrtnih primerov med okuženimi posamezniki), deleža asimptomatskih primerov in napovedovanje števila hospitaliziranih bolnikov in bolnikov v ICU.



Slika 4.4: Število oskrbovancev v bolnišnicah in ICU v določenem dnevu, skupno število umrlih in število umrlih v slovenskih bolnišnicah, 4. marec–3. junij 2020

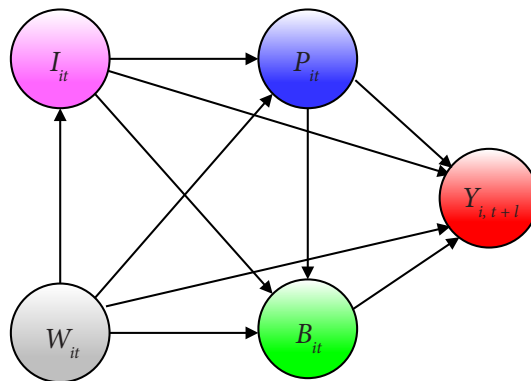
Vir: Manevski et al 2020 (264), ponoven izris na podlagi podatkov Covid-19 sledilnika.

V trenutni epidemiji covid-19 so številne vlade sprejele t. i. nefarmaceutske posege (angl. non-pharmaceutical interventions, NPI) za nadzor širjenja epidemije v svojih državah. Na voljo je veliko modelov za napovedovanje gibanja kazalnikov covid-19 s sprejetimi NPI, npr. 'oddelčni' (angl. compartmental) ali 'mrežni' (angl. network) modeli. Kot alternativa tema dvema pristopoma so bili predstavljeni tudi modeli, ki temeljijo na Bayesovem sklepanju.

### 4.3.2 Način raziskovanja in podatki

Vzročne učinke prvega zaprtja (angl. lockdown) v Sloveniji, ki se je zgodil 20. marca, smo ocenili z uporabo vzročnega modela, ki kombinira pristope potencialnih izidov in strukturnih enačb. Pri tem smo uporabili analizo posredovanosti (angl. mediation analysis), kjer skozi regresijsko analizo preučujemo, kako neka spremenljivka vpliva na drugo neposredno, pa tudi posredno preko učinka druge spremenljivke (mediatorja). Skupni učinek je vsota neposrednega in posrednega učinka.

V naši kratki analizi smo se naslonili na morda najbolj znani vzročni model epidemije v mednarodnem merilu avtorjev Victorja Chernozhukova, Hiroyukija Kasahare in Paula Schrimpf (265). V tem modelu ocenjujemo neposredne in posredne učinke nekega ukrepa na končni kazalnik epidemije, v model pa vključimo tudi spremenjeno obnašanje ljudi kot posledico ukrepov.



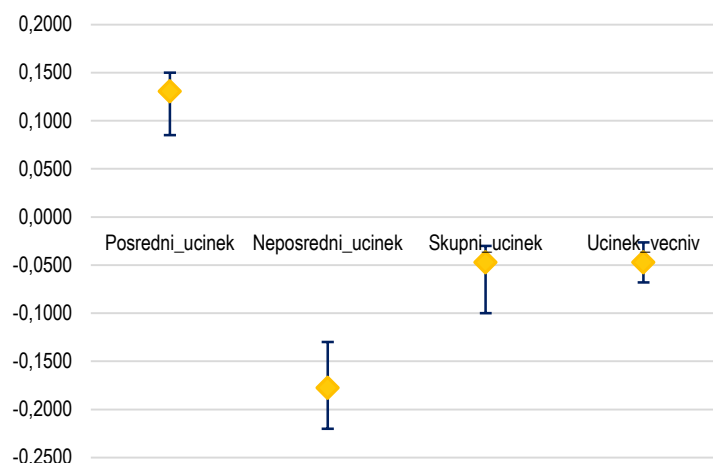
Slika 4.5: Osnovni diagram pristopa, kjer osrednje spremenljivke označujejo ukrepe politik ( $P$ ), spremenjeno vedenje ljudi ( $B$ ) in število pozitivnih primerov za SARS-CoV-2

Vir: Chernozhukov et al 2020 (265).

### 4.3.3 Rezultati

Rezultate prikazujemo spodaj. Uporabili smo model analize posredovanosti, ki smo ga ocenili po vseh slovenskih občinah v obdobju med 4. 3. in 1. 7. 2020 (uporabili smo t. i. večnivojske oz. multilevel/linearne mešane modele). Rezultati pokažejo, da je prisoten statistično viden učinek zaprtja države v velikosti približno 0,04 manjšega števila pozitivnih na virus SARS-CoV-2 v vsaki vključeni slovenski občini v vsakem dnevu po pričetku zaprtja države.

Sledeč modelu Chernozhukova in sodelavcev smo ocenili tudi vzročni učinek zaprtja države na število pozitivnih primerov brez upoštevanja regionalnih oziroma občinskih razlik in prišli do podobnih ocen: na ravni države smo našli neposredni učinek v višini 0,18 primera manj ter skupni (posredni in neposredni učinek) v višini 0,04 primera manj. Učinki v analizi posredovanosti ter večnivojski analizi zgoraj so prikazani na sliki 4.6.



Slika 4.6: Neposredni, posredni in skupni vzročni učinki zaprtja države na število pozitivnih primerov ter ocena učinka iz večnivojskega modela

Opomba in legenda: Pri vsaki oceni so na sliki tudi 95-odstotni intervali zaupanja. Posredni\_ucinek označuje oceno posrednega učinka zaprtja države na število pozitivnih primerov; Neposredni\_ucinek označuje oceno neposrednega učinka zaprtja države na število pozitivnih primerov; Skupni\_ucinek označuje seštevek posrednega in neposrednega učinka; Uciniek\_vecniv označuje skupni učinek zaprtja države na število pozitivnih primerov, ocenjen v večnivojskem modelu.

Ob koncu smo izvedli še dekompozicijo učinka z uporabo metodologije Oaxaca-Blinder, ki je pokazala, da k opaženemu skupnemu učinku spremenljivka starosti prispeva okrog 40 %, dohodka okrog 37 %, ter izobrazbe okrog 23 %. To potrди, da so bile zdravstvene neenakosti pri učinkih ukrepov (gre za neenakosti, vidne v vseh občinah) vidne, povezane pa so bile z osnovnimi socialno-ekonomskimi dejavniki.

### 4.3.4 Zaključki

Naša analiza je po naši vednosti prva objavljena na slovenski ravni, ki ocenjuje vzročne učinke epidemije na zdravstvene kazalnike z uporabo standardnih pristopov analize vzročnosti (pristopi potencialnih izidov in pristopi strukturnih enačb oz. usmerjenih acikličnih grafov). Uspelo nam je potrditi negativne vzročne učinke zaprtja države na število pozitivnih primerov ter oceniti točno vrednost zmanjšanja primerov kot posledico zaprtja. Ocenili pa smo tudi neenakosti oziroma razlike, ki so posledica različnih vključenih spremenljivk: starosti, dohodka in izobrazbe. Odgovornost političnih odločevalcev za ukrepanje v primerih, kot je epidemija SARS-CoV-2, je izjemno velika, saj zaustavitve javnega življenja prinesejo za seboj ekonomske, socialne, kulturne in druge posledice. Argumentacija učinka, še posebno glede na kazalnike neenakosti, je za take izjemne družbene pojave ključna, saj daje podlago za ocenjevanje političnih ukrepov z različnih vidikov in predvsem omogoča na dokazih podprto politično odločanje v prihodnje.

Model je dokaj zvesto sledil morda najbolj znani vzročni študiji epidemije in je s tega vidika pomemben tudi metodološko: gre za prispevek, objavljen v osrednji ekonometrični reviji, ki zaradi narave problema v bolj standardne ekonometrične pristope vključuje tudi modeliranje strukturnih enačb. Epidemija covid-19 je prinesla močan vzpon zanimanja za podatke ter matematična in statistična modeliranja. Pojmi, kot so reprodukcijsko število R, eksponentna krivulja, oddelčni epidemiološki modeli (zlasti tipa SIR in SEIR), statistični podatki in matematične napovedi, so postali del našega vsakdana. Prav tako je epidemija vzbudila še večje zanimanje za zanimive vzročne analize, ki so bile sicer v precejšnjem razmahu že vsaj zadnji dve desetletji, povezani z vzponom metod strojnega učenja in umetne inteligence. Naša analiza sicer uporablja preproste vzročne modele, poraja pa vprašanje, kako na tovrstna vprašanja odgovarjati tudi v bodoče. Dobro bi bilo, da bi vprašanje modelskih analiz politik in učinkov ukrepov postalo stalnica na ravni države.

## 4.4 Bo pandemija COVID-19 poglobila neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije?

*Avtorji: Ada Hočevar Grom, Andreja Belščak Čolaković, Darja Lavtar, Maruša Rehberger, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Matej Vinko, Urška Blaznik, Vida Fajdiga Turk, Matej Gregorič, Rok Poličnik, Helena Jeriček Klanšček (vsi NIJZ)*

### 4.4.1 Uvod

Z virusom SARS-CoV-2 se je do marca 2021 okužilo že preko 117 milijonov oseb po svetu, od tega preko 23 milijonov v državah EU in EEA. Zahteval je več kot 2,5 milijona žrtev, od tega več kot pol milijona v državah EU in EEA. Pred dobrim letom dni, ob začetku pandemije, bi se nam take številke zdele nepredstavljive. Sedaj pa smo soočeni z dejstvom, da bo število obolelih in umrlih še naraščalo. Že samo število okuženih oz. obolelih in umrlih zaradi covid-19 predstavlja zelo veliko breme za javno zdravje. Vedno več tistih, ki so bili okuženi z virusom SARS-CoV-2, poroča tudi o dolgotrajnih posledicah okužbe, kot so utrujenost, težave z dihanjem, 'možganska megla', motnje spanja, prebavni simptomi, tesnoba in depresija. Povečuje se tudi posredna škoda za zdravje ljudi zaradi izgube delovnih mest in prihodkov, dolgotrajnega zapiranja nekaterih dejavnosti, oteženega dostopa do zdravstvenega sistema v primeru zdravstvenih težav, ki niso povezane s covidom-19 in vsesplošne negotovosti glede sedanjosti in prihodnosti. Zgodovina (pandemija španske gripe leta 1918, izbruh gripe H1N1 leta 2009) in sedanjost dokazujeta, da virus sicer res ne izbira in lahko okuži vsakogar izmed nas, pa vendar v pandemiji nismo vsi v enakem položaju. Globalno gledano sta prevalenca bolezni in stopnja umrljivosti v vsaki pandemiji višji v manj razvitih državah, med socialno-ekonomsko šibkejšimi skupinami prebivalcev, med prebivalci, ki živijo v revnejših urbanih okoljih, ranljivimi skupinami prebivalcev itd. (266). Zato obstaja tveganje, da se bodo tako zaradi posledic okužb z virusom SARS-CoV-2 kot tudi zaradi ukrepov za njihovo preprečevanje in obvladovanje povečale socialno-ekonomske, etnične in geografske neenakosti tudi v pandemiji covid-19.

Ko govorimo o covidu-19, ne govorimo le o pandemiji, ampak o sindemiji s priključeno infodemijo (267-269). Koncept sindemije je razvil prof. Merrill Singer z namenom boljšega razumevanja povezanosti HIV/AIDS z uporabo različnih drog in nasiljem v ZDA v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Izraz združuje sinergijo in pandemijo ter se uporablja, kadar dve ali več bolezni medsebojno vplivata na način, ki povzroči večjo škodo kot zgolj vsota obeh bolezni. Na virus SARS-CoV-2 kot sindemično bolezen je septembra 2020 opozoril Richard Horton, glavni urednik revije *The Lancet*, v uvodniku z naslovom *Offline: COVID-19 is not a pandemic* (270). Pandemija covid-19 prihaja namreč v interakcijo z epidemijo kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so sladkorna bolezen, rak, srčno-žilne bolezni ipd., in se v socialnem in družbenem kontekstu kaže z neenakostjo v zdravju. Za obe epidemiji je značilno, da najbolj prizadeneta socialno-ekonomsko najšibkejše skupine prebivalcev.

Kot posledica dolgotrajne javno-zdravstvene krize, ki pomembno posega v vsakdan vsakega posameznika, se postopoma pojavi pandemska izčrpanost. Kaže se kot upad motivacije posameznikov za sledenje in upoštevanje ukrepov za preprečevanje in omejevanje prenosa okužbe in zmanjšano spremljanje novic o virusu SARS-CoV-2. Gre za naraven in pričakovan odziv ljudi, na katerega vplivajo posameznikova čustva, izkušnje in stališča. Če kriza dolgo traja, prihaja pri ljudeh do izčrpanosti kompenzatornih mehanizmov za obvladovanje krizne situacije in s tem pomanjkanja motivacije za upoštevanje priporočenih samozaščitnih vedenj. S psihološkega vidika pa se akutni stres spremeni v kroničnega, kar ima za posledico, da adrenalina zmanjkuje in ljudje smo vedno manj pripravljeni na 'boj' (271).

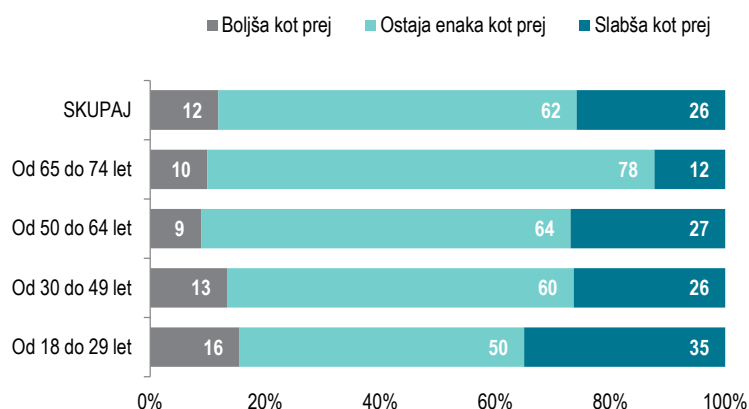
V Sloveniji smo ob koncu leta 2020 in v letu 2021 izvajali raziskavo o vplivu pandemije na življenje ljudi, ki smo jo poimenovali SI-PANDA 2020/2021. Namen te raziskave je bil analizirati in razumeti vedenje ljudi v povezavi s pandemijo covid-19 in oceniti pandemsko izčrpanost<sup>23</sup> v času med pandemijo in po njej. Želeli smo prepoznati in obravnavati vpliv pandemije, uvedenih ukrepov ter priporočil in odločitev, ki jih je sprejemala vlada, na življenje ljudi.

V prispevku so prikazani rezultati raziskave o vplivu pandemije na finančno situacijo, stik z zdravnikom, življenjski slog in duševno zdravje prebivalcev ter razlike med posameznimi skupinami prebivalstva. Prikazani so podatki 7. vala panelne spletne raziskave, ki je potekal od 26. 2. 2021 do 1. 3. 2021, in za področje duševnega zdravja iz 8. vala raziskave, ki je potekal od 12. 3. 2021 do 15. 3. 2021, ter nekaj primerjav s predhodnimi valovi raziskave (272-273).

## 4.4.2 Rezultati

### Vpliv pandemije na finančno situacijo

Izbruh pandemije covid-19 je ob strogih ukrepih za njeno zaježitev pomembno vplival na gospodarski sistem, saj so se zmanjšale dejavnosti v številnih sektorjih, kot sta npr. turizem in storitvena dejavnost, kjer je zaposleno veliko ljudi. Zato nas je v raziskavi zanimal vpliv pandemije na finančno situacijo v raziskavo vključenih oseb. Četrtnina v 7. valu anketiranih oseb (25,8 %) je menila, da je njihova finančna situacija v zadnjih 3 mesecih slabša kot prej. Svojo finančno situacijo so najslabše zaznavali najmlajši anketiranci v starostni skupini od 18 do 29 let (slika 4.7). Glede na zaposlitveni status pa se je nakazalo, da so svojo finančno situacijo v največji meri kot slabšo zaznavali brezposelni in samozaposleni, kar kaže neenakomeren vpliv pandemije v različnih skupinah prebivalcev.



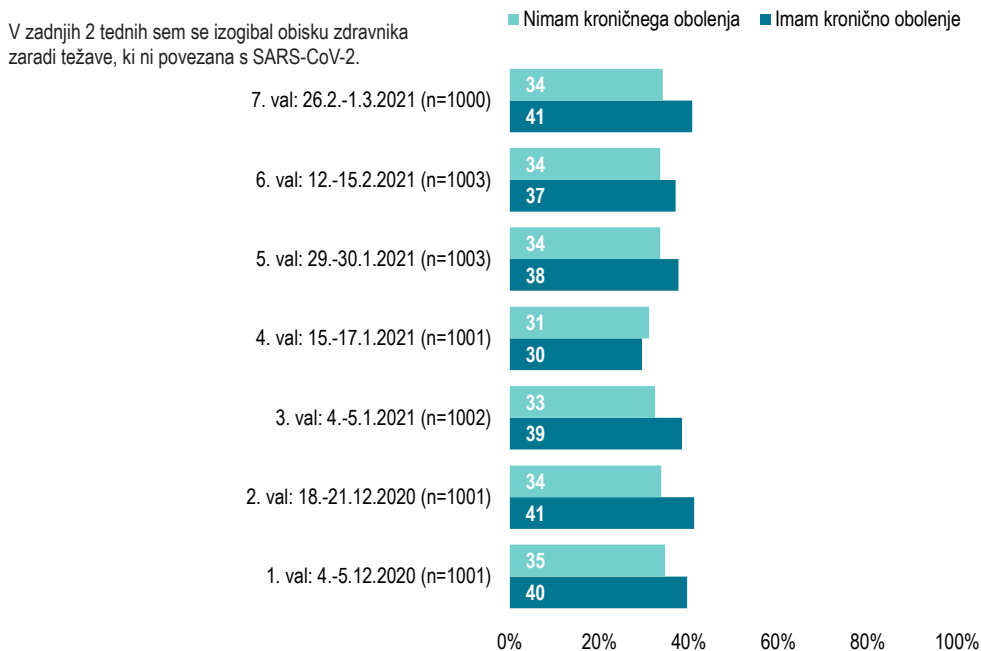
Slika 4.7: Zaznavanje finančne situacije v zadnjih 3 mesecih, skupaj in po starostnih skupinah

Vir: NIJZ.

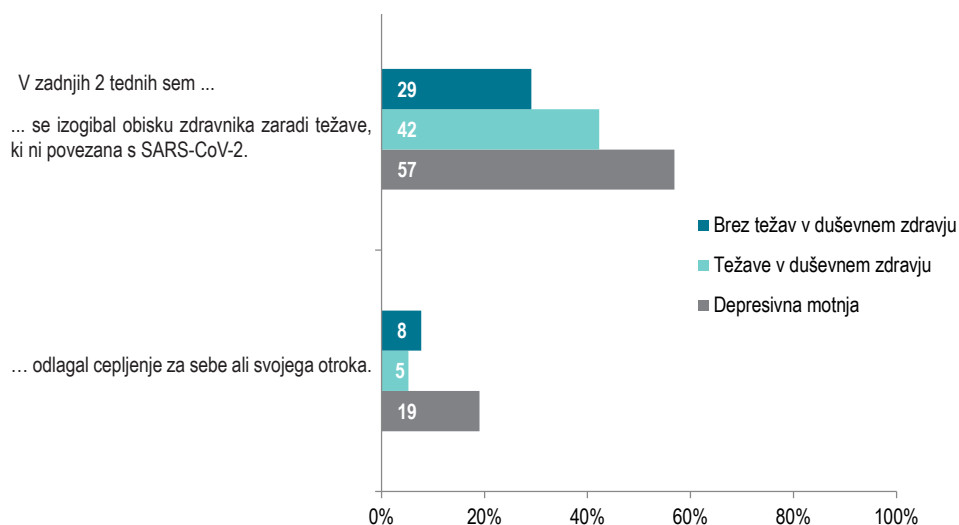
### Stik z zdravnikom

Da je pandemija covid-19 pomembno vplivala na pogostost stikov z zdravnikom in zdravstvenim timom, so pokazali podatki vseh sedmih valov raziskave. 31,1–34,7 % anketiranih oseb je navajalo, da so se izogibali obisku zdravnika zaradi težave, ki ni bila povezana s covidom-19. Še bolj zaskrbljujoč je podatek, da se je med tistimi s kroničnimi obolenji izogibal obisku zdravnika še višji delež oseb, in sicer 29,5–41,2 % (slika 4.8), med osebami z znaki depresivne motnje pa 46,9–63,3 % anketiranih oseb – v 7. valu se je med temi izogibalo obisku zdravnika 56,9 % oseb (slika 4.9).

<sup>23</sup> Pričakovani in naraven odziv ljudi na dolgotrajno javnozdravstveno krizo, ki bistveno posega v vsakdan posameznika. Pojavi se postopoma in nanjo vplivajo čustva, izkušnje in stališča. Sčasoma pri ljudeh pride do izčrpanosti kompenzatornih mehanizmov za obvladovanje krizne situacije in s tem pomanjkanja motivacije za upoštevanje priporočenih samozaščitnih vedenj ter s tem ogrožanja uspešnosti ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 med prebivalstvom.

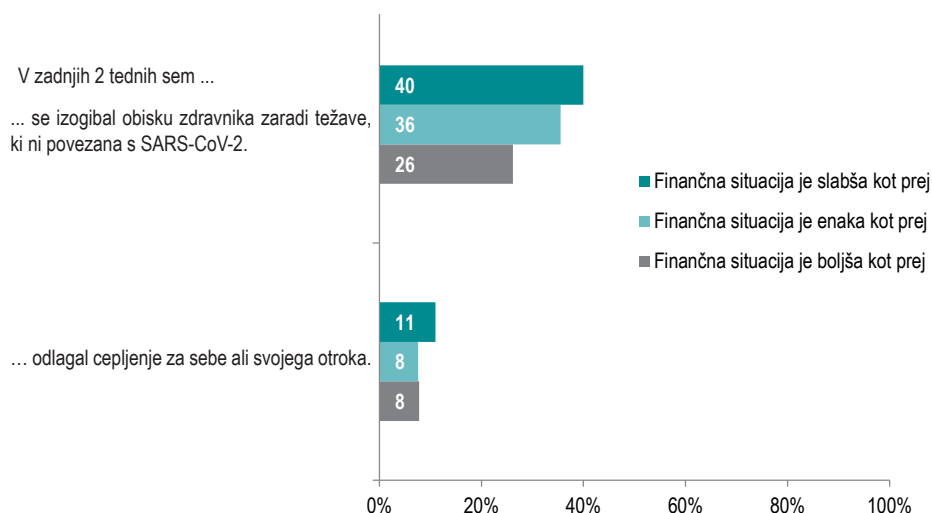


Slika 4.8: Izogibanje obisku zdravnika v zadnjih 2 tednih glede na prisotnost kronične bolezni, po valovih raziskave  
Vir: NIJZ.



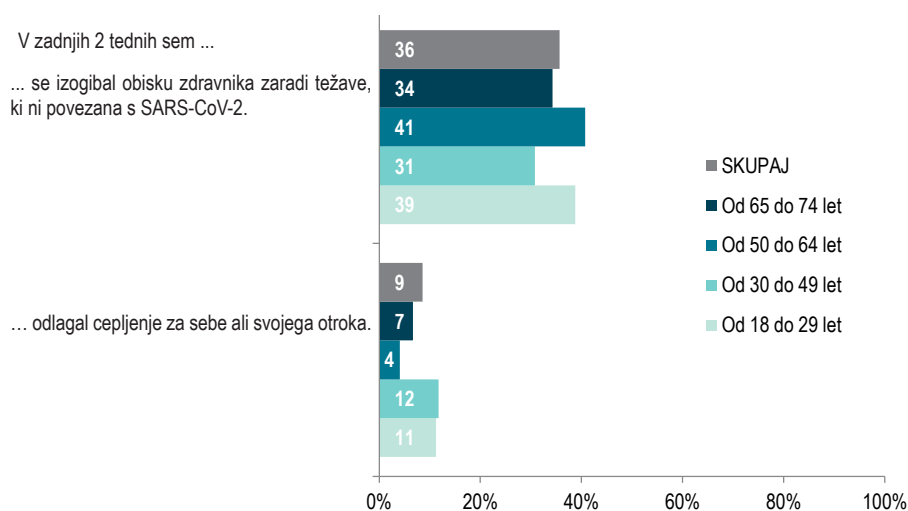
Slika 4.9: Izogibanje obisku zdravnika in odlaganje cepljenja v zadnjih 2 tednih, glede na prisotnost težav v duševnem zdravju  
Vir: NIJZ.

Delež tistih, ki so se izogibali obisku zdravnika, je bil visok tudi med anketiranimi osebami, ki so svojo finančno situacijo v zadnjih 3 mesecih ocenile kot slabšo kot prej, in sicer 34,4–46,7 %. V 7. valu se je 40,0 % tistih, ki so svojo finančno situacijo ocenili kot slabšo kot prej, v zadnjih 2 tednih izogibalo obisku zdravnika, 11,0 % pa jih je odlagalo cepljenje sebe ali svojega otroka (slika 4.10).



Slika 4.10: Izogibanje obisku zdravnika in odlaganje cepljenja v zadnjih 2 tednih, glede na oceno finančne situacije  
Vir: NIJZ.

Glede na starostne skupine so se v 7. valu raziskave najbolj izogibali obisku zdravnika najmlajši udeleženci raziskave (18–29 let) (38,8 %) in udeleženci, stari 50–64 let (40,7 %). Cepljenje sebe ali svojega otroka je odlagalo 11,3 % udeležencev, starih 18–29 let, in 11,7 % tistih, ki so stari 30–49 let (slika 4.11).



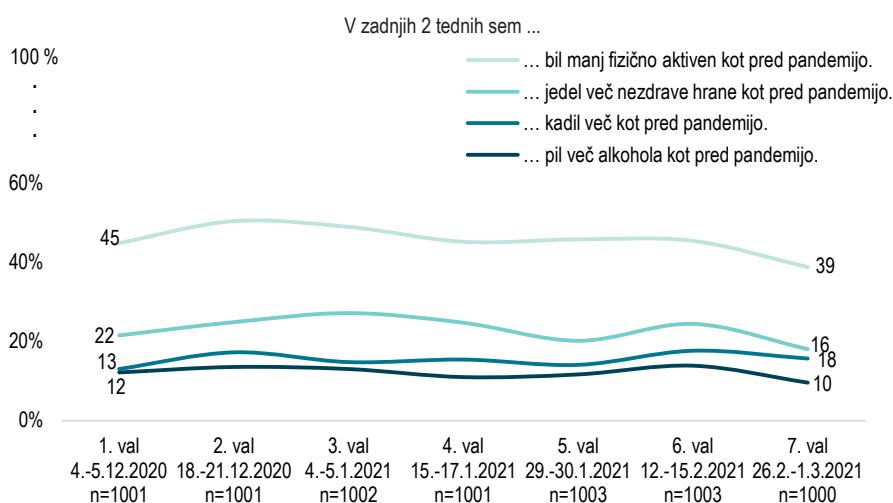
Slika 4.11: Izogibanje obisku zdravnika v zadnjih 2 tednih in odlaganje cepljenja, skupaj in po starostnih skupinah  
Vir: NIJZ.

Navedeno bo imelo za posledico poslabšanje epidemije kroničnih nenalezljivih bolezni, slabše duševno zdravje prebivalcev in s tem tudi povečano obremenitev zdravstvenega sistema po koncu pandemije covid-19.

## Spremenjen življenjski slog

Na poslabšanje epidemije kroničnih nenalezljivih bolezni bo vplival tudi slabši življenjski slog v času pandemije covid-19. V 7. valu raziskave sta skoraj dve petini anketiranih oseb (38,8 %) navedli, da sta bili v zadnjih dveh tednih manj telesno dejavni kot pred pandemijo, slaba petina (18,1 %) jih je jedla več nezdrave hrane kot pred pandemijo, 15,7 % anketiranih je kadilo več kot pred pandemijo, 9,6 % anketiranih pa je pilo več alkohola kot pred pandemijo (slika 4.12).

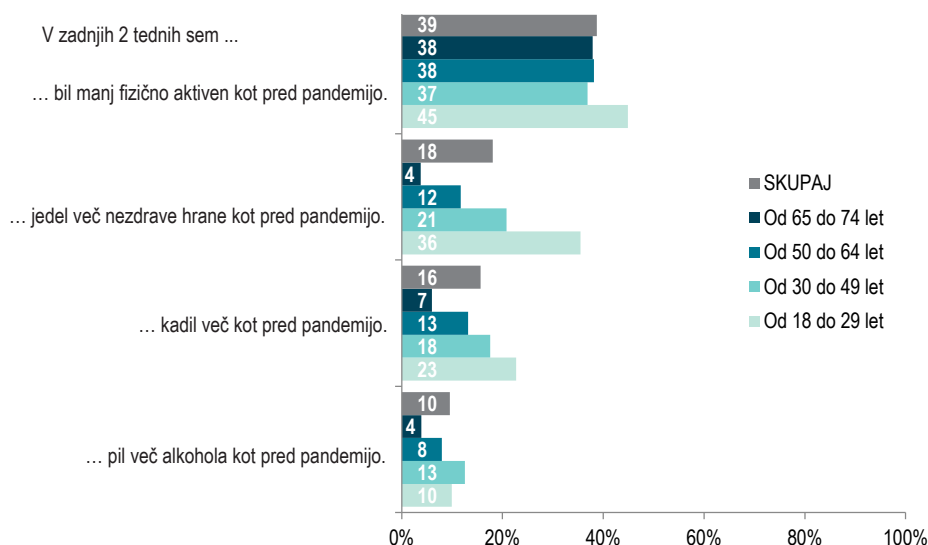
Če primerjamo vse dosedanje valove raziskave, je pandemija med dejavniki življenjskega sloga najbolj vplivala na zmanjšanje telesne dejavnosti. V 7. valu raziskave so bile sicer opazne spremembe proti bolj zdravemu življenjskemu slogu – manjši je bil delež telesno manj dejavnih, manjši delež tistih, ki so jedli več nezdrave hrane ter manjša deleža tistih, ki so kadili več ali pili več alkohola kot pred pandemijo (slika 4.12). Zaznane spremembe bi lahko pripisali podaljšanemu dnevu v času, ko je potekal 7. val raziskave, izboljšanju vremena in boljšim možnostim za gibanje v naravi ter zimskim počitnicam. Obenem je prišlo v tem času tudi do delnega sproščanja ukrepov, kar je prav tako omogočilo večjo mobilnost ljudi.



Slika 4.12: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, skupaj, po valovih raziskave

Vir: NIJZ.

O najbolj nezdravih življenjskih navadah so poročali najmlajši udeleženci raziskave (18–29 let), ki so bili v 7. valu raziskave kar v 44,9 % manj telesno dejavni kot pred pandemijo, uživali so več nezdrave hrane (35,5 %) in več so kadili kot pred pandemijo (22,7 %) (slika 4.13).

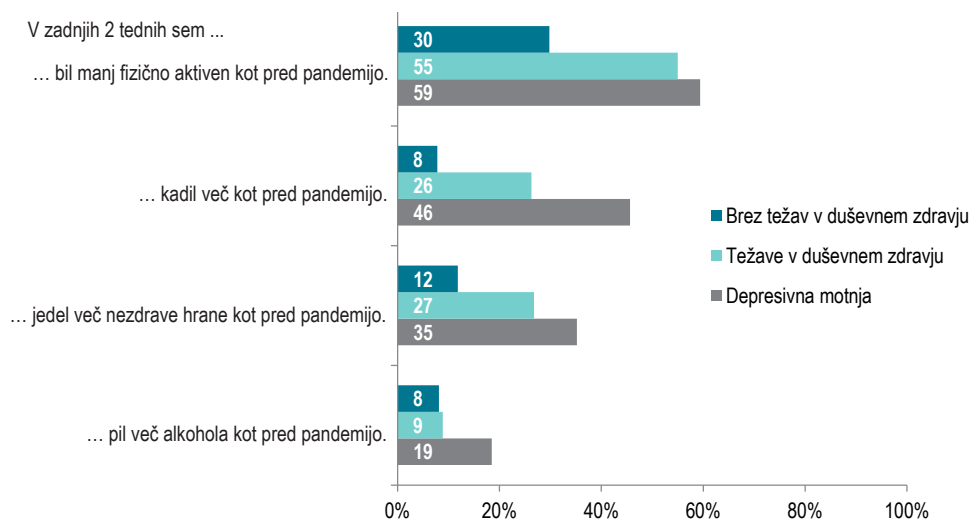


Slika 4.13: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, skupaj in po starostnih skupinah

Vir: NIJZ.



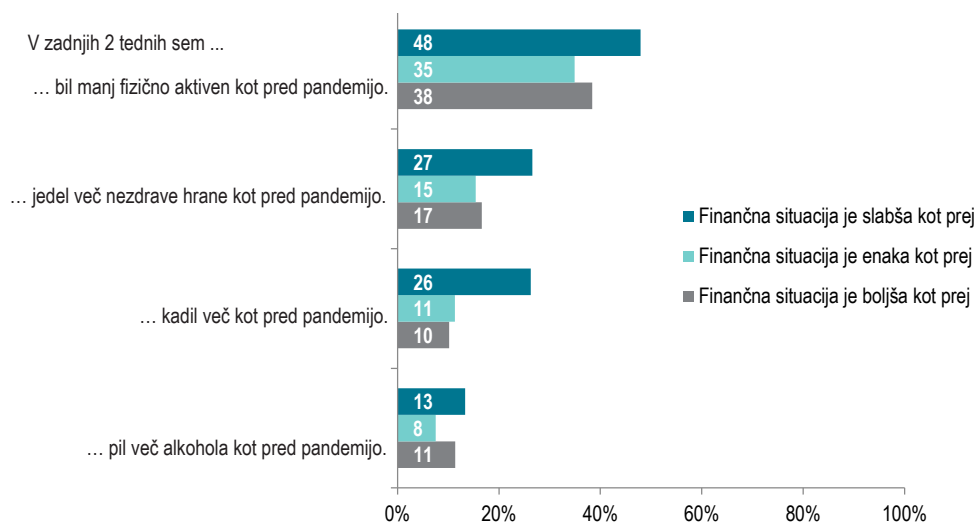
Še posebno veliko poslabšanje življenjskega sloga je bilo zaznati v skupini anketiranih oseb s težavami v duševnem zdravju in znaki depresivne motnje. Med njimi je bilo v zadnjih dveh tednih 55,0 % oz. 59,4 % manj telesno dejavnih kot pred pandemijo, 26,8 % oz. 35,2 % jih je uživalo več nezdrave hrane kot pred pandemijo, 26,3 % oz. 45,7 % jih je več kadilo in 8,9 % oz. 18,5 % jih je pilo več alkohola kot pred pandemijo (slika 4.14). Osebe s težavami v duševnem zdravju so ena od ranljivejših skupin prebivalstva, na katere ima pandemija covid-19, glede na rezultate raziskave, še posebno neugoden vpliv.



Slika 4.14: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, glede na prisotnost težav v duševnem zdravju

Vir: NIJZ.

Skoraj polovica anketiranih oseb (47,9 %), ki so svojo finančno situacijo v zadnjih 3 mesecih ocenile slabše kot prej, je bila v zadnjih 2 tednih pred anketiranjem manj telesno dejavna kot pred pandemijo, 26,6 % jih je jedlo več nezdrave hrane, 26,3 % jih je več kadilo in 13,3 % jih je pilo več alkohola kot pred pandemijo (slika 4.15).



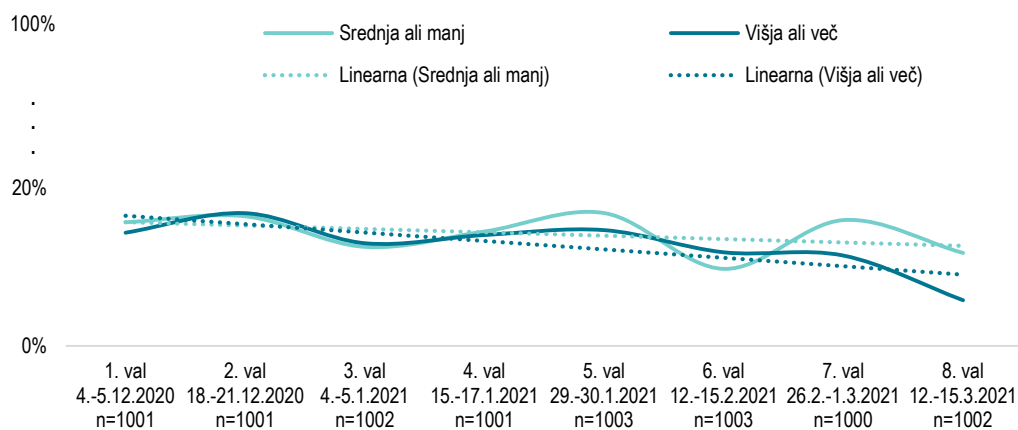
Slika 4.15: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, glede na oceno finančne situacije

Vir: NIJZ.

## Duševno zdravje

Neenakosti v duševnem zdravju smo v Sloveniji prepoznavali že v obdobju pred pandemijo. Z izbruhom pandemije je bilo celotno prebivalstvo izpostavljeno različnim in številnim obremenjujočim okoliščinam in dejavnikom, ki pomembno vplivajo na duševno zdravje. Zagotovo pa ni bilo doživljanje pandemije enako za vse. V raziskavi SI-PANDA smo preverjali, ali so bile med pandemijo prisotne neenakosti tudi v duševnem zdravju prebivalcev.

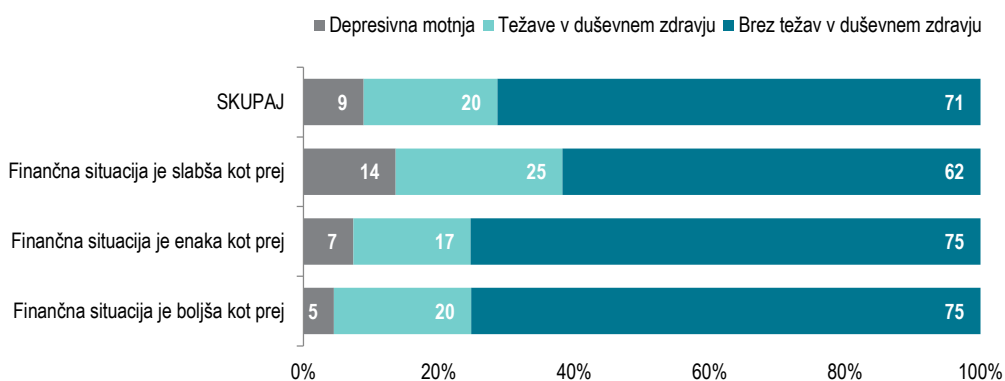
V 8. valu raziskave se je delež anketiranih, pri katerih smo zaznali povišano tveganje za pojav depresivne motnje, večal od najvišje do najnižje izobraženih. Tako je bil med osebami z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo delež skoraj trikrat večji kot med osebami z višješolsko ali višjo izobrazbo. Če razdelimo udeležence v dve skupini, kjer ima ena srednješolsko ali nižjo izobrazbo, druga pa višješolsko ali višjo, lahko v pregledu rezultatov preteklih valov opazimo razhajanje v deležu oseb s tveganjem za pojav depresivne motnje, ki se je najbolj izrazito pojavilo v 7. in 8. valu raziskave (slika 4.16). Če je bil delež prebivalcev v duševni stiski v začetku raziskave približno enak ne glede na doseženo stopnjo izobrazbe, se je ta stiska v zadnjih meritvah hitreje zmanjševala pri višje izobraženih.



Slika 4.16: Prisotnost tveganja za pojav depresivne motnje glede na doseženo stopnjo izobrazbe, po valovih raziskave

Vir: NIJZ.

Podobna smer razporeditve deležev je prisotna, tudi če primerjamo povezanost tveganja za pojav depresivne motnje s finančnim stanjem v zadnjih 3 mesecih. Med prebivalci, katerih finančno stanje v zadnjih 3 mesecih je bilo slabše kot prej, je bilo 13,6 % takšnih, ki so imeli povečano tveganje za pojav depresivne motnje. Med tistimi, ki se jim je v preteklem obdobju finančno stanje izboljšalo, pa je bil delež 4,5-odstoten (slika 4.17).



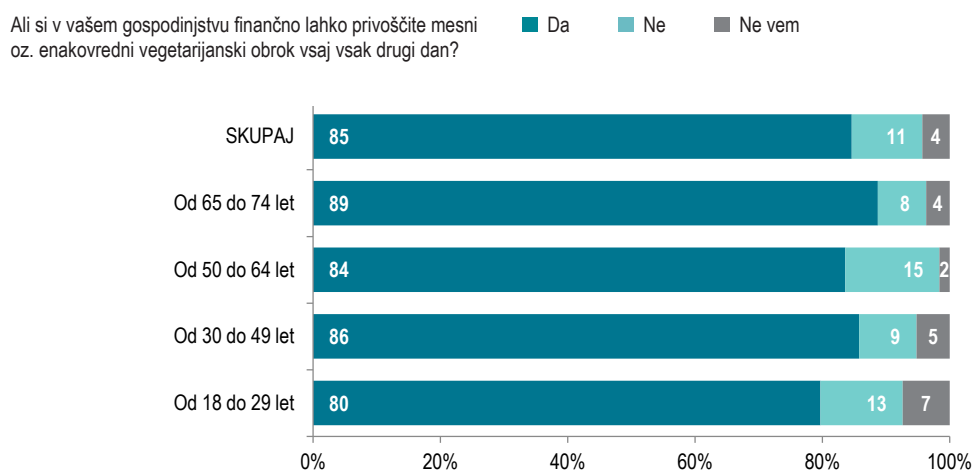
Slika 4.17: Težave v duševnem zdravju, skupaj in glede na oceno finančne situacije v zadnjih 3 mesecih

Vir: NIJZ.

Na podlagi prikazanega lahko sklepamo, da se tudi v času pandemije covid-19 neenakosti v duševnem zdravju odražajo po podobnem vzorcu, kot smo ga opazovali pred pandemijo. Ali je pandemija neenakosti v duševnem zdravju še dodatno povečala, na podlagi prikazanih podatkov ni mogoče sklepati z zadostno gotovostjo. Vsekakor pa s predstavljenim opozarjamo, da rezultati raziskave SI-PANDA nakazujejo večanje neenakosti med pandemijo tudi na področju duševnega zdravja.

### Med pandemijo se je spremenila naša prehrana

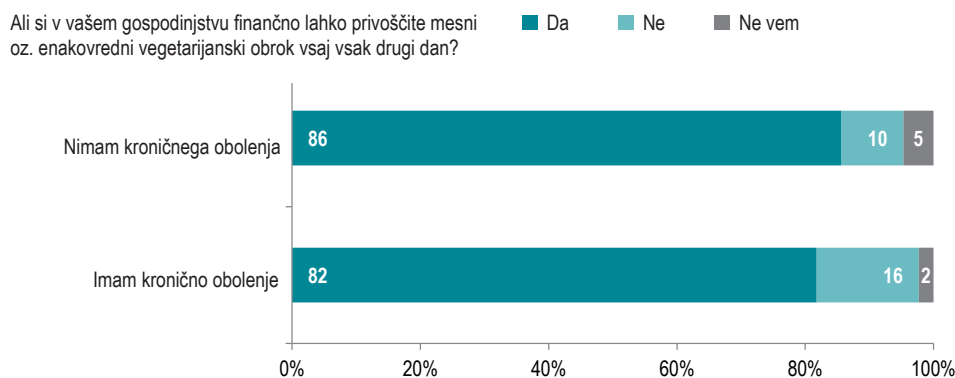
Prehrana je eden od dejavnikov življenjskega sloga, ki vpliva na delovanje imunskega sistema in je povezana s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Pomemben del uravnotežene prehrane so kakovostna beljakovinska živila (meso, jajca, mleko in mlečni izdelki ipd.), ki spadajo v dražje kategorije živil. V raziskavi nas je zanimalo, ali si gospodinjstva anketiranih oseb finančno lahko vsaj enkrat na dva dni privoščijo taka živila. Dobra desetina (11,1 %) anketirancev je navedla, da si v njihovem gospodinjstvu finančno ne morejo privoščiti mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsak drugi dan. Največ takih je v starostni skupini 50–64 let (14,8 %) (slika 4.18).



Slika 4.18: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, skupaj in po starostnih skupinah

Vir: NIJZ.

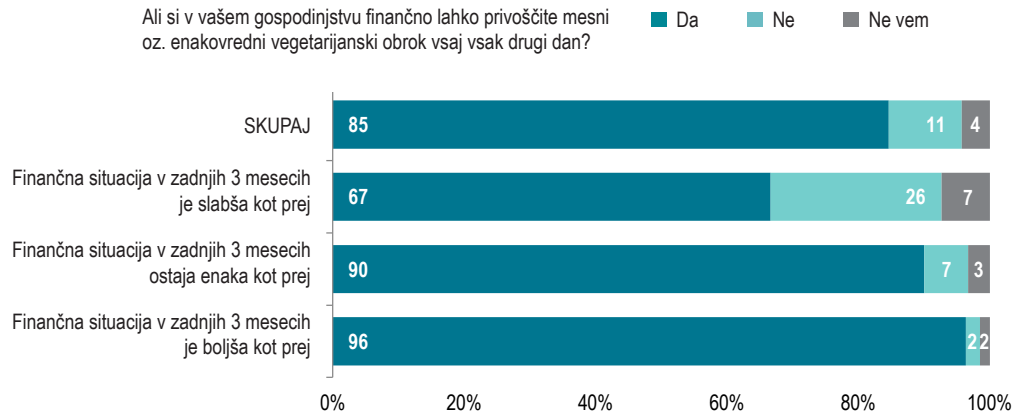
Finančno si ne more privoščiti mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsaj vsak drugi dan 15,9 % oseb, ki imajo kronično obolenje (slika 4.19).



Slika 4.19: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, glede na prisotnost kroničnega obolenja

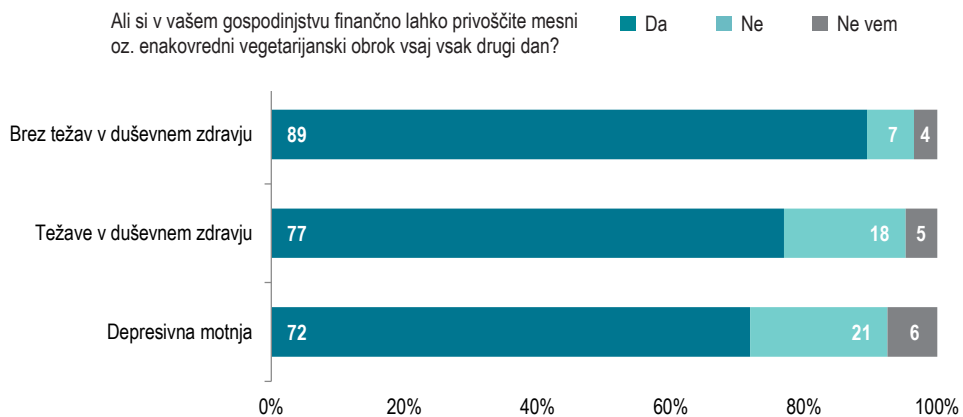
Vir: NIJZ.

Najvišji odstotek tistih, ki so navedli, da si v njihovem gospodinjstvu težko zagotavljajo kakovostna beljakovinska živila v prehrani, je bilo med tistimi, ki so svojo finančno situacijo v zadnjih 3 mesecih pred dnem anketiranja ocenili kot slabšo kot prej, takih je bila kar četrtina (26,0 %) (slika 4.20). Enako je odgovorila tudi približno petina tistih, ki so poročali o težavah v duševnem zdravju (18,2 %) ali znakih depresivne motnje (20,6 %) (slika 4.21).



Slika 4.20: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, skupaj in glede na oceno finančne situacije

Vir: NIJZ.



Slika 4.21: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, glede na prisotnost težav v duševnem zdravju

Vir: NIJZ.

### 4.4.3 Zaključek

Navedeni izsledki raziskave kažejo, da se tudi v Sloveniji že srečujemo z znaki pandemske izčrpanosti. Pandemija covid-19 kaže vpliv na finančno situacijo, stik z zdravnikom, življenjski slog in duševno zdravje prebivalcev predvsem pri nekaterih najranljivejših skupinah prebivalcev. Če je epidemija nalezljive bolezni covid-19 prizadela predvsem starejšo populacijo, pa so posledice ukrepov povezanih za njeno zajezitev prizadele predvsem mlade, kar se kaže tako v poslabšanju njihove finančne situacije, življenjskega sloga in debelosti kot tudi duševnega zdravja. Kot posebno ranljivo skupino je treba izpostaviti osebe s kroničnimi obolenji in še zlasti osebe s težavami v duševnem zdravju, na katere je imela pandemija covid-19, glede na rezultate raziskave, izrazito neugoden vpliv.

Prikazani prvi rezultati raziskave SI-PANDA kažejo, da se bomo v Sloveniji v prihodnosti soočali z dolgoročnimi posledicami pandemije covid-19 ne samo zaradi velikega števila obolelih in umrlih oseb, ampak tudi zaradi širšega vpliva pandemije na življenje in življenjski slog prebivalcev. Zaradi sindemične narave covid-19 lahko pričakujemo porast kroničnih nenalezljivih bolezni in težav v duševnem zdravju ter s tem slabše zdravje prebivalcev, povečano obremenitev zdravstvenega sistema, pa tudi povečevanje razlik med posameznimi skupinami prebivalcev in s tem naraščanje družbenih neenakosti. Pričakovani padec svetovnega gospodarstva v obdobju po covidu-19 pa bi lahko, v primeru strogih varčevalnih ukrepov na področju zdravstva in socialnega varstva, neenakosti v zdravju dodatno poglobil. Zato so ključnega pomena pravočasni ukrepi politike tako na področju zdravstva in socialne zaščite kot tudi drugih področjih, da se prepreči povečevanje neenakosti v zdravju bodočih generacij (266).

## **5 MULTIDISCIPLINARNI IN MEDSEKTORSKI POGLED NA PRIKAZANE PODATKE IN INFORMACIJE S PRIPOROČILI ZA POLITIČNE ODLOČEVALCE ZA IZBOLJŠANJE STANJA**

*Avtorji (po abecednem vrstnem redu organizacij):*

*Boris Majcen, Andrej Srakar (oba IER)*

*Urban Boljka, Mateja Nagode, Tamara Narat (vsi IRSSV)*

*Simona Rajšp, Ružica Boškič (obe MDDSZ)*

*Mišela Mavrič (MIZŠ)*

*Urška Erklavec, Vesna Kerstin Petrič (obe MZ)*

*Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ivanka Huber, Tatjana Kofol Bric, Andreja Mezinec, Sandra Radoš Krnel,  
Monika Robnik Levart, Olivera Stanojevič Jerkovič (vse NIJZ)*

*Lejla Fajić, Janja Pečar, Eva Zver (vse UMAR)*

Poročilo obravnava socialno-ekonomske neenakosti v zdravju, izražene najpogosteje s podatki o spolu, starosti, izobrazbi in geografskimi oziroma teritorialnimi razlikami. Gre za razlike v zdravju oz. zdravstvenih izidih v populaciji, ki jih lahko preprečimo, torej so nepravilne (5). K zmanjševanju neenakosti v zdravju pomembno prispeva tudi dostopnost zdravstvenega sistema za vse skupine prebivalstva v enaki meri, ne glede na socialno-ekonomske okoliščine.

Posamezna poglavja v poročilu se dotikajo tudi družbenih neenakosti, kar omogoča razumevanje koncepta neenakosti v širšem družbenem kontekstu. Recenzentka prof. dr. Majda Pahor jih je opisala takole: »Neenakosti so različnih vrst. Neenakosti v zdravju niso rezultat razlik v osebnih fizičnih ali duševnih značilnostih, talentih, prepričanjih, ampak predvsem razlik v dostopu do virov in pogojev za kakovostno življenje. Ti viri in pogoji pokrivajo tako materialne kot okoljske in odnosne oz. socialne vidike. Če so ustrezni, omogočajo, da vsakdo razvije in izkoristi svoje nadarjenosti in ublaži svoje omejitve.«

Tretje slovensko poročilo 'Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju' je nastajalo v sodelovanju s predstavniki več nacionalnih analitskih in raziskovalnih ustanov – Inštituta za ekonomska raziskovanja (IER), Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), Urada Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (UMAR), Onkološkega inštituta (OI) ter Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ki je pripravo tudi koordiniral. Kompetence sodelujočih inštitucij so omogočile analizo neenakosti skozi kazalnike in študije primerov v medsektorskem in multidisciplinarnem kontekstu. Sodelujoči so si prizadevali za premik od poročanja o stanju na področju neenakosti k poročanju o vplivih politik oziroma ukrepov na nepravilne neenakosti v zdravju, dostopnosti zdravstvenega sistema in širše. Del publikacije je tako namenjen predstavitvi vrzeli pri izbranih kazalnikih neenakosti v zdravju in blaginji ter neenakosti v dostopnosti zdravstvenega sistema in dolgotrajne oskrbe med različnimi skupinami prebivalcev. Prikazani so rezultati individualnih in skupinskih razgovorov o neenakostih med ranljivimi skupinami. Predstavljene pa so tudi argumentirane analitične podlage za odločevalce o povezavah med posameznimi izpostavljenimi nacionalnimi ukrepi oziroma politikami in neenakostmi v zdravju. Pri opisovanju nacionalnega konteksta se upošteva tudi širši kontekst EU, kjer nastajajo številne pobude v podporo vključevanju zdravja v vse politike, kot so Evropski steber socialnih pravic, Poročilo Sveta o vzpostavitvi evropskega jamstva za otroke, Evropski načrt za boj proti raku, Zelena knjiga o staranju, in v tem trenutki ključna – načrt okrevanja NextGenerationEU, ki podpira bolj zeleno, bolj digitalno in odpornejšo EU.

Gremo po vrsti. Vsebine publikacije so razporejene v šest poglavij: uvod, prikaz neenakosti s pomočjo kazalnikov, prikaz povezav med politikami in ukrepi ter neenakostmi, neenakosti zaradi pandemije covid-19 in povezanih družbenih sprememb v letu 2021 ter zaključki s priporočili in metodološke priloge. V prvem poglavju smo opisali, kako se je v javnem zdravju razvijalo spremljanje in poročanje o neenakostih v zdravju, kako bogat je bil nacionalni razvoj in kako pomembni sta strokovno sledenje in sodelovanje v mednarodni skupnosti. Marsikateri razvojni napredek na področju neenakosti pri nas je nastal na podlagi

znanja in zgledov drugih držav, **sami pa bomo tokrat v zakladnico znanja prispevali drugačen pristop v poročanju, ki vključuje poročanje o vplivih politik in ukrepov na neenakosti v zdravju.** Tak pristop zahteva sodelovanje več strok in resorjev ter razvoj kapacitet na različnih raziskovalnih področjih – kar poudarjamo tudi v zaključku.

V drugem poglavju publikacije smo prikazali neenakosti v družbi s pomočjo različnih kazalnikov zdravja, determinant življenjskega sloga, socialno-ekonomskih determinant zdravja ter kazalnikov neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

Obsežno prikazujemo kvantitativne kazalnike, ki osvetljujejo neenakosti v zdravju v Sloveniji glede na socialno-ekonomski položaj posameznika. Z mednarodno primerljivimi kazalniki umeščamo neenakosti v mednarodni kontekst. Med državami EU je glede na kazalnike zdravja Slovenija pogosto blizu povprečja, razlike pa obstajajo tako med državami kot znotraj njih. Glede socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju se Slovenija podobno kot druge države pri nekaterih kazalnikih umešča dobro ali zelo dobro (npr. prevalenca kroničnih bolezni, debelost pri moških, kajenje pri ženskah, neizpolnjene potrebe po zdravljenju zaradi čakalnih dob), pri drugih pa precej slabo (npr. debelost žensk, samoocena zdravja, obiski pri specialistu in zobozdravniku, neizpolnjene potrebe po zdravljenju zaradi oddaljenosti (4).

Večletno spremljanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju nam pri izbranih kazalnikih omogoča spremljanje podatkov o tem, ali se neenakosti v zdravju med nižjim in višjim slojem prebivalstva večajo ali manjšajo. Za našo družbo velja, da se zmanjšujejo vrzeli med socialno-ekonomskima skupinama nizko in visoko izobraženih in hkrati prebivalci svoje zdravje v povprečju ocenjujejo kot boljše, živijo dlje, manj umirajo zaradi poškodb v nezgodah in hitreje iščejo pomoč zaradi duševnih težav v primerjavi z desetletjem nazaj. Neugodni trendi za Slovenijo kot celoto in pri povečevanju neenakosti se kažejo pri koriščenju zdravstvenih storitev v nosečnosti, škodljivi rabi in posledicah alkohola ter razširjenosti sladkorne bolezni, visokega krvnega tlaka in depresivne motnje. Tokrat prvič prikazujemo nove primere rakov po izobrazbi obolelih. Opažamo socialno-ekonomski gradient pri rakah, ki so povezani z dejavniki vedenjskega sloga, ne pa sprememb v vrzeli med skupinama. Pri kazalnikih prezgodnje umrljivosti in samomora vidimo izboljšanje na ravni Slovenije, se pa vrzeli po socialno-ekonomskem položaju ne zmanjšujejo.

Obsežneje kot v preteklih dveh publikacijah so predstavljeni tudi kazalniki neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Kazalniki neizpolnjenih potreb po zdravstveni oskrbi in izdatkov za zdravstvo kažejo majhne neenakosti po socialno-ekonomskih skupinah. Neenakosti v zdravju se povečujejo zaradi podaljševanja čakalnih vrst, saj si neposredna plačila iz žepa lahko privoščijo le premožnejši. Izrazito se povečujejo neposredni izdatki prebivalcev za dolgotrajno oskrbo, obenem pa obstaja določen delež potreb po dolgotrajni oskrbi neizpolnjenih.

V tokratno publikacijo smo dodali tudi pregled socialno-ekonomskih determinant zdravja. Med kazalniki socialnega položaja izpostavljamo stopnjo tveganja revščine otrok, ki je eden osnovnih kazalcev ogroženosti otrok tako v materialnem in socialnem kot zdravstvenem smislu. Izrazito je povezana z delovno intenzivnostjo gospodinjstva, v katerem živijo, saj imajo otroci, ki živijo v delovno neintenzivnih gospodinjstvih, izjemno visoke stopnje tveganja revščine.

Regijske vidike neenakosti osvetljujemo s prikazom dejavnikov življenjskega sloga, stopnje tveganja socialne izključenosti in pričakovanega trajanja življenja, iz katerih povzemamo grobo oceno o še vedno slabšem zdravju in večjem tveganju za socialno izključenost v vzhodni polovici Slovenije.

**S kazalniki zdravja, determinant življenjskega sloga, socialno-ekonomskih determinant zdravja in kazalniki neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe prikazujemo izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti, različne možnosti uporabe sistemskih servisov ter blaginjo. Informacije pomagajo organizacijam, skupnostim in državam, da osredotočijo svoje vire in prizadevanja za izboljšanje zdravja in dobrega počutja vseh ljudi. Ustrezno vrednotenje in spremljanje razlik v zdravju s pomočjo kazalnikov je temelj vseh strategij za zmanjševanje neenakosti v zdravju na lokalni, nacionalni in mednarodni ravni.**

Prikazu kvantitativnih kazalnikov smo v tokratni publikaciji prvič dodali tudi kvalitativni prispevek, ki je nastal v okviru kvalitativne raziskave projekta MoST na podlagi razgovorov z ljudmi z ranljivostmi ter deležniki, ki se z njimi srečujejo in ukvarjajo. Pri prikazu *Skupin z ranljivostmi v Sloveniji* se kot ključni izkažeta prepletenost in kompleksnost pojava ranljivosti, tudi njegova večznačnost ter kompleksnost in prepletenost

ovir, ki jih lahko imajo posamezniki pri dostopu do zdravstvene oskrbe in drugih oblik pomoči, storitev, različnih ustanov ter najrazličnejših virov. Pristop kvalitativnega raziskovanja nam je omogočil zaznavanje raznolikih ranljivosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi ter zaznavo specifičnosti posameznih raziskovanih okolij.

Skupine z ranljivostmi so razvrščene v 20 kategorij, najpogosteje so bili omenjeni starejši prebivalci; priseljenci, tujejezični prebivalci; osebe z različnimi oblikami oviranosti; socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine; otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi; brezposelni; zdravstveno nezavarovani (osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja in/ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja). Ob številnih ovirah, s katerimi se srečujejo skupine ali osebe z ranljivostmi v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči, so se pokazale tudi številne oblike premoščanja ovir. Med nekatere glavne vidike zaznanih praks premoščanja ovir v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči spadajo: 1) sistemsko vpeljane prakse, pri katerih gre za ureditve, politične ukrepe in programe oziroma storitve, ki naslavljajo potrebe ljudi, ki se soočajo z ovirami v dostopu do zdravstva; 2) socialna naravnost lokalnih okolij in ustanov ter njihovo (ne)formalno sodelovanje; 3) programi in projekti (financiranih iz različnih virov, tako tujih, državnih ali lokalnih), ki naslavljajo ranljivosti in potrebe določenih skupin; 4) neformalne oblike pomoči; 5) storitve na trgu, ki so najmanj raziskane, najverjetneje zato, ker ostajajo take vrste pomoči nedostopne najranljivejšim predvsem zaradi njihove finančne nedostopnosti; 6) projektne prakse v zdravstvenih domovih, npr. *Krepitev zdravja za vse*, v okviru aktivnosti centra za krepitev zdravja v lokalni skupnosti.

Kvalitativni pogled daje številne dodatne informacije o sicer zakritih, spregledanih in težko ulovljivih ter pogosto stigmatiziranih težavah ranljivih posameznikov, ki jih ob suhoparnem preštevanju števil hitro spregledamo, njihov pojav pa je preredeek, da bi ga kvantitativna statistika lahko zaznala. Tudi IRSSV pri spremljanju socialnega položaja slovenskega prebivalstva že vrsto let kombinira kvantitativne in kvalitativne metode raziskovanja. **Povezava kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja je velika in priporočena pridobitev, ki jo predlagamo pri spremljanju in poročanju o neenakostih v zdravju tudi vnaprej.**

Raziskovanje in opisovanje politik in njihovega vpliva na neenakosti v zdravju in blaginji, ki je predmet tretjega dela publikacije, je še v razvoju v javnem zdravju in promociji zdravja (274-277). Podobno kot v drugih državah, ki so se lotile opisovanja neenakosti z analizo politik in ne le podatkov, smo tudi pri nas opazili, da je vprašanj, kako pristopiti, več kot odgovorov. Zato je bilo še toliko dragoceneje vzpostavljeno sodelovanje različnih inštitucij, ki smo se vsaka na svoj ustaljeni metodološki način lotile po enega do dveh primerov analize povezanosti ukrepov in zaznanih neenakosti (IRSSV blaginje otrok, IER dolgotrajne oskrbe z dvema različnima metodološkima pristopoma in NIJZ omejevanja škodljive rabe alkohola) ter med seboj primerjale, kaj in kako deluje. Pri tem smo izhajali iz tradicije v našem prostoru in povezav v mednarodni skupnosti.

V Sloveniji so bile neenakosti v zdravju tradicionalno del socialne medicine, kar je prednost našega prostora, ki ga je s svojo vizijo pred stoletjem zasnoval dr. Andrija Štampar. Zadnjih nekaj desetletij so neenakosti ponovno visoko v ospredju političnih odločevalcev tudi v evropskem prostoru. Definirane so kot nepravilne neenakosti v zdravju, ki so v največji meri v poljih socialnih, ekonomskih, okoljskih in tržnih determinant. Najvišji potencial za zmanjševanje neenakosti je definiran v trajnostnih razvojnih ciljih Agende 2030, ki jo tudi glede priporočil za implementacijo zaznamujejo kompleksnost, medsebojna povezanost strukturnih razmer življenja ter delovanje posameznikov in skupnosti v teh razmerah. Za celovit pogled vpliva različnih sektorskih politik na neenakosti v zdravju smo v prvem prispevku tretjega dela publikacije uporabili pristop SZO (orodje HESRi) s pregledom košaric ukrepov politik, ki ga je v letu 2019 razvila pisarna SZO v Benetkah (18, 278). Pristop omogoča razumevanje kompleksnosti in medsebojnega vplivanja politik pri obvladovanju neenakosti in Slovenija je imela priložnost, da je skupaj z Italijo in Walesom sodelovala pri pilotni uporabi orodja.

Košarice politik nam pomagajo razumeti, da tudi ob zmanjševanju neenakosti pri eni skupini dejavnikov oziroma ukrepov lahko sistematične razlike še vedno ostajajo pri drugih dejavnikih, kar poudarja pomembnost in nujnost večsektorskega pristopa k odpravljanju neenakosti v zdravju (18). Kljub številnim prizadevanjem in zastavljenim Trajnostnim razvojnim ciljem SZO ugotavlja, da napredek pri zmanjševanju nepravilnih neenakosti v zdravju v opisanih petih košaricah politik ni skladen s pričakovanji (279). Zato je kot štiri ključne dejavnike pravičnosti oziroma zagotavljanja enakosti na področju zdravja, ki bodo omogočala napredek, opredelila zakonodajno odgovornost za prepoznavanje in odstranjevanje ovir za enakost v zdravju, skladnost



vsevladnih politik za zmanjševanje negativnih učinkov na neenakosti v zdravju, socialno participacijo ter še posebej opolnomočenje posameznikov in skupnosti, da sprejemajo odločitve o usmerjanju svojega življenja.

Pri raziskovanju košaric politik v Sloveniji smo ugotovili, da razlika v izpostavljenosti dohodkovni negotovosti med bolj in manj premožno skupino prebivalcev prispeva največji delež k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji, saj pojasni 42 % vrzeli v samoocenjenem zdravju. Manjši prispevek dohodkovne neenakosti k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji v primerjavi s povprečjem držav EU je odraz manjše dohodkovne razslojenosti in večje socialne varnosti, ki imata pri nas zgodovinske korenine. Razlike v kakovosti, razpoložljivosti in dostopnosti zdravstvenih storitev kot drugi najpomembnejši sklop dejavnikov prispevajo 23 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji, kar je večji delež vrzeli kot je povprečje v državah EU. V rezultatih se sicer odraža relativna ustrezna dostopnost kakovostnih zdravstvenih storitev ne glede na dohodke vseh prebivalcev Slovenije, vendar pa ti preko neenakosti, zaznane pri čakanju na obisk oziroma obravnavo pri splošnem zdravniku opozarjajo na neenako obravnavo glede na socialni položaj. Razlike v družbenem in človeškem kapitalu prispevajo 17 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji, podobno je povprečje držav EU. Ti dejavniki vključujejo formalne in neformalne učne izkušnje in interakcije, ki omogočajo ljudem učinkovito sodelovanje v družbenih, ekonomskih in političnih dogajanjih. Med nizko izobraženimi je večji delež prebivalcev, ki imajo nizko zaupanje v druge, kar predstavlja oviro pri vključevanju v družbeno življenje. Razlike v dejavniki bivanja in okolja prispevajo 11 % k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji (povprečje držav EU je 21 %), približno polovico doprinese dejavnik bivalnih razmer.

**Meritve s pomočjo orodja SZO HESRI so se izkazale kot uporabne za sodelujoče sektorje in ustanove ter do te mere prilagodljive tudi za stanje v manjši državi, zato predlagamo redno merjenje stanja neenakosti v zdravju s pomočjo košaric politik v nekajletnih obdobjih. Pozitivno je, da smo znanje za opravljanje tovrstnih meritev identificirali v domačih ustanovah, v katerih pa je potrebno sistematično graditi kapaciteto in se še naprej medsebojno povezovati.**

Od dejavnikov bivalnega okolja smo za prikaz izbrali in ocenili razlike v oceni slabe kakovosti zraka, ki so v Sloveniji enako zastopani dejavniki vrzeli v samoocenjenem zdravju med bolj in manj premožnimi, kot je to v povprečju držav EU. Prispevek slabe kakovosti zraka k vrzeli v samooceni zdravja med dejavniki bivanja in okolja je zelo majhen, in sicer manj kot 2 %. Čeprav analiza podatkov za ta kazalnik ni pokazala jasne vrzeli po izobrazbi, podatki kažejo, da se predvsem zaznavanje kakovosti zraka v skupinah različno izobraženih lahko zelo spreminja. Na to vplivajo predvsem razmere v okolju in izpostavljenost tematike v medijih. **Za oblikovanje z dokazi podprtih zaključkov glede zaznavanja slabe kakovosti zraka in povezav z neenakostmi v zdravju so potrebne dodatne raziskave, ki bodo vključevale reprezentativne vzorce populacije na nacionalni ravni.**

**Za zaščito ranljivih skupin prebivalstva in doseganje okoljske pravičnosti je treba sprejeti ciljno naravnane okoljske in medsektorske ukrepe, uskladiti socialne in okoljske politike, izboljšati ukrepanje na lokalni ravni (npr. prostorsko načrtovanje in upravljanje cestne infrastrukture, prepoved uporabe trdih goriv za ogrevanje, opredelitev virov onesnaževanja) in s tem zmanjšati njihovo nesorazmerno izpostavljenost v primerjavi z manj ranljivimi družbenimi skupinami.**

Raziskovalci IRSSV so pokazali, kako izhajajoč iz raziskovalne sfere ugotovitve o stanju na področju enakosti otrok uporabiti pri oblikovanju javnih politik. Mednarodna primerjava IBO pokaže, da se Slovenija pri blaginji otrok uvršča visoko, na 6. mesto med 27 državami. Najvišjo uvrstitev na področnih indeksih je dosegla na področju družinskih in vrstniških odnosov ter izobraževanja (6. mesto), najslabše na področjih nastanitve in okolja (12. mesto) ter vedenja in tveganja (17. mesto). Blaginja otrok v Sloveniji, merjena z RIBO, je najvišja v goriški, sledita osrednjeslovenska in gorenjska, ki zaključujeta prvo četrtno najboljše uvrščenih statističnih regij. Najnižjo vrednost indeksa ima zasavska statistična regija, tam otroci v primerjavi z vrstniki iz drugih regij živijo najslabše. V spodnjo četrtno regij se uvrščata še obalno-kraška in koroška regija. **Rezultati indeksa kažejo precejšnje razlike v blaginji otrok, razlike v blaginji dečkov in deklic ter neenakomerno razvitost nekaterih področij blaginje po regijah, kar zahteva nadaljnje poglobljene analize možnih vzrokov in posledic takšnih rezultatov ter oblikovanje ustrežnejših javno političnih odzivov.**

Na primeru indeksa blaginje otrok (IBO) so raziskovalci prikazali dileme v prevajanju znanstveno-raziskovalnega jezika v politično implementacijski jezik ter poudarili pomen razumevanja izziva na obeh straneh, tako pri raziskovalcih kot pri političnih odločevalcih. Na primeru dveh indeksov blaginje, IBO in RIBO, so pokazali, kako pomembno je zmanjševanje prepada med političnimi odločevalci in raziskovalci. Le

če oboji bolj uskladijo raziskovalna vprašanja, so raziskovalni rezultati uporabni za ustreznejše oblikovanje javnih politik. **Merjenje kompleksnih družbenih fenomenov s pomočjo sestavljenih kazalnikov je pomembno orodje v informiranem oblikovanju javnih politik, ki dopolnjuje obstoječa spoznanja o blaginji otrok in regijskih razlikah. Ukrepi politik, ki so oblikovani na osnovi merjenja, lahko bolj ciljano prispevajo k zmanjševanju regijskih neenakosti v blaginji otrok. Čeprav so indeksi pripomoček za približek ali oceno stanja, so pomembna orodja pri oblikovanju javnih politik.**

V letu 2021 se sprejema Priporočilo Sveta o vzpostavitvi evropskega jamstva za otroke, *ki bo prispevalo k uresničevanju 11. načela Evropskega stebra socialnih pravic »Otroško varstvo in podpora za otroke<sup>24</sup>« in realizaciji zaveze Akcijskega načrta za Evropski steber socialnih pravic, v katerem je določen cilj zmanjšanja števila otrok, ki tvegajo socialno izključenost, za vsaj 5 milijonov.* Tudi na podlagi IBO bo možno opredeliti, katere komponente jamstva so za Slovenijo najbolj relevantne.

IER je na podlagi podatkov SHARE ocenil učinek prejetja dolgotrajne oskrbe na uporabo zdravstvenih storitev glede na zdravje posameznega iskalca. Poleg tega je ocenil prispevek posameznih socialno-ekonomskih dejavnikov k neenakostim glede prejetja dolgotrajne oskrbe starejših z vidika teorij življenjskega cikla, torej opazovanjem celotnega življenja posameznika. V obeh prispevkih so uporabljene inovativne metodološke možnosti, ki doslej še niso bile uporabljene pri analizi razmerja med dolgotrajno oskrbo in zdravstveno oskrbo ter pomembnimi rezultati glede analize neenakosti v zdravju, enako pa redko tudi pri opazovanju retrospektivnega panela SHARELIFE skozi celotni življenjski cikel posameznika.

Analiza IER kaže, da večanje obsega storitev dolgotrajne oskrbe lahko izboljša učinkovitost zdravstvenega sistema z zmanjšanjem števila hospitalizacij in lažje poti izvajanja načrtov usklajevanja zdravstvenega in socialnega varstva. Rezultati potrjujejo pozitivne učinke zagotavljanja dolgotrajne oskrbe na zmanjšanje uporabe zdravstvenega varstva z vidnimi neposrednimi in posrednimi učinki pri večini kazalcev. Potrjena je bila pomembna vloga dohodka, izobrazbe in spola na opazovano razmerje. Pri poglobljenem študiju potrebe po dolgotrajni oskrbi skozi življenjski potek se je izkazalo, da sta spol in izobrazbeni status značilna napovednika potreb, dohodek pa je močan napovednik tako prejetja kot tipa neformalne oskrbe. Tudi na neenakosti pri formalnem zagotavljanju dolgotrajne oskrbe na domu pomembno vpliva večina socialno-ekonomskih dejavnikov, najbolj jo opredeljujeta starost in dohodek.

Slovenija se že približno dve desetletji trudi sprejeti zakon, ki bi urejal trenutno med različne sisteme socialne zaščite razpršeno področje dolgotrajne oskrbe. To področje je že vrsto let vključeno tudi v procese Evropskega semestra s specifičnimi priporočili, zato lahko omenjeni prispevek IER z vidika reformnih ukrepov in povezanih projektov pomeni dodatno argumentacijo za zagotovitev potrebnih javnih virov za področje dolgotrajne oskrbe in sprejem nove zakonodaje za področje dolgotrajne oskrbe v naši državi. Dodatna dimenzija, ki jo prispevek ponuja v razmislek glede podpore univerzalnemu pristopu in dodatnemu proporcionalnemu ukrepanju, je vpliv socialno-ekonomskih razlik med posameznimi skupinami prebivalcev na razmerje med dolgotrajno oskrbo in zdravstvenimi storitvami.

**Sistemi socialnega varstva so nedvomno medsebojno tesno povezani (hkrati pa tudi s trgom dela, izobraževanjem in stanovanjskim področjem), ne samo vsebinsko temveč tudi finančno. Ukrepov in reforme posameznega sistema pa se večinoma lotevamo ločeno in na to povezanost pogosto pozabljamo.** Tako npr. reševanje izzivov dolgoročne vzdržnosti pokojninskega sistema s podaljševanjem let zaposlitve in odloženim upokojevanjem sicer lahko vežemo na ustrezno prilagajanje trga dela, pozabljamo pa na zdrav način življenja posameznika skozi celotno življenjsko obdobje, nujnost vseživljenjskega učenja, pa tudi na vprašanje nadomeščanja neformalnih oblik dolgotrajne oskrbe s formalnimi zaradi podaljševanja zaposlenosti starejših, predvsem žensk. Prav tako je pri iskanju dodatnih virov financiranja sistema zdravstva in dolgotrajne oskrbe s preusmeritvijo razpoložljivih javnih sredstev ali pa iskanja novih davčnih virov treba poskrbeti, da to ne prizadene najranljivejših skupin in ponovno vodi k povečevanju neenakosti v zdravju. V prihodnje bo oblikovanju teh politik treba nameniti bistveno več pozornosti.

<sup>24</sup> Otroci imajo pravico do cenovno dostopne in kakovostne predšolske vzgoje in varstva.

Otroci imajo pravico do varstva pred revščino. Socialno prikrajšani otroci imajo pravico do posebnih ukrepov za enake možnosti.

NIJZ je obravnaval rabo alkohola, ki v Sloveniji predstavlja velik javnozdravstveni problem. Z njim se ukvarjajo številni deležniki v okviru MOSA. V zadnjih dvajsetih letih zaznavamo kar nekaj zakonskih sprememb na področju alkoholne problematike. Slovenija je bila uspešna na področjih preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, vodenja in ozaveščanja ter spremljanja alkoholne problematike, omejevanja dostopnosti alkohola, preprečevanja negativnih posledic pitja in zastrupitev z alkoholom ter obravnave tveganega in škodljivega pitja ter zasvojenosti v zdravstvu. Pri tem je bilo prelomno leto 2003, ko je bil sprejet Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA), ki določa ukrepe in načine omejevanja porabe alkohola ter ukrepe za preprečevanje škodljivih posledic njegove rabe. ZOPA podpira dokazano učinkovite ukrepe, usmerjene v omejevanje porabe alkohola, in sicer starostno, časovno in prostorsko omejevanje njegove dostopnosti, še posebno mladim. Glede na podatke iz raziskav<sup>25</sup> se je v letih po sprejetju ZOPA v Sloveniji znižal delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač (280). Znižanje je bilo izrazitejše v skupinah z nižjo stopnjo izobrazbe v primerjavi s tistimi z višjo stopnjo izobrazbe. Glede na to, da Zakon o omejevanju porabe alkohola ni bil primarno usmerjen v zmanjševanje neenakosti med prebivalci, ne moremo izključiti vpliva drugih dejavnikov na zmanjševanje razlik v deležu čezmernih pivcev med prebivalci z različnimi stopnjami izobrazbe.

Obenem v zadnjih 15 letih beležimo v Sloveniji porast aktivnosti in programov, ki uspešno dopolnjujejo manjkajoče aktivnosti in podajajo razmisleke o nadaljnjih sistemskih pristopih za zmanjševanje rabe alkohola in s tem povezanih neenakosti. **Ocenjujemo, da bodo tudi v publikaciji zbrane ugotovitve usmerile raziskovanje vpliva zakonodaje na neenakosti na področju škodljive rabe alkohola pri nas tudi v prihodnosti.**

---

<sup>25</sup> Z zdravjem povezan življenjski slog – CINDI 2001, 2004, 2008, 2012

## 5.1 Kje smo z neenakostmi v letu 2021?

V letih 2020 in 2021 je na gibanje neenakosti v zdravju in družbene neenakosti izrazito vplivala pandemija, ki jo je sprožil novi koronavirus. SARS-CoV-2 pa ni povzročil le pandemije, temveč več pandemij skupaj oziroma sindemijo s priključeno infodemijo (270). Tvorita jo dve soodvisni kategoriji bolezni, infekcijska SARS-CoV-2 in spekter kroničnih nenalezljivih bolezni s povezanimi dejavniki tveganja, za obe pa sta značilni združeno kopičenje v ranljivih socialnih skupinah in povečevanje neenakosti. Med pandemijo covid-19 so bile nekatere skupine prebivalcev tako prizadete bolj kot druge, še posebno tiste, ki so bile že prej ranljivejše: socialno izolirani, kronično bolni ali tisti, ki živijo v družinah z nizkimi dohodki.

Kot najranljivejše v prvem valu epidemije so se izkazale tudi skupine otrok, ki so bile ranljive že pred epidemijo, kar je povečevalo vrzel med različnimi skupinami otrok in ravnjo njihove ranljivosti. Razloge za večjo ranljivost teh skupin otrok lahko iščemo v kombinaciji socialno-ekonomskih značilnosti (npr. dohodka) in življenjskega sloga (kjer so se v analizi kot posebno ranljivi izkazali dečki). Med ranljivejše med prvim valom epidemije v večji meri sodijo otroci iz Zasavja, kjer je bilo več ranljivih otrok kot v drugih regijah. Poleg omenjenih skupin opozarjamo na povečanje ranljivosti tudi drugih skupin otrok: otrok, ki živijo v regijah z nadpovprečnim poslabšanjem ranljivosti (pomurski, podravske, obalno-kraški, koroški).

**Pri sprejemanju ukrepov za zaježitev negativnih posledic epidemije koronavirusa naj bodo politični odločevalci posebno pozorni na ohranjanje blaginje otrok (s poudarkom na varovanju njihovega duševnega zdravja in preprečevanju vključevanja v aktivnosti, ki vodijo v pasivnost in odtujenost zaradi povečane rabe IKT) ter krepitev varovalnih dejavnikov (kot so dobri družinski odnosi in promocija preživljanja časa v naravi, ukvarjanja s športom in gibanja na splošno).** Na to opozarjajo tudi rezultati raziskave SLOfit (2020), ki so pokazali velik negativen vpliv epidemije na zdravje otrok, saj so zaščitni ukrepi med razglasitvijo epidemije covid-19 povzročili največji upad gibalne učinkovitosti otrok v zgodovini spremljave, porast podkožnega maščevja pri več kot polovici osnovnošolske populacije in največji porast deleža otrok z debelostjo v zgodovini spremljanja (281).

Prikazani so podatki o dogajanju v prvem valu, torej lahko predvidevamo, da se bo neenakost med otroki še izraziteje pokazala v drugem valu epidemije. Pričakujemo lahko, da so strukturne determinante imele večjo vlogo pri določanju ranljivosti otrok v drugem valu epidemije, za katerega je že sedaj očitno, da bo imel hujše posledice za družbo in gospodarstvo kot prvi – prav zato je treba usmerjati dodatna sredstva v pravočasno analizo stanja, ki bo omogočila ustrezno ukrepanje.

Tudi izsledki raziskave PANDA kažejo, da se odrasli v Sloveniji že srečujejo z znaki pandemske izčrpanosti. Pandemija covid-19 se je odrazila na finančni situaciji, stikih z zdravnikom, življenjskem slogu in duševnem zdravju prebivalcev predvsem pri nekaterih najranljivejših skupinah prebivalcev. Če je covid-19 najbolj prizadel starejšo populacijo in še povečal njene ranljivosti, pa so posledice ukrepov, povezanih za njeno zaježitev, prizadele predvsem mlade, kar se kaže tako v poslabšanju njihove finančne situacije, življenjskega sloga kot tudi duševnega zdravja. Nastale so številne nove ranljivosti, ki jih v mlajši populaciji v takem obsegu nismo poznali. Kot posebno ranljivo skupino je treba izpostaviti še osebe s kroničnimi obolenji in še zlasti osebe s težavami v duševnem zdravju, saj rezultati raziskave kažejo, da je imela pandemija covid-19 nanje še posebno neugoden vpliv.

Epidemija je dodatno povečala tveganje neenakosti na področju zdravja starejših odraslih. Negotovost in strah pred okužbo ter pomanjkanje stikov s svojci in prijatelji so nekatere starejše odrasle močno prizadeli. Starizmi, vezani na covid-19, lahko prispevajo k poslabšanju duševnega zdravja starejših, vključno s samopodobo ter upadom njihove avtonomije (282). Kako podpreti starejše odrasle na odmaknjenih področjih v času po bolezni covid-19, opozarja članek v reviji EuroHealthNet. Navaja, da sta podpora in zaščita starejših ljudi, ki živijo neodvisno in v skupnosti, skupna odgovornost. Dobro zdravje se začne v skupnosti. Dolgoročno je potreben razmislek o strukturi zdravstvenih sistemov, njihovi trajnostni naravnosti in sposobnosti zaščite v času krize (283). Epidemija je torej ponovno opozorila na nujnost deinstitucionalizacije in uveljavitve dolgotrajne oskrbe s poudarkom na skupnostni oskrbi v Sloveniji, saj so bile ustanove za starejše odrasle ključna žarišča epidemije (284, 285).

Več informacij o starejših odraslih v času covid-19 in sindemije bodo omogočili tudi podatki, pridobljeni z raziskavo SHARE 2020 (286). Od junija do avgusta 2020 je bila izvedena telefonska anketa kot odziv na pandemijo covid-19 na podzorcju panelnih respondentov SHARE iz 27 evropskih držav in Izraela. Namen dodatnega vala SHARE je bil proučiti posledice ukrepov za zajezitev epidemije na zdravje in socialno-ekonomski položaj starejših (populacijo 50+). Raziskava »SHARE Corona Survey« obsega vprašanja o okužbah in spremembah v življenju anketirancev v času izvajanja ukrepov za zajezitev širjenja covid-19: zdravje in z zdravjem povezano vedenje, duševno zdravje, okužbe in zdravstveno varstvo, spremembe v delovnem in zaposlitvenem položaju ter družbena omrežja. Tako zbrani podatki bodo omogočili poglobljeno raziskovanje o tem, kako se je rizična skupina starejših spopadla z zdravstvenimi in socialno-ekonomskimi posledicami covid-19.

Na podlagi analize širjenja bolezni covid-19 in njenih glavnih značilnosti v Sloveniji ter ocene njenega vpliva na neenakosti v zdravstvenih kazalnikih smo ocenili še prispevek posameznih socialno-ekonomskih dejavnikov k neenakostim v zdravju, ki so posledica prvega vala pandemije covid-19.

Prvo zaprtje javnega življenja je zmanjšalo število pozitivnih primerov bolezni v večini lokalnih skupnosti v Sloveniji. Vzročni učinki zaprtja kot političnega ukrepa, izmerjeni kot število pozitivnih primerov na podlagi individualnega vedenja posameznika v odvisnosti od spreminjajočih se zaščitnih ukrepov pokažejo zmanjšanje števila primerov v vsaki lokalni skupnosti. Na podlagi tega lahko nadaljnje raziskave ocenijo tudi točne ocene upada kazalcev zaradi prvega zaprtja države. Značilni učinek pa je bil dokazano različen za starost, dohodek in izobrazbeni status – starost je vplivala na dve petini, dohodek na skoraj dve petini in izobrazbeni status na slabo četrtnino ocenjenega učinka zaprtja v prvem valu epidemije.

Ugotavljamo lahko, da se bomo v Sloveniji v prihodnosti soočali z dolgoročnimi posledicami pandemije covid-19 ne samo zaradi velikega števila obolelih in umrlih oseb, ampak tudi zaradi širšega vpliva pandemije na življenje in življenjski slog prebivalcev Slovenije. Zaradi kompleksnega sindemičnega družbenega dogajanja je možno, da bo posledica visokega deleža prebivalstva, ki je prebolel covid-19, in omejene dostopnosti drugih zdravstvenih storitev tudi znižanje kazalnika zdravih let življenja, verjetno se bo poslabšala še vrsta drugih kazalnikov zdravja, obseg poslabšanja pa bo odvisen tudi od uspešnosti izhodnih strategij zdravstvenega sistema po epidemiji (22). **Pričakujemo lahko porast kroničnih nenalezljivih bolezni in težav v duševnem zdravju v vseh starostnih skupinah ter s tem povečano obremenitev zdravstvenega sistema, pa tudi povečevanje razlik med posameznimi skupinami prebivalcev in s tem naraščanje oziroma poglobljanje družbenih neenakosti**, na kar opozarja tudi UMAR v Poročilu o razvoju 2021 (22). **Za uspešen izhod iz sindemije bo potrebno premišljeno politično ukrepanje. Načrt za okrevanje in odpornost prinaša obilo možnosti za uspešne izhode iz krize, nujno pa je, da so pri njegovi pripravi in implementaciji upoštevani javnozdravstveni vidiki.** Mreža EuroHealthNet je pripravila analizo Evropskega Semestra z vidika covid-19 in strateško predvidevanje delovanja javnega zdravja v obdobju po covidu-19 (287, 288). Strateško opredeljeni primeri ključnih izzivov za prihodnjih 5–10 oziroma 20 let, kot so jih zaznali strokovnjaki nacionalnih inštitutov za javno zdravje v EU, so 1) v prihodnjih pandemijah (predvsem zaradi podnebni sprememb) je pričakovati povečanje težav z duševnim zdravjem, naraščajoče neenakosti v zdravju ter povečanje ravni prekomerne teže in debelosti; 2) pričakovati je povečanje brezposelnosti, potrebo po organizaciji prehranske pomoči zaradi pojavov lakote pri ranljivih skupinah ter naraščajočo socialno krizo; 3) posebej izstopajo izzivi glede odpornosti zdravstvenih sistemov (zpoznela oskrba/staranje/NCD) in oskrba starejših, povečane uporabe e-zdravja, umetne inteligence in digitalizacije. Primeri ključnih priložnosti, kot so jih zaznali strokovnjaki nacionalnih inštitutov za javno zdravje v EU za prihodnje obdobje, so 1) zdravje je zaradi sindemije prepoznavno kot ključni dejavnik družbenega razvoja, promocija zdravja in preprečevanje bolezni se premikata v središče pozornosti družbe, večja je ozaveščenost javnosti o neenakostih na področju zdravja; 2) okrepljene so lokalne skupnosti in mreže, povečuje se uporaba telemedicine/telezdravstva in nastajajo novi načini dela; 3) več je priložnosti za evropsko sodelovanje.

## 5.2 Česa smo se v procesu priprave publikacije naučili?

Publikacija je pripravljena na osnovi predhodnih izkušenj, pridobljenih v času priprave prve in druge publikacije o neenakostih v zdravju. Izkazalo se je, da je tako raziskovanje kot opisovanje zdravja in blagostanja ter vrzeli, ki se pojavljajo pri posameznem merjenem kazalniku, precej bolj rodovitno, če delamo multidisciplinarno in medsektorsko. Neenakosti so kompleksno polje, ki ga je v okviru ene discipline možno interpretirati le v določenem obsegu, več sodelujočih institucij z združevanjem znanja in izkušenj zmore več.

Pomembno vlogo pri pripravi publikacije je imel usmerjevalni odbor, sestavljen iz visokih in izkušenih predstavnikov vladnih sektorjev, Ministrstva za zdravje, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport ter Ministrstva za okolje in prostor. Usmerjevalni odbor je spremljal, komentiral in svetoval skupini ter prispeval k boljšemu razumevanju dogajanja pri pripravi politik in potreb političnih odločevalcev po informacijah o zdravju in blaginji.

Posebej dragocena je bila tokrat aktivna vloga Ministrstva za zdravje, ki je delo spremljalo ne le v okviru medsektorskega usmerjevalnega odbora, ampak tudi na rednih sestankih delovne skupine, tako da smo se lahko sproti usklajevali s pripravljavci zdravstvenih politik in strokovnjaki za dolgotrajno oskrbo.

Vključevanje različnih mednarodnih izkušenj (sodelovanje z Beneško pisarno SZO, vključenost v projekt JAHEE, povezanost z mrežo EuroHealthNet) je dodana vrednost, ki lahko strokovnjakom v nacionalnem prostoru pomaga delo opraviti na višji ravni, bolj strokovno ter razvojno bogato. V procesu priprave publikacije smo se sodelavci sodelujočih institucij na široko razgledali po obstoječih dobrih praksah in vključili predvsem izkušnje naslednjih spodaj opisanih procesov.

Pisarna SZO v Benetkah je sodelovala pri pripravi slovenskega pregleda neenakosti v zdravju in blaginji že drugič. V tokratni publikaciji smo vključili izkušnje pristopa HESRI in s pomočjo strokovnjakov Beneške pisarne prvič za Slovenijo prikazali vpliv različnih košaric politik na vrzeli v neenakostih v zdravju. Odzivi usmerjevalne skupine v procesu priprave so pokazali, da je analiza stanja s pomočjo košarice politik uporabna pri odločanju. V pomoč pri uporabi košaric in pripravi poročila so nam bila tudi srečevanja s strokovnjaki iz italijanskega nacionalnega (ISS) in valižanskega (Public Health Wales) inštituta za javno zdravje. Ti so skupaj z nami tvorili trojko držav, ki je testirala orodje HESRI. Poročilo za Wales je že na voljo (289).

Del izkušenj pri pripravi publikacije smo zajemali tudi iz Skupnega ukrepa Health equity Europe EU (JAHEE). Na podlagi nacionalnih izkušenj prejšnjih dveh publikacij, vključenosti v delovni paket 5 Skupnega ukrepa Health equity Europe (JAHEE) in tam deljenih dobrih praks med državami članicami ter pristopov pisarne SZO v Benetkah je bil za tokratno publikacijo pripravljen standardni nabor kazalnikov neenakosti v zdravju in blaginji. Pri pripravi kazalnikov so sodelovale vse v delo vključene ustanove, kar omogoča pogled na prikazane kazalnike skozi različne sektorske perspektive. Ob so tem izkoristile priložnost tudi za medsebojno povezovanje različnih iniciativ, ki že tečejo. Ob tem je pomembno, da nacionalne kazalnike razumemo tako v primerjavi z mednarodnim prostorom, kjer lahko prikažemo neenakosti v Sloveniji tako v primerjavi z drugimi državami kot tudi regijsko. Tak prikaz neenakosti nam pokaže, kje so največje tovrstne vrzeli znotraj naše države.

Ena glavnih pridobljenih izkušenj je ugotovitev, da medsektorsko sodelovanje lahko teče bolje, če pri pripravi argumentacije za posamezne politike oziroma ukrepe medsebojno povezano sodelujejo kompetentne nacionalne sektorske strokovne inštitucije.

Večinoma obstaja praksa, da predlogi ukrepov izhajajo iz posameznega sektorja in se nato medsektorsko usklajujejo, argumentacija pa nastaja v nacionalni kompetentni ustanovi istega sektorja. Pri našem delu smo pokazali, kako je možno posamezne ukrepe raziskati v sodelovanju več sektorskih kompetentnih inštitucij, ki vzpostavijo multidisciplinarno kompetenco za usklajeno argumentacijo ukrepov. Multidisciplinarno pripravljene podlage lahko nato delujejo kot spodbuda pri medsektorskem usklajevanju na nivoju političnih odločevalcev. Podobno smo pred leti izkusili na področju podatkovne ureditve dolgotrajne oskrbe, kjer smo v Sloveniji v obliki delovne skupine združili moči predstavniki ključnih organizacij, ki zagotavljajo, jih v skladu z mednarodno standardizirano definicijo med seboj uskladile, spravile na skupni imenovalc ter pripravile podlage za vzpostavitev rednega statističnega spremljanja dolgotrajne oskrbe pri nas, kar je bil ključni cilj medsebojnega sodelovanja (180). Podobno uspešno je zaživela multidisciplinarna platforma več nacionalnih inštitucij pri projektu AHA.SI v času priprave podlag za strategijo dolgožive družbe in poznejše sodelovanje inštitucij pri pripravi Strategije dolgožive družbe, ki jo je vodil UMAR (290).

Posebna motivacija za vsebinske predloge rešitev na področju politik je bila v času konceptualizacije poročila napoved, da bo gradivo uporabljeno v času slovenskega predsedovanja Svetu EU. Zato so tematike na področju politik, ki smo jih izbrali za pregled, tudi odraz aktivnosti, ki so posebej izpostavljene v času priprave publikacije v evropskem prostoru. Tako smo posebno pozornost namenili priporočilu Evropskega semestra za Slovenijo, ki spodbuja k ureditvi področja dolgotrajne oskrbe. Političnim odločevalcem smo zagotovili dodatne argumente za ukrepanje, še posebno z vidika učinka ukrepov dolgotrajne oskrbe glede na socialno-ekonomski status. Na podlagi v letu 2017 sprejetega Evropskega stebra socialnih pravic nastajajo tudi načrti za njegovo izvajanje. Izvajanje Priporočila Sveta o vzpostavitvi evropskega jamstva za otroke bo prispevalo k uresničevanju 11. načela Evropskega stebra socialnih pravic, ki se nanaša na revščino in socialno izključenost otrok. Hkrati predstavlja aktivnost za zmanjševanje revščine in socialne izključenosti v drugem tematskem področju Strategije EU o otrokovih pravicah. Države članice morajo spremljati izvajanje jamstva. Osnovne kazalnike bo določila podskupina za kazalnike pri Social Protection Committee (na podlagi izhodišč Eurostata). V Sloveniji bosta v te namene zelo uporabna tudi IBO in RIBO, ki sta lahko dobra podlaga za odločanje o prioritetah za zagotavljanje enakih možnosti za vse otroke.

V procesu priprave smo se sodelavci sodelujočih inštitucij dotikali različnih tematik in povečevali skupno multidisciplinarno kompetenco skozi sprotne razprave, ki so bile pogosto precej širše od samih nalog. Na rednih štirinajstdnevnikih srečanjih smo izmenjevali znanje, izkušnje, informacije. Ker smo bili v času priprave v posebnem času sindemije, smo se posvetili tudi prvim poskusom razlage neenakosti, ki jih je ta povzročila. Vzpostavljeno medsebojno zaupanje, zgrajeno skozi projekt AHA.Si, v katerem smo NIJZ, IER in IRSSV pripravili podlage za strategijo dolgožive družbe, smo s pripravo tokratne publikacije še nadgradili. Pri delu sta sodelovala tudi UMAR in OI. UMAR je v publikaciji sodeloval s pripravo obsežnega pregleda kazalnikov neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe ter pri mednarodnih primerjavah. S svojim širokim pogledom in vključevanjem različnih sodelavcev je veliko doprinesel tudi h gradnji kapacitet znanja in multidisciplinarne kompetence. Onkološki inštitut je sodeloval s prikazi stanja na področju rakavih obolenj, ki zaradi kakovostnega upravljanja Registra raka Sloveniji omogoča odlična izhodišča za razumevanje stanja in postavljanje prioritet za ukrepanje, tudi glede neenake pojavnosti rakavih obolenj.

Tokratna publikacija se je med drugim dotaknila regijskega vidika. Ta ima zelo pomembno vlogo tudi s stališča prihodnosti ob morebitnem upoštevanju tako specifik regionalnih območij in področij kakor tudi neizogibnih demografskih sprememb. Publikacija nam daje možnost videti korak dlje in spodbuja razmislek o tem, kako zaznane neenakosti spremeniti v izzive prihodnosti. Spremljanje področja neenakosti je pomembno tudi na regijski ravni, saj jih lahko prepoznavamo v lokalnem okolju, ob neposrednem delu z ljudmi, le če jih poznamo. Pri tem imajo močno vlogo regijski politični odločevalci, pa tudi posamezniki, ki jim je določena aktivnost v pomoč in podporo. Vse pogosteje slišimo od ustanov, da so premalo vključene, premalo slišane, še posebej, če prihajajo z regijske ravni. Tokratni način sodelovanja pri nastajanju publikacije je lahko dober primer medsebojnega sodelovanja tudi na regijski ravni.

Je priprava publikacije lahko test platforme za multidisciplinarne analize?

**Sisteme je torej treba nujno obravnavati skupaj, medresorsko usklajevanje je treba izvajati hkrati, že v posameznih fazah priprav predloga ukrepa/reforme, saj le tako lahko izboljšamo kvaliteto posameznih predlogov in močno pospešimo proces medresorskega usklajevanja. Prispevek nacionalnih strokovnih inštitucij, ki pokrivajo posamezna področja, je pri pripravi analize stanja, predlogov ukrepov, ocene njihovih posledic in njihovem usklajevanju več kot dobrodošel in potreben. Dosedanje uspešno delo platforme inštitucij pri pripravi tako strokovnih podlag za Strategijo dolgožive družbe kot tudi te publikacije, to le potrjuje. Pri tem pa se moramo zavedati, da imamo dejansko opravka z aktivnostmi infrastrukturnega značaja – terjajo torej stalno interdisciplinarno raziskovalno delo na področju vzdrževanja ustreznih baz podatkov in vzdrževanja ter razvoja ustreznih metodologij. Takšen pristop odpravlja sicer običajne in ponavljajoče se težave: časovno stisko priprave analize, pomanjkanje oziroma neustreznost podatkov in orodij, težave pri koordinaciji dela raziskovalcev posamezne ustanove, težave pri vzpostavljanju redne skupine raziskovalcev, saj je angažiranje le občasno in delno. Za usklajeno delovanje politik, raziskovalnih in drugih relevantnih ustanov je v prihodnje pomembno sodelovanje v fazi, ko se ukrepi šele oblikujejo.**

Nadaljevanje dela platforme za izbrana vsebinska področja bo tako neposreden pokazatelj spremembe v razumevanju delovanja teh sistemov in potrebe po stalni vključitvi ustrezne medsektorske platforme.

## Priporočila

### I. Spremljanje in analize stanja, razvoj metod in znanja



#### 1. Redno spremljanje stanja nepravičnih neenakosti v zdravju za pripravo podlag za ukrepanje

S kazalniki zdravja, determinant življenjskega sloga, socialno-ekonomskih determinant zdravja in kazalniki neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva ter dolgotrajne oskrbe prikazujemo izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti, različne možnosti uporabe sistemskih servisov ter blaginjo. Informacije pomagajo organizacijam, skupnostim in državam, da usmerijo svoje vire in prizadevanja v izboljšanje zdravja in dobrega počutja vseh ljudi. Ustrezno vrednotenje in spremljanje razlik v zdravju s pomočjo kazalnikov je temelj vseh strategij za zmanjševanje neenakosti v zdravju na lokalni, nacionalni in mednarodni ravni.

Pri tem je pomembno povezovati znanje in sredstva tako horizontalno (med sektorji in organizacijami) kot vertikalno (lokalno, nacionalno, mednarodno), obenem pa je nujno kontinuirano spremljati stanje na vseh ravneh.

#### 2. Dodatne kvantitativne in kvalitativne poglobljene raziskave

Potrebne so dodatne raziskave neenakosti v zdravju, še posebno zaradi vpliva sindemije ob covidu-19, ki bodo izvedene s pomočjo mešanih metod in bodo vključevale reprezentativne vzorce populacije na nacionalni ravni. Potrebne so nadaljnje poglobljene analize možnih vzrokov in posledic rezultatov nepravičnih neenakosti za oblikovanje ustrežnejših javnopolitičnih odzivov. Ugotovitve bodo usmerile raziskovanje vpliva zakonodaje na neenakosti.

#### 3. Razvoj metodologij za merjenje neenakosti v zdravju kot posledice političnih ukrepov ter ocenjevanje vpliva političnih ukrepov na neenakosti v zdravju

Merjenje stanja neenakosti v zdravju s pomočjo metodologije košaric politik SZO na redna nekajletna obdobja omogoča argumentirano in preiščeno politično ukrepanje, pri pripravi in implementaciji se upošteva javnozdravstveni vidik. Merjenje neenakosti kot posledice političnih ukrepov je metodološko kompleksno in zahtevno, za merjenje se uporabljajo različna orodja. Indeksi so pripomoček za oceno stanja in so pomembni pri oblikovanju javnih politik. Prav tako so za ocenjevanje učinkov politik pomembna tudi druga kompleksnejša empirična orodja in modeliranja. Za sistematično spremljanje stanja so potrebne longitudinalne raziskave in podatki. Uporaba mešanih metod (tj. povezave kvalitativnega in kvantitativnega raziskovanja) je velika pridobitev, ki jo priporočamo za spremljanje in poročanje o neenakostih v zdravju tudi vnaprej.

#### 4. Razvijanje, pretok in širjenje znanja

Znanje za spremljanje stanja neenakosti in povezanih političnih ukrepov je dostopno v domačih institucijah, v katerih pa je treba sistematično graditi kapacitete in jih medsebojno povezovati. Za uspešno merjenje neenakosti kot posledice političnih ukrepov je treba sistematično razvijati kapaciteto znanja. Ključen je tudi obojestranski pretok znanja z mednarodno skupnostjo.



## II. Vlaganje v aktivnosti in programe



### 1. Vlaganje v aktivnosti in programe za zmanjševanje nepravilnih neenakosti v zdravju

Smiselno je nadaljnje usklajeno medsektorsko vlaganje v aktivnosti in programe, ki bodo omogočili dolgotrajnejše sistemske in ustrezno vrednotene pristope k zmanjševanju nepravilnih neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalcev, še posebno intenzivno zaradi potreb, ki so nastale med pandemijo.

### 2. Večja podpora okoljski pravičnosti

Za zaščito ranljivih skupin prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju in blaginji ter doseganje okoljske pravičnosti je treba sprejeti ciljno naravnane okoljske in medsektorske ukrepe, uskladiti socialne in okoljske politike, izboljšati ukrepanje na lokalni ravni.

## III. Vzpostavitev multidisciplinarnih platform za ocenjevanje vpliva političnih ukrepov na neenakosti v zdravju



### 1. Multidisciplinarna in povezana obravnava predlogov ukrepov

Medsektorsko sodelovanje lahko teče bolje, če pri pripravi argumentacije za posamezne politike oziroma ukrepe medsebojno povezano sodelujejo kompetentne nacionalne področne strokovne ustanove. Multidisciplinarno pripravljene podlage lahko delujejo spodbudno pri medsektorskem usklajevanju na nivoju političnih odločevalcev. Za usklajeno delovanje politik, raziskovalnih in drugih relevantnih ustanov je v prihodnje pomembno usklajevanje in sodelovanje v vseh fazah, tudi in še predvsem v fazi, ko se ukrepi šele oblikujejo.

### 2. Vzpostavitev multidisciplinarnih platform sektorskih ustanov z vsemi potrebnimi izvedbenimi kapacitetami za ocenjevanje vpliva političnih ukrepov na neenakosti v zdravju

Sektorske sisteme je nujno obravnavati skupaj, medresorsko usklajevanje se začne že s skupno definicijo prioritet in raziskovalnih vprašanj ter skupnim raziskovalnim procesom kot podpora pripravi predlogov ukrepov oziroma reform v posameznih fazah, saj le tako lahko izboljšamo kakovost posameznih predlogov in zelo pospešimo proces medresorskega usklajevanja. Nadaljevanje dela platforme za izbrana vsebinska področja bo torej neposredni pokazatelj tako spremenjenega razumevanja delovanja teh sistemov kot tudi potrebe po stalni vključenosti ustrezne medsektorske platforme.

Gre za dejavnosti infrastrukturnega značaja, ki za ažurno podporo političnim ukrepom terjajo stalno multidisciplinarno raziskovalno delo na področju vzdrževanja ustreznih baz podatkov in vzdrževanja ter razvoja ustreznih metodologij. Takšen pristop omogoča stabilno razpoložljivost kadrov in rednih skupin raziskovalcev, dostopnost podatkov, znanja in ustreznih orodij ter odpravlja časovno stisko pri pripravi analiz in težave pri koordinaciji dela raziskovalcev posameznih ustanov.

## 6 METODOLOŠKO POJASNILO

### 6.1 Pojasnilo merjenja blaginje

*Avtor: Urban Boljka (IRSSV)*

Merjenje blaginje je zahtevno že zaradi same kompleksnosti pojma blaginja, ki ga v publikaciji razumemo multidimenzionalno, se pravi, da ga sestavlja več področij. H krepitvi zahtevnosti merjenja pripomore tudi to, da blaginjo merimo z uporabo objektivnih in subjektivnih kazalnikov. Takšno razumevanje blaginje (in posledično njeno merjenje) je prisotno že vsaj od 60. let prejšnjega stoletja oz. od pojava zahtev po večji veljavi t. i. socialnih kazalnikov v ocenah družbenega napredka (8). Poenostavljeno ugotavljamo, da so te zahteve privedle do opredelitve blaginje, ki jo uporablja tudi Svetovna zdravstvena organizacija: »Blaginja se pojavlja v dveh dimenzijah, subjektivni in objektivni. Sestavljena je iz posameznikovih izkušenj in primerjave življenjskih okoliščin z družbenimi normami in vrednotami.« (291). Tudi druge mednarodne organizacije, npr. OECD, priznavajo pomembno vlogo subjektivnih kazalnikov pri oceni blaginje. Tako so tovrstni kazalniki že več let vključeni v raziskavo PISA, OECD pa je v letu 2013 razvila tudi smernice za boljše merjenje (in oceno) subjektivne blaginje. Tudi druge pomembne mednarodne raziskave, naj omenimo le Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki (HBSC) in Raziskavo blaginje otrok (ISCI), razumejo blaginjo na podoben način in vključujejo subjektivno oceno blaginje (oz. zadovoljstva z življenjem, srečo ipd.).

To seveda ne pomeni, da tovrstno merjenje blaginje ne prinaša dodatnih izzivov. Eden izmed njih je povezan s t. i. optimistično pristranskostjo (ang. optimistic bias), kjer statistična porazdelitev (na desetstopenjski Likertovi lestvici) na ravni populacije ne sledi Gaussovi krivulji, ampak je zamaknjena v desno. To še toliko bolj drži v primeru merjenja subjektivne blaginje otrok. Respondenti torej ocenjujejo svojo blaginjo preveč optimistično (292). Poleg tega je subjektivna ocena blaginje močno odvisna od kulturnega konteksta in pričakovanj – tako na subjektivne ocene blaginje posameznikov pogosto vplivajo zahteve in pričakovanja drugih, kar Sen poimenuje 'prilagojena pričakovanja' (293, 294).

Kljub nekaterim izzivom predstavlja subjektivno dojetje blaginje enega od najpomembnejših vidikov posameznikovega obstoja, ki ga je pri končni oceni blaginje vsekakor treba upoštevati. Pri tem pa moramo paziti, da je to, kar je za posameznika subjektivno pomembno, tudi objektivno merljivo.

## 6.2 Metodologija in viri podatkov vezano na poglavje o kazalnikih

*Avtorji (po abecednem vrstnem redu priimkov): Aleš Korošec (NIJZ), Marcel Kralj (NIJZ), Darja Lavtar (NIJZ), Ana Mihor (OI RRRS), Maruša Rehberger (NIJZ), Metka Zaletel (NIJZ), Tina Zupanič (NIJZ)*

V publikaciji predstavljamo podatke in informacije, ki so jih NIJZ, Onkološki inštitut in Statistični urad RS v preteklih letih zbrali na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva in Zakona o državni statistiki oz. aktualnega Letnega programa statističnih raziskovanj. Ključni viri podatkov, ki so podrobneje opisani v nadaljevanju, so redne zbirke podatkov (ZZPPZ, Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE in 203/20 – ZIUPOPVE):

- Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi) (NIJZ 46),
- Perinatalni informacijski sistem RS (NIJZ 15),
- Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept (NIJZ 64),
- Register raka Republike Slovenije (NIJZ 32)

in anketne raziskave (ZDSta, 45/95 in 9/01):

- Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, 2014 in 2019,
- Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018,
- Življenjski pogoji (EU-SILC),
- Poraba gospodinjestev (APG).

Podatki o izobrazbi, uporabljeni pri podatkih iz rednih zbirk podatkov za obdobje 2006–2008, so bili pripravljani na podlagi Statističnega registra delovno aktivnega prebivalstva ter Popisa prebivalstva, družin, gospodinjestev in stanovanj 2002, ki ju upravlja Statistični urad RS (295). Podatki o izobrazbi za obdobje od leta 2012 dalje so izveček iz Registra izobrazbe, ki ga od leta 2011 vodi Statistični urad RS za statistične namene (296).

Stopnje izobrazbe smo razvrstili v naslednje kategorije: nizka (osnovnošolska izobrazba ali nižja), srednja (srednješolski programi, ki trajajo od 2 do 5 let) in višja (višješolska izobrazba ali več).

### **Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi)**

Podatke o umrljivosti prebivalstva pripravlja NIJZ na podlagi redne zbirke Zdravniško poročilo o umrli osebi (Zbirka podatkov o umrlih osebah). Ta zajema podatke o vseh prebivalcih Slovenije, ki so v referenčnem letu umrli na ozemlju Slovenije ali v tujini. Podatki o vzrokih smrti so pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti ter ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva in so osnova za poročanje in mednarodne primerjave v okviru obveznosti do EU, SZO in drugih organizacij. V publikaciji predstavljamo umrljivost prebivalcev po stopnji dosežene izobrazbe.

Podatki o umrlih osebah so bili dopolnjeni s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi izobrazbi prebivalcev v času smrti, kar je bilo uporabljeno za pripravo kazalnikov umrljivosti zaradi različnih vzrokov smrti glede na izobrazbo umrlih oseb.

Preučevali smo tako skupno umrljivost kot umrljivost zaradi specifičnih vzrokov smrti (na podlagi osnovnega vzroka smrti in zunanjega vzroka smrti), kodiranih po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). Za izračune in primerjavo umrljivosti po izobrazbi so bili uporabljeni letni podatki umrlih iz let 2006–2008, 2012–2014 ter 2017–2019. Podatki o umrljivosti prebivalstva so bili uporabljeni tudi za izračun kazalnikov zdravih let življenja in pričakovanega trajanja življenja, pri katerih je bila uporabljena Sullivanova metoda (297).

### **Perinatalni informacijski sistem**

Zbirka Perinatalni informacijski sistem RS, v okviru katere se beležijo podatki o porodih in rojstvih oz. novorojenčkih, in je pomemben vir podatkov za spremljanje, vrednotenje in načrtovanje programov na perinatološkem področju, je samostojen medicinski register porodov in rojstev v Sloveniji. Vanj se poleg porodov in rojstev v porodnišnicah prijavljajo tudi ostali porodi in rojstva v Sloveniji, to je na domu, na poti v porodnišnico, v porodnih centrih in drugo.

V Perinatalni informacijski sistem RS se poročajo podatki o vseh živorojenih, ne glede na porodno težo, in mrtvorojenih s porodno težo 500 gramov in več (in/ali gestacijsko starostjo 22 tednov in več in/ali dolžino telesa 25 cm in več) (298).

Zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe matere na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

### **Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept**

Spremljanje porabe zdravil je eden od segmentov javnega zdravja, katerega najširši cilj je preprečevanje bolezni, podaljševanje življenja ter varovanje in izboljševanje zdravja. Podatke o izdanih zdravilih skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva lekarne pošiljajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), od koder zbrane podatke posredujejo NIJZ. Glavni namen zbiranja podatkov o zdravilih je nudenje informacij za spremljanje in načrtovanje sistema zdravstvenega varstva. Anatomsko-terapevtska klasifikacija (ATC) razvršča zdravila glede na njihovo glavno indikacijo najprej v 14 glavnih (anatomskih) skupin (299).

Vsakoletna zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe oseb v tistem letu, podobno kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Ključni kazalnik je delež oseb v določeni starostni in izobrazbeni skupini, ki jim je bilo v določenem letu izdano vsaj eno zdravilo na recept za naslednje skupine zdravil, označene na podlagi klasifikacije ATC:

- zdravila za zdravljenje povišanega krvnega tlaka: C02, C03, C04, C07, C08, C09,
- zdravila za zdravljenje diabetesa: A10.

### **Register raka Republike Slovenije**

Register raka Republike Slovenije zbira podatke o vseh novih primerih raka (incidenca), prevalenci in preživetju bolnikov z rakom v Sloveniji. Prijavljanje raka je vse od ustanovitve Registra raka zakonsko predpisano in obvezno za vse slovenske javnozdravstvene zavode, ki so primarni vir podatkov (117). Da se zagotovi njihova popolnost, Register raka dopolnjuje podatke iz različnih zbirk (Zbirke podatkov o umrlih osebah, bolnišničnih registrov, registrov presejalnih programov za raka, Centralnega registra prebivalstva, Geodetske uprave Republike Slovenije). Za razvrščanje primerov raka po primarni lokaciji od leta 1997 uporabljamo MKB-10. Zbrani podatki so ključni za ocenjevanje bremena rakavih bolezni v državi, poročanje mednarodnim organizacijam, raziskovalno dejavnost ter načrtovanje in ocenjevanje delovanja Državnega programa obvladovanja raka (DPOR) (121).

Podatki v Registru raka RS so bili dopolnjeni s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe na enak način kot Zbirka podatkov o umrlih osebah.

Za izračune in primerjavo incidence raka po izobrazbi smo uporabili letne podatke o incidenti v obdobju 2012–2017. Glede na pogostost posameznih skupin rakov med prebivalci in znano povezanost s socialno-ekonomskim položajem smo poleg incidence vseh rakov skupaj (MKB-10 kode C00–C96) za preučevanje vpliva izobrazbene neenakosti izbrali pet skupin rakov: pljučni rak (MKB-10 kodi C33 in C34), želodčni rak (MKB-10 koda C16), rak dojke pri ženskah (MKB-10 koda C50), kožni melanom (MKB-10 koda C43) ter rake glave in vratu (MKB-10 kode C00–C14, C30–C32) (300).

### **Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu**

Glavni namen Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. European Health Interview Survey, EHIS) je ugotoviti, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev, kako pogosto uporabljamo različne zdravstvene storitve in kakšen je naš življenjski slog, povezan z zdravjem.

Podatki, prikazani v publikaciji, so bili zbrani z anketnimi raziskavami o zdravju in zdravstvenem varstvu v letih 2007, 2014 in 2019. Raziskave je izvedel NIJZ na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih in so stari 15 in več let. Podatki so bili v letu 2007 zbrani z osebnim anketiranjem, v letih 2014 in 2019 pa s spletnim anketiranjem in osebnim anketiranjem na naslovih oseb, ki so bile izbrane v vzorec. V letu 2007 je v anketi sodelovalo 2.116 oseb, v letu 2014 6.262 oseb, v letu 2019 pa 9.900 oseb. Vzorčni načrt je bil v vseh izvedbah raziskave stratificiran dvostopenjski (301).

Podatki iz Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) so prikazani po različnih demografskih spremenljivkah, kot so spol, starost in stopnja izobrazbe. Analizirali smo podatke o samooceni splošnega zdravja, kajenju, uporabi alkohola, telesni dejavnosti, uživanju sadja in zelenjave, indeksu telesne mase, simptomih depresije, iskanju pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja, težavah s hrbtom ali vratom.

### **Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju**

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (angl. Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC) je periodična mednarodna kvantitativna raziskava, ki se izvaja v štiriletnih intervalih in zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje ter druga z zdravjem povezana vedenja (npr. tvegana vedenja, prehrana, gibanje), pa tudi socialni kontekst mladostnika (družina, šola, vrstniki). Anketirani so 11-, 13-, 15- in 17<sup>26</sup>-letniki. Zdravstvene težave otrok in mladostnikov so v glavnem povezane z značilnostmi rasti in razvoja, načinom življenja in širšimi družbenimi dogajanjem. Anketiranje se izvaja v času pouka v šolah, tako da so v raziskavo vključeni samo šolajoči se otroci in mladostniki. Enota vzorčenja je razred oziroma oddelek, vzorčenje pa je dvostopenjsko stratificirano (302, 303).

Slovenija se je raziskavi HBSC pridružila leta 2002. V letih 2014 in 2018 je bilo anketiranje v nasprotju z leti 2002, 2006 in 2010, ko so se ankete izpolnjevale pisno na papirju, izvedeno preko spletne aplikacije na šolskih računalnikih. Poleg tega so bili v letu 2014 in 2018 dodani tudi nova vprašanja in novi vsebinski sklopi, npr. uporaba e-tehnologije.

HBSC se izvaja s poenoteno metodologijo v 50 državah Evrope in širše, zato nam podatki omogočajo tudi mednarodne primerjave. Končni cilj raziskave je izboljšati zdravje in dobro počutje mladostnikov. Podatki, ki so uporabljeni v tej publikaciji, izvirajo iz raziskav iz let 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018. V končni vzorec je bilo v letu 2018 zajetih 3.707 fantov in 3.742 deklet, leta 2014 2.449 fantov in 2.548 deklet, leta 2010 2.765 fantov in 2.671 deklet, leta 2006 2.558 fantov in 2.572 deklet ter leta 2002 2.298 fantov in 2.216 deklet. Končni vzorec za leto 2018 sicer zajema tudi 17-letnike, ki pa v analizah zaradi časovne primerljivosti niso upoštevani (214).

### **Življenjski pogoji**

To raziskovanje temelji na uredbah Evropske komisije in se izvaja v vseh državah članicah EU, zato so podatki vseh držav članic med seboj neposredno primerljivi. V Sloveniji ga je Statistični urad RS (SURS) začel izvajati v letu 2005. Podatke, ki so potrebni za izračun kazalnikov dohodka, revščine in socialne izključenosti, so pridobljeni iz dveh virov, zato je tudi raziskovanje dvodelno: del podatkov je zbranih z anketnim vprašalnikom Življenjski pogoji (ti podatki se nanašajo na leto izvedbe SILC), del pa iz administrativnih in registrskih podatkov (ti podatki se nanašajo na leto pred izvedbo raziskovanja; to leto je namreč referenčno leto za dohodek). Iz obstoječih registrov in administrativnih evidenc so pridobljeni podatki v zvezi z dohodkom in tudi nekatere druge informacije ter naknadno povezani s podatki, pridobljenimi z vprašalnikom. Z uporabo registrov in administrativnih virov bistveno razbremenimo anketirance, hkrati pa se precej poceni tudi izvedba raziskovanja.

Bruto velikost vzorca je vsako leto približno 12.900 gospodinjstev. Ker del gospodinjstev zavrača sodelovanje in nam z delom gospodinjstev ne uspe vzpostaviti stika, del pa jih je za raziskovanje neustrezen, je končna, neto velikost vzorca približno 9.000 gospodinjstev ali približno 28.000 oseb v vsakem koledarskem letu.

Raziskovanje se izvaja vsako leto.

<sup>26</sup> Vzorec raziskave, izvedene v letu 2018, je prvič vključeval tudi 17-letnike, ki pa niso bili vključeni v analize v tej publikaciji.

## Poraba gospodinjstev

Podatke zbiramo v raziskavi Poraba gospodinjstev (APG), in sicer jih pridobimo:

- z osebnim anketiranjem na podlagi vprašalnika Raziskovanje o porabi v gospodinjstvih (APG);
- na podlagi dnevnikov izdatkov, v katere člani gospodinjstva 14 dni sami vpisujejo dnevne izdatke in kupljene količine življenjskih potrebščin;
- administrativnih in drugih podatkovnih zbirk: Finančne uprave (dohodnina), Ministrstva za notranje zadeve (CRP, Evidenca gospodinjstev), Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (socialni in družinski prejemki, štipendije), Zavoda za zaposlovanje (nadomestilo za brezposelnost), Geodetske uprave (REN);
- iz lastnih virov SURS: Sestava prebivalstva (DEM-PREB/ČL).

Anketiranje gospodinjstev je enakomerno porazdeljeno skozi vse leto, vsako izbrano gospodinjstvo pa sodeluje v anketi 14 dni. Na začetku anketiranja anketar vnese nekaj osnovnih podatkov o vseh članih gospodinjstva. Za člane, mlajše od 15 let, se anketiranje s tem konča. Za člane, stare vsaj 15 let, sledijo vprašanja, ki se nanašajo na podatke o njih samih, njihovem formalnem (zaposlitvenem) statusu, izdatkih za izobraževanje. Vprašanja v sklopu vprašanj za gospodinjstvo kot celoto se nanašajo na podatke o prebivališču in morebitnih drugih stanovanjih gospodinjstva, motornih vozilih, stanovanjski opremljeni in gospodinjskih napravah ter celem spektru izdatkov v gospodinjstvih (npr. izdatkih za stanovanje in njegovo vzdrževanje, obleko in obutev, pohištvo, nakupe gospodinjskih aparatov in pripomočkov, avdio-vizualne in računalniške opreme, rekreacijo in kulturo, izdatkih za otroke in pomoč drugim gospodinjstvom itd.).

Raziskovanje se izvaja vsaka tri leta (2012, 2015, 2018), pred tem pa se je izvajalo letno od leta 1997 do 2010.

## Metodologija primerjav med leti in različnimi socialno-demografskimi skupinami

- Umrljivost

Analiza umrljivosti po stopnji dosežene izobrazbe je obsegala absolutne primerjave starostno standardiziranih stopenj umrljivosti oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe in relativne primerjave umrljivosti različno izobraženih (npr. razmerje starostno standardiziranih stopenj, angl. rate ratio), vse za obdobja 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019. V primerjavo sta bili vzeti obe skrajni skupini oseb – osebe z nizko in visoko izobrazbo. Del analize neenakosti v umrljivosti je zajemal tudi regionalne primerjave, in sicer primerjavo pričakovane življenjske dobe, med dvanajstimi slovenskimi statističnimi regijami.

Razlike v umrljivosti med stopnjami izobrazbe smo preučevali s Poissonovo regresijo, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja umrljivosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost, obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 ugotavljamo s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Za kazalnike umrljivosti so bile izračunane dodatne mere neenakosti, in sicer t. i. Slope Index of Inequality (SII), Relative Index of Inequality (RII) ter PAF (ang. Population Attributable Fraction). V nasprotju z zgoraj omenjenimi merami absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi osebami), sta SII in RII indeksa neenakosti, ki delujeta na osnovi regresije in upoštevata celotno populacijo, torej sta dovzetna na distribucijo populacije po vseh socialno-ekonomskih skupinah (v našem primeru tudi srednje izobražene skupine). Absolutna razlika, ki jo določi naklon dobljene regresijske premice med najnižje in najvišje izobraženimi, predstavlja dobljeni SII. Indeks RII, ki je izračunan tako, da vrednost SII indeksa delimo s skupno/povprečno vrednostjo izbranega kazalnika, predstavlja relativni koeficient neenakosti in zato omogoča primerjavo neenakosti med različnimi zdravstvenimi kazalniki in po času. Tretja dodatna mera, PAF, prikazuje delež vrednosti kazalnika (npr. stopnja umrljivosti zaradi pljučnega raka), ki bi se ji lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika za celotno populacijo enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina) (304-306).

- Rodnost

Porode in rojstva v Sloveniji smo opazovali v treh različnih obdobjih, in sicer 2006–2008, 2012–2014 ter 2017–2019. Osnovne razlike po stopnji dosežene izobrazbe in državi prvega bivališča matere za izbrane izide, npr. prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti, smo proučevali z analizo na osnovi absolutnih razlik strukturnih deležev in razmerja deležev.

Razlike v izidih med stopnjami izobrazbe smo preučevali z binarno logistično regresijo, v kateri je kot odvisna spremenljivka nastopal posamezen izid (npr. prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti), neodvisne spremenljivke pa so bile starost porodnice, obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 smo ugotavljali s statistično značilnostjo interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Dva izbrana izida (tj. kajenje v nosečnosti in obisk šole za starše) sta bila vključena v regionalno primerjavo. Ali obstaja statistično značilna razlika v deležih med izbrano statistično regijo in preostalo Slovenijo, smo preverjali s statističnim testom za primerjavo dveh deležev (z-test).

- Zdravila, izdana na recept

Pregledani so bili podatki o izdanih zdravilih na recept v letih 2012–2019 za prej omenjeni skupini zdravil. V analize so bile vključene le osebe, ki so bile v danem letu starejše od 25 let. Za vsako leto so se izračunale starostno specifične stopnje prejemnikov zdravil, ločeno po spolu in treh stopnjah izobrazbe. Vrzel v starostno specifični stopnji po spolu je bila definirana kot absolutna razlika med stopnjama za nizko in visoko stopnjo izobrazbe. Za vsako leto so se prav tako pripravile starostno standardizirane stopnje prejemnikov zdravil po spolu in treh stopnjah izobrazbe. Primerjava stopenj med nizko in visoko stopnjo izobrazbe je bila lahko absolutna ali relativna. Vrzel v starostno standardizirani stopnji med izobrazbama in po spolu je definirana enako kot pri umrljivosti.

Izračunane so bile tudi dodatne mere neenakosti, in sicer t. i. indeks naklona neenakosti (Slope Index of Inequality, SII), relativni indeks neenakosti (Relative Index of Inequality, RII) ter pripisljiv delež populacije (ang. Population Attributable Fraction, PAF). Višja kot je absolutna vrednost SII, večja je razlika v starostno standardiziranih stopnjah nekega pojava med nižjimi in višjimi izobrazbenimi skupinami. Negativna vrednost SII pomeni, da se z višanjem stopnje izobrazbe starostno standardizirana stopnja pojava znižuje. Trend v starostno standardiziranih stopnjah skozi leta smo ločeno po spolu in za visoko oziroma nizko izobrazbo ter njuno razliko (vrzel) preučevali s Poissonovo regresijo, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja, neodvisno pa leto.

- Incidenca raka

V analizo so vključeni vsi primeri raka pri odraslih, starih 25 in več let, ki so zboleli v obdobju 2012–2017 in pri katerih je bil na voljo podatek o izobrazbi. Iz analize so izločeni primeri, pri katerih izobrazbe posameznika ni bilo možno določiti – skupno 0,8 % vseh novih primerov raka.

Izračunali smo starostno standardizirano stopnjo (SSS; Evropska standardna populacija 2013, verzija 85+) incidence na 100.000 prebivalcev, stratificirano po spolu in izobrazbi (nizka, srednja in visoka) ter absolutne (razlika med SSS) in relativne (razmerje med SSS) mere neenakosti, skupaj s 95-odstotnimi intervali zaupanja. V primerjavo sta bili vzeti obe skrajni skupini oseb – osebe z nizko in osebe z visoko izobrazbo. Dodatno smo izračunali še mero neenakosti PAF, ki predstavlja odstotek, koliko rakov več (v primeru negativne vrednosti PAF) ali manj (v primeru pozitivne vrednosti PAF) bi bilo v populaciji, če bi vsi v populaciji imeli najvišjo stopnjo izobrazbe.

Incidence SSS smo izračunali za posamezna leta od 2012 do 2017 (za izračun časovnih trendov posameznih izobrazbenih skupin po spolu), za celotno obdobje 2012–2017 (za prikaz oz. izračun absolutnih in relativnih vrzeli) in kot triletno drseče povprečje med leti 2012 in 2017 (za prikaz trenda absolutne vrzeli). Prikazujemo tudi starostno specifične incidenčne stopnje na 100.000 prebivalcev po spolu in izobrazbi v obdobju 2012–2017.

Statistično značilnost izobrazbenih in časovnih trendov med leti 2012 in 2017 smo določali na podlagi intervalov zaupanja (kjer se intervali zaupanja ne prekrivajo, je trend statistično značilen) oziroma z uporabo regresije stičnih točk (pri statistično značilnih rezultatih je podana vrednost letne povprečne

spremembe; ang. Annual Percent Change – APC). Uporabili smo Joinpoint Regression Program (verzija 4.1.1 – avgust 2014), narejen na podlagi metodologije, ki jo je razvil Kim s sodelavci (300). Analiza časovnih trendov z opazovanjem le šestletnega obdobja ni zanesljiva, vendar pa podatki o izobrazbi pred letom 2012 za našo analizo niso na voljo.

- Podatki nacionalnih raziskav (EHIS, HBSC)

Statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami (npr. nizko, srednje in visoko izobraženimi; oziroma med podpovprečno in nadpovprečno oceno denarnega blagostanja družine) znotraj enega leta smo preverjali z  $\chi^2$ -testom, z z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek).

Za podatke iz raziskave EHIS smo statistično značilnost sprememb neenakosti pri posameznih kazalnikih glede na spol, starost in izobrazbo med leti 2007, 2014 in 2019 ugotavljali s Cochran-Armitage testom trenda. Pri kazalniku Samoocena splošnega zdravja smo poleg leta, spola, starosti in izobrazbe uporabili tudi razdelitev po statističnih regijah. Za posamezne kazalnike so bile izračunane mere neenakosti, in sicer absolutna razlika v prevalenci (vrzel), razmerje prevalenc ter PAF (ang. Population Attributable Fraction). Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc prikazujeta absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi). PAF prikazuje delež vrednosti kazalnika (npr. delež oseb, ki so telesno aktivni vsaj 30 minut dnevno ali 150 minut tedensko), ki bi se jim lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika na celotni populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina).

Podobno smo za podatke iz raziskave HBSC statistično značilnost sprememb neenakosti pri posameznih kazalnikih glede na subjektivno oceno denarnega blagostanja družine med leti 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018 ugotavljali s pomočjo Cochran-Armitage testom trenda. Za posamezne kazalnike so bile tudi v primeru HBSC izračunane različne mere neenakosti, in sicer absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc ter PAF. Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc prikazujeta vrzel med podpovprečno in nadpovprečno oceno denarnega blagostanja družine. PAF pa prikazuje delež vrednosti posameznega kazalnika, ki bi se ji lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika na celotni opazovani populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosegajo tisti z nadpovprečno oceno denarnega blagostanja družine.



## 6.3 Vezano na prispevek

### Skupine z ranljivostmi v Sloveniji – O raziskavi projekta MoST

Avtorica: Ivanka Huber (NIJZ)

S kvalitativno raziskavo projekta *MoST* (»Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih«) smo lahko poglobljeno proučevali okoliščine, ki prispevajo k ranljivostim in neenakostim v zdravju. Terensko raziskovanje je omogočilo ne samo zaznavanje raznolikih neenakosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi, temveč tudi specifičnosti posameznih okolij in različnih družbenih procesov, ki pogojujejo povečevanje ali zmanjševanje neenakosti in ranljivosti. S kvalitativnim raziskovanjem smo te dimenzije lahko razumeli znotraj širšega družbeno-političnega in zgodovinskega konteksta posamezne skupnosti.

V raziskavi, ki je na terenu potekala v treh fazah, je bilo med aprilom 2018 in avgustom 2019 v 25 okoljih v Sloveniji izvedenih 417 intervjujev s 629 sogovorniki. Raziskava je potekala v okoljih tistih zdravstvenih domov, ki so bili vključeni v projekt *Krepitev zdravja za vse*, in sicer v širšem okolju Ajdovščine, Nove Gorice, Pirana, Izole, Postojne, Logatca, Idrije, Kočevja, Kranja, Ivančne Gorice, Kamnika, Trebnja, Črnomlja in Metlike, Brežic, Žalca, Šentjurja, Velenja, Slovenskih Konjic, Slovenj Gradca in Dravograda, Slovenske Bistrice, Maribora, Lenarta, Ormoža, Gornje Radgone in Murske Sobote. S pomočjo prve faze raziskave smo identificirali razsežnost in nianse proučevanega pojava na lokalni ravni, kakor so jih zaznavali predstavniki javnih institucij. Druga faza je identificirala akterje (nevladne organizacije, civilna združenja, društva) na lokalni ravni, ki delujejo na specifičnih področjih. Tretja faza pa je identificirala osebe z ranljivostmi, ki so najbolj neposredni del proučevanega pojava. Z vidika ranljivosti in neenakosti v zdravju se je ta faza nanašala na neposredna izkustva oseb, ki se nahajajo v ranljivem položaju in se na specifične načine soočajo z ovirami pri dostopu do zdravstva. Osebe z ranljivostmi so največkrat tako družbeno izolirane in marginalizirane, da je dostop do njih otežen in tudi etično vprašljiv. Teme ranljivosti in neenakosti v zdravju so pri sogovornikih pogosto sprožale občutek sramu, nelagodja in krivde. Pojem ranljivosti pa je prav tako 'atribut', ki ga posameznikom pripišemo od zunaj in se le redko kdo z njim poistoveti. Zaradi teh okoliščin so raziskovalci iskali mehkejšo oziroma ustrežnejše metodološke pristope, kot so neformalni pogovor, nestrukturirani intervju, poslušanje osebnih zgodb, izkušenj, stisk, in tako poglobili razumevanje posameznih pojavov in ovir (več o metodologiji raziskave glej v (188).

Pri analizi podatkov smo se oprli na hermenevitično metodo analize, ki pomeni interpretacijo podatkov v obliki besedil oziroma izjav v zvezi s predmetom raziskave (307). V ožjem smislu je analiza potekala preko kvalitativne vsebinske analize (308), ki vključuje identifikacijo in analizo kategorij tematik, ki so se pojavile v posameznih intervjujih. Podatki so bili sprva klasificirani s pomočjo vnaprej pripravljenega obrazca za sistematično povzemanje intervjujev, pri čemer so bile glede na dano okolje najprej navedene skupine z ranljivostmi, ki so bile izpostavljene v intervjuju, ter opisane ovire in prakse premoščanja teh ovir, kot so jih omenjali sogovorniki in sogovornice. Hkrati so bili opisani tudi metodološki vidiki izvedbe posameznih intervjujev.

Raziskava projekta *MoST* je bila zasnovana tako, da je identificirala širok spekter 'ranljivih skupin' in dejavnikov, ki prispevajo k ranljivostim in neenakostim v zdravju. Zaradi te široke usmeritve raziskave nekaterih pojavov in ovir ni bilo mogoče bolj poglobljeno analizirati. Na to je vplival tudi omejen časovni okvir raziskave. Procesov in sprememb na ravni posameznih okolij namreč ni bilo mogoče spremljati in analizirati skozi daljše časovno obdobje. Zato je izvedena raziskava lahko izhodišče za nadaljnja, bolj poglobljena, kontinuirana in ožje usmerjena raziskovalna prizadevanja (188).

## 6.4 Vezano na prispevek 5 pogojev za enakost v zdravju

*Avtorica: Tatjana Kofol Bric (NIJZ)*

Dejavniki, ki prispevajo k vrzeli v samoocenjenem zdravju med 40 % odraslih prebivalcev z najvišjim dohodkom gospodinjstva in 40 % odraslih prebivalcev z najnižjim dohodkom gospodinjstva so analizirani po metodi, ki je uporabljena v Poročilo SZO o stanju enakosti v zdravju v Evropi (18). Neposredno sodelovanje s SZO je omogočilo analize in prispevalo rezultate z uporabo istega vira podatkov in prilagojenega modela za Slovenijo, kot je bil uporabljen v poročilu SZO. Po istem modelu so izračunani rezultati za EU28, ki so navedeni v tekstu. Za pojasnjevanje deleža vpliva dejavnikov iz petih različnih področij življenja na vrzel v samoocenjenem zdravju med socialno-ekonomskima skupinama je uporabljena različica dekompozicijske metode Oaxaca, ki so jo predlagali Neumark ter Oaxaca in Ransom (309, 310). Uporabljeni so podatki anketne raziskave Evropska raziskava o kakovosti življenja, ki je bila v Sloveniji večkrat izvedena med letoma 2003 in 2016. Raziskava EQLS je obdobjna presečna raziskava odrasle populacije (18 in več let), ki živi v zasebnih gospodinjstvih, in temelji na naključnem statističnem vzorcu. Odvisno od velikosti države in nacionalnih dogovorov je v posamezno izvedbo raziskave vključenih od 1.000 do 2.000 ljudi v vsaki državi (311).

Partner Eurofoundovih raziskav, Kantar Public, je izvedel osebne pogovore na domu anketirancev v obliki računalniško podprtega osebnega anketiranja (CAPI), pogovor pa je zajemal obsežen seznam vprašanj o kakovosti njihovega življenja. Vprašalnik za raziskavo EQLS za leto 2016 ima velik poudarek na javnih storitvah (zdravstveno varstvo, dolgotrajna oskrba, varstvo otrok in šolstvo) ter meri različne vidike kakovosti, kot so pravičen dostop, objekti, osebje in informacije, ki so na voljo državljanom (312). Podrobnosti o metodologiji raziskave so na voljo na spletu: <https://www.eurofound.europa.eu/sl/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>.

Dekompozicijska metoda zahteva podrobne mikropodatke, zato je bila analiza neenakosti možna le na določenih kazalnikih zdravja, kot so zadovoljstvo z življenjem, duševno zdravje in samoocena zdravja. Potreben je dovolj velik vzorec, ki zagotavlja dovolj statistične variabilnosti med petimi vključenimi skupinami dejavnikov. Za prikaz smo izbrali analizo samoocene zdravja. Dekompozicijska analiza razkriva, v kolikšni meri posamezni dejavnik prispeva k neenakosti v zdravju v primerjavi z vsakim od izbranih dejavnikov. Dekompozicija temelji na regresijski analizi povezanosti med samoporočanim zdravjem in kazalniki petih osnovnih področij življenja.

Velja opozorilo, da čeprav dekompozicijska analiza omogoča pojasnjevanje neenakosti v zdravju z vidika statistične povezanosti, pa uporabljeni regresijski model ne vključuje vzročne analize in zato rezultatov ne moremo razlagati kot samostojno priporočilo za politične ukrepe. Rezultate dekompozicije je potrebno interpretirati z mero previdnosti in v skladu z drugimi dokazi.

## 6.5 Vezano na prispevek

### Slaba kakovost zraka kot element neenakosti v zdravju

*Avtorji: Tanja Carli (NIJZ), Andreja Kukec (UL MF in NIJZ), Janja Turšič (ARSO), Peter Otorepec (NIJZ)*

Opravljen je bil sistematični pregled znanstvene in strokovne literature, skladno s Prednostnimi poročili za sistematične preglede in meta-analizo (angl. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols, PRISMA-P 2015). Za znanstvene članke smo določili časovno okno pregleda od obdobja prvih objav na tem področju raziskovanja do 31. 1. 2021, za sivo literaturo pa od 1. 1. 2018 do 31. 1. 2021. Znanstvene članke smo iskali v bibliografski zbirki MEDLINE s pomočjo iskalnega sistema PubMed (MeSH tezaver, angl. Medical Subject Headings). Za iskanje z Boolovima operatorjema (AND oz. OR) smo uporabili ključne besede v angleškem jeziku: ([social inequalities[MeSH Terms]) AND ((ambient) OR (outdoor air pollution[MeSH Terms])). Sive dokumente smo pridobili na podlagi usmerjenega iskanja. V analizo smo vključili znanstvene članke in dokumente na podlagi naslednjih vključitvenih meril: 1) tematska ustreznost, 2) evropska geografska regija (53 držav članic v evropski regiji SZO), 3) raziskave na ljudeh, 4) izvirni, pregledni, sistematični pregledni članek ali tehnično poročilo, 5) raziskave na individualni ravni (kohortne, presečne) in raziskave ne populacijski ravni, 6) dostop do celotnega besedila, 7) besedilo, napisano v angleškem jeziku. Iz analize smo izključili znanstvene članke in dokumente na podlagi naslednjih izključitvenih meril: 1) besedilo, ki tematsko ni povezano s pregledom, 2) izvenevropska geografska regija, 3) eksperimentalne raziskave in vitro ter in vivo, 4) raziskave na živalih, 5) metaanaliza, pisma, poslana uredništvu, komentarji, posterji, intervjuji, 6) besedilo dostopno le v obliki izvlečka, 7) besedilo ni napisano v angleškem jeziku. Povezanost med socialno neenakostjo in onesnaženim zunanjim zrakom smo prikazali opisno. Sistematični pregled literature smo opravili skladno s Prednostnimi priporočili za sistematične preglede in metaanalizo (angl. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols, PRISMA-P 2015). V prvem koraku (fazi identifikacije) smo s pomočjo iskalnih meril identificirali dokumente, najdene v bibliografski zbirki MEDLINE s pomočjo iskalnega sistema PubMed ( $n = 342$ ) in dokumente, najdene s pomočjo drugih virov ( $n = 3$ ). V drugem koraku (fazi pregleda) smo najprej izključili dvojnike ( $n = 5$ ), preostale dokumente pa pregledali po naslovu in izvlečku ( $n = 340$ ). Z upoštevanjem vključitvenih meril smo dodatno izključili 335 dokumentov. V tretjem koraku (fazi ustreznosti) smo pregledali dokumente, primerne za pregled celotnega besedila ( $n = 5$ ) in na podlagi vključitvenih meril dodatno izključili 1 dokument. V zadnjem koraku (fazi vključenosti) smo v končno analizo vključili 4 dokumente. Podrobnejše informacije so dostopne v znanstveni monografiji.

## 6.6 Vezano na prispevek Aplikativno raziskovanje blaginje otrok

Avtor: Urban Boljka (IRSSV)

### Metode, uporabljene pri izdelavi regijskega indeksa blaginje otrok (RIBO)

#### *Normalizacija oz. povezovanje podatkov*

RIBO je sestavljen iz 40 kazalnikov, ki so v prvotni obliki izraženi z različnimi merskimi lestvicami (npr. delež otrok, stopnja umrljivosti, število točk ipd.). Da bi zagotovili primerljivost med podatki in omogočili združevanje nesorazmernih kazalnikov, smo vse kazalnike najprej normalizirali. Uporabili smo metodo **Min–Max**, kjer je b maksimalna vrednost intervala ali 100 in a minimalna vrednost ali 0. Na ta način smo vse kazalnike normalizirali na identičen rang [0,100]. Poleg tega smo vrednosti nekaterih kazalnikov »obrnil«, tako da v vseh primerih visoka vrednost kazalnika pomeni pozitivno smer merjenja.

#### *Agregiranje in izračunavanje indeksa*

Po preračunu kazalnikov oz. normalizaciji podatkov smo najprej izračunali deset podindeksov, torej za vsako področje posebej, in jih izrazili s povprečno vrednostjo vseh normaliziranih kazalnikov določenega področja. Končni indeks tako predstavlja povprečno vrednost desetih prej omenjenih podindeksov/področij. Iz tovrstnega načina izračunavanja izhaja, da ima vsako področje enako težo v strukturi indeksa, tj. desetino. Ker pa so področja sestavljena iz različnega števila kazalnikov, ti k skupnemu izračunu različno prispevajo.

#### *Manjkajoče vrednosti*

Te vrednosti smo vstavili z metodo večkratnega vstavljanja z verižnimi enačbami (angl. multiple imputation by chained equations; MICE) in modelom PMM (angl. predictive mean matching). Gre za zelo fleksibilen model, ki nima predpogojev o distribuciji podatkov ter po drugi strani ohrani distribucije znotraj podatkov, zato so vstavljene vrednosti precej blizu preostanku prvotnih podatkov.

## 6.7 Vezano na prispevek Alkohol v Sloveniji: kako velik je problem, kje smo uspešni in kje so še priložnosti?

*Avtorica: Sandra Radoš Krnel (NIJZ)*

Za namen priprave pregleda dogajanja na področju alkoholne problematike v Sloveniji smo uporabili več raziskovalnih metod. Raba in del bremena rabe alkohola v Sloveniji sta bila ocenjena na osnovi analize podatkov o registrirani porabi čistega alkohola na prebivalca, podatkov o pivskih navadah prebivalcev iz populacijskih raziskav ter izbranih zdravstvenih posledicah rabe alkohola. Pivske navade prebivalcev Slovenije smo ocenili na osnovi dveh populacijskih raziskav, ki jih izvaja NIJZ: 1) Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah (raziskava ATADD) je bila izvedena med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, dvakrat – prvič v dveh delih, v letih 2011 in 2012, drugič pa v letu 2018. 2) Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) je mednarodna in poteka vsaka štiri leta. Izvedena je bila v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018 in vključuje 11-, 13- in 15-letnike, od leta 2018 naprej tudi 17-letnike. Pri opazovanju zdravstvenih posledic rabe alkohola smo se v tem poglavju osredotočili na podatke o umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze, ki so v veliki meri posledica rabe alkohola. Podatke o številu smrti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze smo pridobili iz Zbirke podatkov o umrlih osebah (IVZ46), vključene so bile tri diagnoze iz desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, in sicer: alkoholna bolezen jeter (K70), kronični hepatitis, ki ni uvrščen drugje (K73) ter fibroza in ciroza jeter (K74). Izvedena je bila tudi delna analiza alkoholne politike s pregledom obstoječe zakonodaje in ukrepanja ter pregledom literature. Program TAKE CARE je oblikovan po transteoretičnem modelu sprememb v okviru motivacijskega intervjuja, učenju z izkušnjo, psihoedukaciji in vrstniški edukaciji (230). Vključuje selektivno in indicirano (indikativno) preventivo ter večnivojski pristop. Ciljne skupine selektivne preventive so specifične skupine oseb, pri katerih je stopnja tveganja za razvoj zasvojenosti znatno višja od povprečja, čeprav pri njih še ni prisotnega tveganega vedenja rabe alkohola in prepovedanih drog. Projekt SOPA je razvojno-aplikativni projekt, sestavljen iz več faz: razvoj interdisciplinarnega pristopa, vzpostavitev sodelovanja z deležniki, pilotno izvajanje ukrepov s predhodnim usposabljanjem, evalvacija s prilagoditvami predloga ter predlog pristopa za vzpostavitev na sistemski ravni. Ciljne skupine so izvajalci pristopa ter člani skupnosti oziroma strokovna in splošna javnost. Pilot se izvaja v 18 zainteresiranih lokalnih okoljih po Sloveniji in vključuje interdisciplinarno sodelovanje deležnikov na lokalni in regijski ravni (232).

## 6.8 Vezano na prispevek Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših

Avtorja: Andrej Srakar, Miha Dominko (oba IER)

Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE) je multidisciplinarna in čeznacionalna panelna raziskava mikropodatkov o zdravju, socialno-ekonomskem statusu ter socialnih in družinskih omrežjih prek 140.000 posameznikov, starih 50 ali več let. Zajema 27 evropskih držav in Izrael.

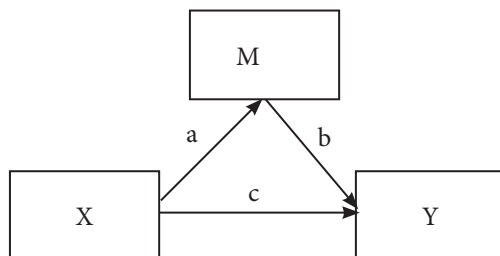
Slovenija v SHARE sodeluje vse od četrtega vala raziskave v letu 2011, zato smo lahko v analizi uporabili podatke štirih valov: četrtega, petega, šestega in sedmega. Podatki SHARE omogočajo reprezentativne vzorce starejših od 50 let v vseh vključenih državah in predstavljajo enega najboljših virov podatkov o starejših, ki je v mednarodnem merilu trenutno na voljo. Naš končni vzorec je znašal 1.354 starostnikov, ki smo jih opazovali skozi štiri valove raziskave.

Naš osnovni model analize posredovanosti je predstavljen na sliki 6.1. Iz njega je razvidno, da naj bi imeli vsi trije sklopi spremenljivk, osnovni, posredni in končni, povratne vzročne povezave drug do drugega.

Ta problem smo razrešili s preoblikovanjem v longitudinalno analizo posredovanosti (z uporabo enega najpogosteje uporabljenih modelov na tem področju, križno-odloženega panelnega modela), kjer denimo prejemanje dolgotrajne oskrbe v času  $t-2$  določa zdravje starejšega v času  $t-1$ , kar v končnem vpliva na njegovo potrebo po uporabi zdravstvenih storitev v času  $t$ .

V modelu smo uporabili tri sklope spremenljivk: odvisne spremenljivke, označujoč uporabo zdravstvenih storitev; posredne spremenljivke/mediatorje, označujoč zdravstveni status, ter neodvisne spremenljivke, označujoč prejemanje dolgotrajne oskrbe.

Uporabljena metoda, analiza posredovanosti, v grobem označuje oceno razmerja med neodvisno spremenljivko  $X$ , ki neposredno in posredno (preko vpliva na posredno spremenljivko  $M$ ) vpliva na končni izid  $Y$ . Osnovna slika take analize je prikazana na sliki spodaj.



Slika 6.1: Osnovni model analize posredovanosti

Vir: Chen, LJ in Hung, HC 2016 (313).

V svojem prispevku Gollob in Reichardt pišeta o težavah pri uporabi osnovne analize posredovanosti za presečne podatke (314). Za našo analizo smo zato uporabili longitudinalno analizo posredovanosti, ki zgornja neposredna in posredna razmerja ocenjuje skozi čas in je kombinacija dinamičnih panelnih modelov, znanih iz statistike in ekonometrije, z modeliranjem strukturnih enačb. Tak pristop nam omogoča, da presežemo večkratno povratno vzročnost, prisotno v našem modelu, ki lahko povzroča statistične težave.

## 6.9 Vezano na prispevek Neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe z vidika življenjskega cikla

Avtorja: Andrej Srakar, Miha Dominko (oba IER)

Naš osnovni regresijski model je panelne narave. Razgradimo ga s pomočjo ustrezne regresijske dekompozicije tipa Oaxaca-Blinder (315).

## 6.10 Vežano na prispevek Regijske neenakosti v ranljivosti otrok v času epidemije novega koronavirusa

*Avtorji: Tamara Narat, Urban Boljka, Maja Škafar, Mateja Nagode (vsi IRSSV)*

Podatke za analizo črpamo iz raziskave »Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa«. Na IRSSV smo, kot je uvodoma izpostavljeno, da bi ugotovili, kako so otroci v Sloveniji doživljali epidemijo novega koronavirusa, v maju in juniju 2020 izvedli anketo med osnovnošolsko ter srednješolsko populacijo otrok.

### Zbiranje podatkov

Podatke o ranljivosti otrok v času epidemije smo pridobili s pomočjo spletnega vprašalnika, ki smo ga dne 27. 5. 2020 naslovili na vse osnovne (v nadaljevanju OŠ) in srednje šole (v nadaljevanju SŠ) v Sloveniji (primarna vzorčna enota).<sup>27</sup> S tem smo dobili implicitno listo enot učencev in dijakov, ki so sekundarne vzorčne enote. Z listami vseh enot (učencev in dijakov) nismo razpolagali, ampak smo se zanesli na šole (ravnatelj in ravnateljice ter odgovorne osebe, ki so jih za izvedbo vprašalnika ti določili). Za učence in dijake, ki so odgovorili na vprašalnik, vemo, iz katere občine prihajajo in kateri razred obiskujejo (ne pa tudi, katero šolo). Odziva posameznih šol sicer nismo nadzorovali, smo pa šole iz statističnih regij s slabšim odzivom na vprašalnik pozivali še naknadno.<sup>28</sup> Da bi dosegli tudi najranljivejše skupine otrok, smo vprašalnik posredovali še nevladnim organizacijam, ki izvajajo socialnovarstvene programe, namenjene otrokom in mladostnikom, ki jih sofinancira MDDSZ.

Vprašalnik so preko spleta prostovoljno izpolnjevali otroci med 10. in 19. letom oz. šolajoči se otroci razen otrok prve triade osnovne šole. Priprave na raziskavo so med drugim vključevale sodelovanje resornega ministrstva pri usklajevanju in posvetovanju glede vsebine vprašalnika, vsebino in izvedbo je aktivno komentiral tudi NIJZ.

Anketiranje smo zaključili 1. 7. 2020. Na vprašalnik je ustrezno odgovorilo **5.291 učencev in dijakov**.

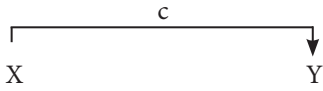
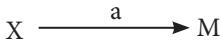
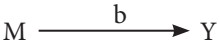
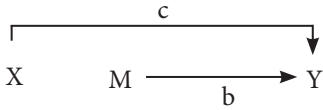
<sup>27</sup> Vse šole smo k sodelovanju povabili še enkrat (2. 6. 2020). Kasneje smo k sodelovanju ponovno povabili še tiste šole v statističnih regijah z nižjim odzivom (12. 6. 2020 in 17. 6. 2020).

<sup>28</sup> 12. 6. 2020 in 17. 6. 2020.

## 6.11 Vezano na prispevek Neenakosti v zdravju v Sloveniji zaradi covid-19

Avtorja: Andrej Srakar, Miha Dominko (oba IER)

V ta namen navadno ocenimo več regresijskih enačb: eno, kjer je odvisna spremenljivka končni izid, neodvisna pa začetni 'impulz', drugo, kjer je namesto začetnega impulza neodvisna spremenljivka, mediator, tretjo, kjer je odvisna spremenljivka mediator (neodvisna pa začetni impulz), ter zadnjo, kjer postavimo v odvisnost vse tri spremenljivke, in kot odvisno vzamemo končni izid, za neodvisni pa tako začetni impulz kot mediator. Izkaže se, da lahko tako neposredne kot posredne učinke izračunamo iz rezultatov teh ocenjenih enačb po shemi, prikazani na spodnji sliki.

	Analiza	Grafični prikaz
Korak 1	Izvedba regresijske analize, kjer X napoveduje Y za oceno koeficienta c $Y = B_0 + B_1X + e$	
Korak 2	Izvedba regresijske analize, kjer X napoveduje M za oceno koeficienta a $M = B_0 + B_1X + e$	
Korak 3	Izvedba regresijske analize, kjer M napoveduje Y za oceno koeficienta b $Y = B_0 + B_1X + e$	
Korak 4	Izvedba multiple regresijske analize, kjer X in M napovedujeta Y $Y = B_0 + B_1X + B_2M + e$	

Slika 6.2: Osnovni diagram metodološkega pristopa

Vir: Baron, RM in Kenny, DA 1986 (316) v (317).

Da bi ocenili učinke zaprtja države v času prvega vala epidemije, smo uporabili podatke neformalne pobude Sledilnika za covid-19. Slednjo je v začetku epidemije ustanovila manjša skupina navdušencev. Podatke je pričel zbirati Luka Renko, pridružila sta se mu še Miha Kadunc in Andraž Vrhovec, k projektu pa so pritegnili še mednarodno uveljavljenega slovenskega statistika, informatika in podjetnika dr. Aleksa Jakulina, ki se je v tistem času mudil v Sloveniji. Projekt Sledilnik je verjetno pobuda, ki je v celotnem času epidemije na najbolj strokoven in nepristranski način zagotavljala podatke o epidemiji (zbrane iz različnih virov), hkrati pa objavljala številne javnosti zanimive vsebine, matematična (simulacijska) in statistična modeliranja.

V naši kratki analizi smo se naslonili na morda najbolj znani vzročni model epidemije v mednarodnem merilu avtorjev Victorja Chernozhukova, Hiroyukija Kasahare in Paula Schimpfa (265). V tem modelu ocenjujemo neposredne in posredne učinke nekega ukrepa na končni kazalnik epidemije, vendar z ustreznim, vnaprej izbranim zamikom (v našem primeru deset dni). Ukrepe je posredovan skozi vedenje ljudi, ki ga sami ocenjujemo s spremenljivko sprememb v mobilnosti (podatki Googla). V model so vključene še nekatere neodvisne, t. i. kontrolne spremenljivke.



## 6.12 Vezano na prispevek »Bo pandemija covid-19 poglobila neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije?«

*Avtorice: Darja Lavtar, Maruša Rehberger, Andreja Belščak Čolaković, Ada Hočevar Grom, Mojca Gabrijelčič Blenkuš (vse NIJZ)*

Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) daje vpogled v boljše poznavanje in razumevanje vedenja ljudi v času med pandemijo covid-19 in po njej v Sloveniji (318). Raziskava SI-PANDA v obliki spletnega anketnega vprašalnika je potekala v dvanajstih ponovitvah (ponovitve enkrat na dva tedna) s pričetkom 4. 12. 2020. V imenu Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) jo je izvajal Inštitut za raziskovanje trga in medijev, Mediana, podatki pa so bili analizirani na NIJZ.

V spletno raziskavo, ki je potekala prek Medianinega spletnega panela, so bili vsaka dva tedna vabljeni izbrani člani panela. Vzorčni okvir je bil po strukturi reprezentativen za prebivalce Slovenije po spolu, starosti in statistični regiji. Osebe, izbrane v vzorec, so bile iz panela izbrane naključno in proporcionalno po izbranih demografskih značilnostih glede na strukturo populacije. V vsakem valu spletne raziskave je sodeloval vzorec približno 1.000 odraslih oseb, starih od 18 do vključno 74 let (319).

V raziskavi je bil uporabljen vprašalnik Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki smo ga prevedli in v skladu z navodili SZO ustrezno prilagodili razmeram v naši državi (320).

V monografiji so prikazani podatki 7. in 8. vala panelne spletne raziskave, ki sta potekala od 26. 2. 2021 do 1. 3. 2021 (7. val) in od 12. 3. 2021 do 15. 3. 2021 (8. val) na vzorcu 1.000 (7. val) oz. 1.002 (8. val) odraslih oseb, starih od 18 do 74 let (272, 273). Prikazane so tudi nekatere primerjave s prejšnjimi valovi raziskave.

Podatki, predstavljeni v monografiji, so uteženi po spolu, starostnih skupinah in statistični regiji bivanja. Rezultati o vplivu pandemije na finančno situacijo, stiku z zdravnikom, življenjskem slogu in duševnem zdravju prebivalcev so prikazani z deleži skupaj za vse anketirane osebe in za posamezne skupine prebivalstva.

## 7 SEZNAM VIROV

Vnos: Standard ISO 690 – številčni sklic

1. WHO. World Health Day 2021. Health equity and its determinants. [Elektronski] 2021. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2021>.
2. WHO. Health inequities and their causes. [Elektronski] 2021. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>.
3. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health. Geneva : World Health Organization, 2008.
4. OECD. Health for everyone? Social inequalities in health and health systems, OECD Health Policy Studies. [Elektronski] 2019. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
5. Dahlgren, G in Whitehead, M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Copenhagen : WHO Regional office for Europe, 2006.
6. Wilkinson, R. The impact of inequality: how to make sick societies healthier. London : Routledge, 2005.
7. Škraban, J, Pistotnik, S in Lipovec, Čebren, U. Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo (11-20). [avt. knjige] I Huber, U Lipovec Čebren in S Pistotnik. Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
8. Fifty years after the social indicators movement: has the promise been fulfilled? An assessment and agenda for the future. Land, KC in Michalos, AC. s.l. : Soc Indic Res, 2017.
9. Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in ageing society. Commission, Jointly prepared by the Social Protection Committee and the European. Volume 1 (pred objavo, maj 2021).
10. SLORA. [Elektronski] Onkološki inštitut Ljubljana, 2021. <http://www.slora.si/definicije-kazalnikov-in-metod>.
11. Uresničevanje Agende 2030. Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko . [Elektronski] 2021. <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/uresnicevanje-agende-2030/>.
12. Zupanič Slavec, Z. Dr. Ivo Pirc (1891-1967) and development of public health in Slovenia (1923-1941). Zdravniški vestnik. 2012, Izv. letnik 81, številka 2 (163-171).
13. Pirc, I. Naklo-rodine: monografija belokranjske vasi : študija o prehrani kmetijskega prebivalstva. Ljubljana : Higijenski zavod v Ljubljani, 1945.
14. Hrast Filipovič, M in Ignjatović, M. Growing inequalities and their impacts in Slovenia. [Elektronski] 2013. <http://gini-research.org/system/uploads/506/original/Slovenia.pdf?1372768022>.
15. Raziskava Slovensko javno mnenje (SJM). Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. [Elektronski] 2021. <https://www.cjm.si/sjm/>.
16. Švara, S. Vsebine vprašanj anket »Slovensko javno mnenje« (SJM) od 1968 do 2020. [Elektronski] 2020. <https://www.cjm.si/wp-content/uploads/2020/06/2020-05-25-Sergio.pdf>.
17. WHO. Rio political declaration on social determinants of health. World Health Organization. [Elektronski] 11. October 2011. [Navedeno: 5. May 2021.] <https://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>.
18. WHO. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. World Health Organization. [Elektronski] 2019. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>.
19. WHO. Health equity policy tool. World Health Organization. [Elektronski] 2019. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/410457/FINAL-20190812-h1905-policy-tool-en.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/410457/FINAL-20190812-h1905-policy-tool-en.pdf).
20. WHO. About the high-level conference on health equity. WHO Regional Office for Europe. [Elektronski] 2019. [Navedeno: 5. May 2021.] <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/06/healthy,-prosperous-lives-for-all-in-the-european-region-high-level-conference-on-health-equity/about>.
21. WHO. Accelerating progress towards healthy, prosperous lives. [Elektronski] 19. September 2019. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/413838/69rs05e\\_HealthEquityResolution\\_190589.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/413838/69rs05e_HealthEquityResolution_190589.pdf).
22. UMAR. Poročilo o razvoju. [Elektronski] 22. April 2021. [Navedeno: 5. 5 2021.] [https://www.umar.gov.si/publikacije/single/publikacija/news/porocilo-o-razvoju-2021/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c64dcbcd53bdad9c7a048e131d72d09](https://www.umar.gov.si/publikacije/single/publikacija/news/porocilo-o-razvoju-2021/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c64dcbcd53bdad9c7a048e131d72d09).

23. WHO. Technical meeting on measuring and monitoring action on the social determinants of health. [Elektronski] 22. June 2016. [https://www.who.int/social\\_determinants/ottawa-meeting/en/](https://www.who.int/social_determinants/ottawa-meeting/en/).
24. Buzeti, T, in drugi. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. [Elektronski] Januar 2011. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji>.
25. NIJZ. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Nacionalni inštitut za javno zdravje. [Elektronski] 2018. <https://www.nijz.si/sl/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji-v-casu-ekonomske-krize>.
26. EuroHealthNet. European partnership for health equity and equality. EuroHealthNet. [Elektronski] <https://eurohealthnet.eu/>.
27. EuroHealthNet. The European Pillar Of Social Rights: a key vehicle to improving health for all. EuroHealthNet. [Elektronski] November 2020. [https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/EuroHealthNet\\_EPSR\\_Factsheet\\_nov2020\\_0.pdf](https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/EuroHealthNet_EPSR_Factsheet_nov2020_0.pdf).
28. EuroHealthNet. Making the link: gender equality and health. EuroHealthNet. [Elektronski] Marec 2021. [https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/PP\\_Gender2021\\_Online\\_FINAL\\_0.pdf](https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/PP_Gender2021_Online_FINAL_0.pdf).
29. EuroHealthNet. Making the link: health, education, and inequality. EuroHealthNet. [Elektronski] Februar 2020. [https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/PP\\_Health-Education\\_online\\_0.pdf](https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/PP_Health-Education_online_0.pdf).
30. Evropski semester. [Elektronski] European Commission, 2020. [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester\\_sl](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester_sl).
31. Evropski steber socialnih pravic v 20 načelih. [Elektronski] Evropska komisija, 2021. [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_sl](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_sl).
32. Spinakis, A, in drugi. Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - summary report. Luxembourg : European Commission Directorate General for Health and Consumers, 2011. ISBN 978-92-79-18529-8.
33. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. s.l. : World Health Organization, 2013. ISBN 978 92 4 154863 2 .
34. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva : World Health Organization , 2017. ISBN 978-92-4-151218-3 .
35. De Looper, M in Lafortune, G. Health working papers no. 43. Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. Paris : OECD, 2009.
36. Conway, DI., in drugi. Measuring socioeconomic status and inequalities. [avt. knjige] Vaccarella S, in drugi. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2019.
37. UMAR. Poročilo o razvoju 2020. Ljubljana : Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2020. ISSN 2464-0492.
38. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Thomson S, et al. s.l. : Public Health panorama, 2016, Izv. 02 (03): 357 - 366. ISSN 2412-544X.
39. UMAR. Ekonomski izzivi 2019. Ljubljana : Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2019 Nov. ISSN 2464-045X.
40. OECD. OECDiLibrary. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. [Elektronski] 2020. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
41. Thomson, S, Cylus, J in Evetovits, T. Can people afford to pay for health care. Regional report. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2019. ISBN 978 92 890 5405 8.
42. Muir, T. Measuring social protection for long term care, OECD Health working Papers No.93. [Elektronski] Apr 2017. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>. I13.
43. Hashiguchi, T, Llana-Nozal, A. OECDiLibrary. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs, OECD Health Working Papers No. 11. [Elektronski] Apr 2020. <https://dx.doi.org/10.1787/2592f06e-en>.
44. Eurostat. Eurostat Database. [Elektronski] 2020a. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
45. Inchley, J, in drugi. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. s.l. : WHO, 2020.
46. Jeriček Klanšček, H. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Ljubljana : s.n., 2019. ISBN 978-961-7023-49-7.

47. Equality and gender inequalities in self-reported health: a longitudinal study of 27 European countries 2004 to 2016. Roxo, L, Bambra, C in Perelman, J. s.l. : *Int J Health Serv*, 2020. 5:20731420960344.
48. Pibernik, T in Tomšič, S. Samoocena zdravja 53-56. [avt. knjige] T Lesnik. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
49. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. Boerma, Ties, in drugi. s.l. : *BMC Public Health*, 2016, Izv. 16. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>.
50. Factors associated with self-reported health: implications for screening level community-based health and environmental studies. Gallagher, JE, in drugi. s.l. : *BMC Public Health*, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3321-5>.
51. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Mossey, JM in Shapiro, E. s.l. : *Am J Public Health*, 1982. 72(8):800-8.
52. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. Lorem, G, in drugi. s.l. : *Sci Rep*, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-61603-0>.
53. Educational inequalities in self-rated health and social relationships - analyses based on the European Social Survey 2002-2016. Vonnelich, N, Lüdecke, D in von dem Knesebeck, Olaf. s.l. : *Soc Sci Med*, 2020. 267:112379.
54. OECD. Health at a glance: Europe 2020: state of health in the EU cycle. [Elektronski] 2020. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
55. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. Mackenbach, JP, in drugi. s.l. : *Lancet Public Health*, 2019. 10.1016/S2468-2667(19)30147-1.
56. EPHR. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [Elektronski] 2018. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH6d-7-rTWAhUfg\\_0HHbRxCrYQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.europeristat.com%2Fimages%2FEPHR2015\\_Euro-Peristat.pdf&xusg=AOvVaw2rjQz8unHrJJIoP95Du1pY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH6d-7-rTWAhUfg_0HHbRxCrYQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.europeristat.com%2Fimages%2FEPHR2015_Euro-Peristat.pdf&xusg=AOvVaw2rjQz8unHrJJIoP95Du1pY).
57. Inégalités sociales en santé périnatale. Social inequalities in perinatal health. Azria, E. 10, s.l. : *Arch Pédiatr*, 2015, Izv. 22.
58. Social inequality in fetal and perinatal mortality in the Nordic countries. Jørgensen, T, Mortensen, LH in Andersen, AN. 6, s.l. : *Scand J Public Health*, 2008, Izv. 36.
59. Inequalities in perinatal and maternal health. de Graaf, JP, Steegers, EAP in Bonsel, GJ. 2, s.l. : *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2013, Izv. 25.
60. Social inequalities in maternal and perinatal mortality: a summary of research. Fisher, S. s.l. : *New Digest*, 2008, Izv. 44.
61. WHO. Spotlight on adolescent health and well being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report: key findings. [Elektronski] 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>.
62. National-level wealth inequality and socioeconomic inequality in adolescent mental well-being: a time series analysis of 17 countries. Dierckens, M, in drugi. 6, s.l. : *J Adolesc Health*, 2020, Izv. 66.
63. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002–2018. Holstein, BE, in drugi. s.l. : *Child Youth Serv Rev*, 2020, Izv. 116.
64. Short report: persistent social inequality in poor self-rated health among adolescents in Denmark 1991-2014. Holstein, BE, in drugi. 6, s.l. : *Eur J Public Health*, 2018, Izv. 28.
65. Social inequality in adolescent life satisfaction: comparison of measure approaches and correlation with macro-level indices in 41 countries. Zaborskis, A, in drugi. s.l. : *Soc Indic Res*, 2018, Izv. 141.
66. Gender and age differences in social inequality on adolescent life satisfaction: a comparative analysis of health behaviour data from 41 Countries. Zaborskis, A in Grincaite, M. 7, s.l. : *Int J Environ Res Public Health*, 2018, Izv. 15.
67. Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001–2017. Weinberg, D, in drugi. 19, s.l. : *Int J Environ Res Public Health*, 2019, Izv. 16.
68. Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: a multilevel study in 33 countries and regions. Leal-López, E, in drugi. s.l. : *Int J Drug Policy*, 2020, Izv. 84.
69. Brief report: trends in social inequality in drunkenness among Danish adolescents, 1991-2014. Bendtsen, P, in drugi. 4, s.l. : *J Stud Alcohol Drugs*, 2018, Izv. 79.
70. International trends in “bottom-end” inequality in adolescent physical activity and nutrition: HBSC study 2002–2014. Chzhen, Y, in drugi. 4, s.l. : *Eur J Public Health*, 2018, Izv. 28.

71. After the bell: adolescents' organised leisure time activities and well-being in the context of social and socioeconomic inequalities. Badura, P, in drugi. s.l. : J Epidemiol Community Health, 2021.
72. Do family environment factors play a role in adolescents' involvement in organized activities? Badura, P, in drugi. s.l. : J Adolesc, 2017, Izv. 59.
73. How family socioeconomic status, peer behaviors, and school-based intervention on healthy habits influence adolescent eating behaviour. Moreno-Maldonado, C, in drugi. 1, s.l. : Sch Psychol Int, 2018, Izv. 39.
74. Can physical activity compensate for low socioeconomic status with regard to poor self-rated health and low quality-of-life? Johansson, LM, in drugi. 33, s.l. : Health Qual Life Outcomes, 2019, Izv. 17.
75. Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. Craike, M, in drugi. 43, s.l. : Int J Behav Nutr Phys Act, 2018, Izv. 15.
76. WHO. Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. [Elektronski] 2014. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2014/tobacco-and-inequities.-guidance-for-addressing-inequities-in-tobacco-related-harm-2014>.
77. DEMETRIQ consortium. Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990-2004. Gregoraci, G, in drugi. 3, s.l. : Tob Control, 2017, Izv. 26.
78. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Nacionalni inštitut za javno zdravje. [Elektronski] 2015. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/uporaba-tobaka-alkohola-in-prepovedanih-drog-med-prebivalci-slovenije-ter-needakosti-in>.
79. Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions. Smith, CE, Hill, SE in Amos, A. s.l. : Tob Control, 2020.
80. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. Brown T, Platt S, Amos A. s.l. : Drug Alcohol Depend, 2014, Izv. 138.
81. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. Brown, T, Platt, S in Amos, A. s.l. : Tob Control, 2014, Izv. 23.
82. Tobacco control measures to reduce socioeconomic inequality in smoking: the necessity, time-course perspective, and future implications. Tabuchi, T, Iso, H in Brunner, E. 4, s.l. : J Epidemiol, 2018, Izv. 28.
83. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a multi-national study. Bloomfield, K, in drugi. 1, s.l. : Alcohol Alcohol Suppl, 2006, Izv. 41.
84. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—results from an international study. Grittner, U, in drugi. 2, s.l. : Eur J Public Health, 2012, Izv. 32.
85. Lovrečič, M, in drugi. Alkohol in neenakosti. V: Lesnik T (ur.), et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. [Elektronski] 2018.
86. The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. Bellis, M, in drugi. s.l. : BMC Public Health, 2016, Izv. 16.
87. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. Probst, C, in drugi. 6, s.l. : Lancet Public Health, 2020, Izv. 5.
88. DEEP-SEAS. Background document. Thematic capacity building workshop 2: alcohol and its relation to cancer, socioeconomic inequalities and nutrition & obesity. "Socioeconomic inequalities in health related to alcohol use". 2021.
89. Wood, S in Bellis, MA. Socio-economic inequalities in alcohol consumption and harm: evidence for effective interventions and policy across EU countries. [Elektronski] 2017. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj\\_tJb3kLfwAhXVhP0HHXWoCa4QFjAAegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.drugsandalcohol.ie%2F28634%2F1%2Fhepp\\_socio\\_economic\\_inequalities\\_creport\\_alcohol\\_en.pdf&usq=AOvVaw380e4HrLU8uhxCj-gIUQh](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj_tJb3kLfwAhXVhP0HHXWoCa4QFjAAegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.drugsandalcohol.ie%2F28634%2F1%2Fhepp_socio_economic_inequalities_creport_alcohol_en.pdf&usq=AOvVaw380e4HrLU8uhxCj-gIUQh).
90. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. [Elektronski] 2020. <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>.
91. SVRK. Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko. Strategija razvoja Slovenije 2030. [Elektronski] 2017. [https://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/kratke\\_analize/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe.pdf](https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf).
92. Pandemija Covid-19 v Sloveniji, izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 5. val. Hočevar Grom, A, in drugi. s.l. : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.

93. WHO. Promoting fruit and vegetable consumption around the world. [Elektronski] 2004. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>.
94. WHO. Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases. [Elektronski] 2019. [https://www.who.int/elena/titles/fruit\\_vegetables\\_ncds/en/](https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en/).
95. Fruit and vegetables for health : report of the Joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health. WHO. Kobe, Japan : s.n., 2005. 9241592818.
96. Health impact assessment of food and agriculture policies in slovenia, and the potential effect of accession to the European Union. Lock, K. 961-6523-06-6, Ljubljana : Republic of Slovenia Ministry of Health, 2004.
97. WHO. Evaluating implementation of the resolution on the Slovenian food and nutrition action plan 2005-2010, Upgraded evaluation, 2016 . Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2016.
98. Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje RS, 2016. ISBN 978-961-6523-62-2.
99. DOBER TEK Slovenija. 10 ciljev. [Elektronski] 2015. <https://www.dobertekslovenija.si/10-ciljev/>.
100. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council ; Europe's beating cancer plan. EC. Brussels : s.n., 2021.
101. WHO. Overweight and obesity. [Elektronski] 2020. [Navedeno: 29. januar 2021.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
102. WHO. Obesity and inequalities. Guidance for addressing inequalities in overweight and obesity. [Elektronski] 2014. [Navedeno: 29. januar 2021.]
103. OECD. Heavy burden of obesity. A quick guide for policy makers. [Elektronski] 2019a. [Navedeno: 29. januar 2021.] <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Policy-Brief-2019.pdf>.
104. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. Leng, B, in drugi. s.l. : J Hypertens, Feb 2015, Izv. 33(2): 221-9.
105. Inequalities in cardiovascular disease mortality: the role of behavioural, physiological and social risk factors. Beauchamp, A, in drugi. s.l. : J Epidemiol Community Health, Jun 2010, Izv. 64(6): 542-8.
106. Current situation of medication adherence in hypertension. Vrijens, B, in drugi. s.l. : Front Pharmacol, Mar 2017, Izv. 8:100.
107. High inequalities associated with socioeconomic deprivation in cardiovascular disease burden and antihypertensive medication in Hungary. Boruzs, K, in drugi. s.l. : Front Pharmacol, Aug 2018, Izv. 9:839.
108. Trends and inequalities in the health care and hypertension outcomes in China, 2011 to 2015. Zhao, Y, in drugi. s.l. : Int J Environ Res Public Health, Nov 2019, Izv. 16(22): 4576.
109. Diabetes Atlas. International Diabetes Federation 2021. [Elektronski] 2021. [Navedeno: 10. februar 2021.] <https://www.diabetesatlas.org/en/>.
110. Obvladajmo sladkorno. NPOSB Nacionalni program obvladovanja sladkorne bolezni 2010 - 2020. [Elektronski] 2020. [Navedeno: 10. februar 2021.] <https://www.obvladajmosladkorno.si/nacionalni-program/nposb-2010-2020/>.
111. Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. Safety and Health at Work, Report. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA):1999. [Elektronski] 2021. [Navedeno: 25. januar 2021.] [https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications?publication\\_type%5B%5D=10](https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications?publication_type%5B%5D=10).
112. Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers. Hoe, VCW, in drugi. s.l. : Cochrane Database Syst Rev, Oct 2018, Izv. 10: CD008570.
113. Petreanu, V in Seracin, AM. OSH Wiki. Risk factors for musculoskeletal disorders development: hand-arm tasks, repetitive work. National research - Development for Health and Safety, Romania: 2017. [Elektronski] 2017. [Navedeno: 1. 25 2021.] [https://oshwiki.eu/wiki/Risk\\_factors\\_for\\_musculoskeletal\\_disorders\\_development:\\_hand-arm\\_tasks,\\_repetitive\\_wor](https://oshwiki.eu/wiki/Risk_factors_for_musculoskeletal_disorders_development:_hand-arm_tasks,_repetitive_wor).
114. Roquelaure, Y. Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work. University of Angers : ETUI Research Paper - Report 142, 2018.
115. EASHW. OSH in figures: work-related musculoskeletal disorders in the EU - facts and figures, European risk observatory report. Luxembourg : Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. ISSN 1830-5946.
116. Low back pain and its relationship with sitting behaviour among sedentary office workers. Bontrup, C, in drugi. s.l. : Appl Ergon, Nov 2019, Izv. 81: 102894.

117. Zadnik, V, Gašljevič, G in Hočevar, M, in drugi. Rak v Sloveniji 2017. s.l. : Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2020.
118. Wild, CP, Weiderpass, E in Stewart, BW. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention, World Cancer Reports. s.l. : International Agency for Research on Cancer, 2020. ISBN-13 978-92-832-0448-0.
119. Vaccarella, S, Lortet-Tieulent, J in Saracci, R, in drugi. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research (Issue 168). s.l. : International Agency for Research on Cancer - IARC Scientific Publications, No. 168, 2019. ISBN-13 978-92-832-2222-4.
120. Socioeconomic inequalities in cancer incidence in Europe: a comprehensive review of population-based epidemiological studies. Mihor, A, in drugi. s.l. : Radiol Oncol, Mar 2020, Izv. 54(1): 1-13.
121. Državni program obvladovanja raka 2017-2021, p.50. s.l. : Ministrstvo za zdravje, 2017.
122. Estimation of the ecological fallacy in the geographical analysis of the association of the socio-economic deprivation and cancer incidence. Lokar, K, Zagar, T in Zadnik, V. s.l. : Int J Environ Res Public Health, Jan 2019, Izv. 16(3): 296.
123. Zadnik, V. Geografska analiza vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na incidenco raka v Sloveniji v obdobju 1995-2002, doktorsko delo. Ljubljana : Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2006.
124. Rudolf, A in Mihevc Ponikvar, B. Porodi in rojstva v Sloveniji 2016 - 2020. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020. ISBN 978-961-6945-15-8.
125. Programske smernice programa Dora. s.l. : DORA, Državni presejalni program za raka dojk, Jul 2020a.
126. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Lorant, V, Deliege, D in Eaton, W, in drugi. s.l. : Am J Epidemiol, Jan 2003, Izv. 157(2):98-112.
127. Depressive symptoms in a European comparison - Results from the European Health Interview Survey (EHIS). Hapke, U, Cohrdes, C in Nubel, J. s.l. : J Health Monit, 2019, Izv. 4, 57-65.
128. Social inequalities and depressive symptoms in adults: the role of objective and subjective socioeconomic status. Hoebel, J, in drugi. s.l. : PLoS One, Jan 2017, Izv. 12(1): e0169764.
129. IHME. GBD Compare Data Visualization. [Elektronski] 2020. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
130. Gender differences in the use of psychiatric outpatient specialist services in Tromsø, Norway are dependent on age: A population-based cross-sectional survey. Hansen, AH in Høye, A. s.l. : BMC Health Serv Res, 2015, Izv. 15(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1146-z>.
131. Impact of socioeconomic position and distance on mental health care utilization: a nationwide Danish follow-up study. Packness, A, Waldorff, FB in dePont Christensen R, in drugi. 52(11), s.l. : Soc Psych and Psych Epid, 2017.
132. Researching suicide, attempted suicide and near-lethal self-harm by offenders in community settings: challenges for future research. Mackenzie, JM, Borrill, J in Dewart, H. s.l. : Int J of Forensic Ment, 2013, Izv. 12(1).
133. Improving mental health service utilization among men: a systematic review and synthesis of behavior change techniques within interventions targeting help-seeking. Sagar-Ouriaghli, I, in drugi. s.l. : Am J Mens Health, 2019, Izv. 13(3).
134. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. Lewer, D, in drugi. januar 2020, Lancet Public Health, Izv. 5(1):e33-e41. PMID: 31813773; PMCID: PMC7098478.
135. Long-term trends of inequalities in mortality in 6 European countries. de Gelder, R, in drugi. januar 2017, Int J Public Health, Izv. 62(1):127-141.
136. Educational inequalities in premature mortality by region in the Belgian population in the 2000s. Renard, F, in drugi. 2017, Arch Public Health , Izv. 75:14.
137. Marmot, M, in drugi. Fair society healthy lives. [Elektronski] 2010. [Navedeno: 2. februar 2021.] <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
138. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Collaborators, GBD 2019 Risk Factors. oktober 2020, Lancet, Izv. 396(10258):1223-1249.
139. Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: a test of the »fundamental causes« theory of social inequalities in health. Mackenbach, JP, in drugi. februar 2015, Soc Sci Med, Izv. 127:51-62.
140. Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations. Van der Heyden, JH, in drugi. marec 2009, Lung Cancer, Izv. 63(3):322-30.

141. Death is a respecter of persons : 30 years of research comparing European countries regarding social inequality in mortality. Bopp, M in Mackenbach, JP. marec 2019, Z Gerontol Geriatr, Izv. 52(2):122-129.
142. Educational inequalities in three smoking-related causes of death in 18 European populations. Kulik, MC, in drugi. maj 2014, Nicotine Tob Res, Izv. 16(5):507-18.
143. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. s.l. : World Health Organization, 2018. ISBN 9789241565639.
144. WHO. Working document for development of an action strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. s.l. : World Health Organization, 2020c.
145. Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. Huijts, T, in drugi. s.l. : Eur J Public Health, 2017, Izv. 27:63-72.
146. Loring, B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. s.l. : WHO, 2014. ISBN 978 92 890 5046 3.
147. Radoš Krnel, S, in drugi. Merila za vrednotenje intervencij na področju javnega zdravja za namen prepoznavanja in izbire primerov dobrih praks. Ljubljana : NIJZ, 2020. ISBN 978-961-6945-06-6.
148. The effect of socio-economic status on non-fatal outcome after injury: a systematic review. Kruithof, N, in drugi. s.l. : Injury, Mar 2017, Izv. 48(3): 578-590.
149. Association of social determinants of health and road traffic deaths: a systematic review. Saeednejad, M, in drugi. s.l. : Bull Emerg Trauma, Oct 2020, Izv. 8(4): 211-217.
150. Educational inequalities in fracture-related mortality using multiple cause of death data in the Skåne region, Sweden. Lindeus, M, Englund, M in Kiadaliri, AA. s.l. : Scand J public Health, 2018, Izv. 48(1):72-79.
151. Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. Borrell, C, in drugi. s.l. : Inj Prev, 2005, Izv. 11(3): 138-142.
152. Socio-demographic determinants of road traffic fatalities in women of reproductive age in the republic of Georgia: evidence from the national reproductive age mortality study. Lomia, N, in drugi. s.l. : Int J Womens Health, 2020, Izv. 12: 527-537.
153. Socio-economic inequalities in fragility fracture outcomes: a systematic review and meta-analysis of prognostic observational studies. Valentin, G, in drugi. s.l. : Osteoporos Int, Aug 2019, Izv. 31(1): 31-42.
154. Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. Schnohr, C, in drugi. 32(4): 250-6, s.l. : Scand J Public Health, 2004.
155. The impact of the economic crisis on occupational injuries. De la Fuente, S, in drugi. s.l. : J Safety Res, Feb 2014, Izv. 48:77-85.
156. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Karanikolos, M, in drugi. s.l. : Lancet, Apr 2013, Izv. 381(9874): 1323-31.
157. Driving through the Great Recession: Why does motor vehicle fatality decrease when the economy slows down? He, MM. s.l. : Soc Sci Med, Apr 2017, Izv. 155: 1-11.
158. Socioeconomic inequality in clinical outcome among hip fracture patients: a nationwide cohort study. Kristensen, PK, in drugi. s.l. : Osteoporos Int, Apr 2017, Izv. 28(4): 1233-1243.
159. Educational inequalities in post-hip fracture mortality: a NOREPOS study. Omsland, TK, in drugi. Jun 2015, Izv. Volume 30, Issue 12.
160. Influence of socioeconomic factors on the adherence of alendronate treatment in incident users in Norway. Devold, HM, in drugi. s.l. : Pharmacoepidemiol Drug Saf, marec 2012, Izv. 21(3):297-304.
161. Early and late mortality in elderly patients after hip fracture: a cohort study using administrative health databases in the Lazio region, Italy. Castronuovo, E, in drugi. s.l. : BMC Geriatr, Aug 2011, Izv. 11:37.
162. Marked socioeconomic inequalities in hip fracture incidence rates during the Bone and Joint Decade (2000-2010) in Portugal: age and sex temporal trends in a population based study. Oliveira, CM, Alves, SM in Pina, MF. s.l. : J Epidemiol Community Health, Aug 2016, Izv. 70(8): 755-63.
163. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. Lorant, V, in drugi. s.l. : Br J Psychiatry, 2005, Izv. 187.
164. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. Borrell, C, in drugi. 1, 2017, BMC Public Health, Izv. 17.
165. Socioeconomic inequalities in suicide mortality in European urban areas before and during the economic recession. Borrell, C, in drugi. 1, 2020, European Journal of Public Health, Izv. 30.



166. Vinko, M, in drugi. MIRA za duševno zdravje: Nacionalni program duševnega zdravja. [Elektronski] 2019.
167. Trbanc, M, in drugi. Socialni položaj v Sloveniji 2018-2019. [Elektronski] 2020. [https://www.irssv.si/upload2/Socialni%20polozaj%20v%20Sloveniji%202018\\_2019\\_koncno%20porocilo.pdf](https://www.irssv.si/upload2/Socialni%20polozaj%20v%20Sloveniji%202018_2019_koncno%20porocilo.pdf).
168. Rodica, B, Rici, J in Burja Cerjanec, J. Statistični pregled leto 2019. [Elektronski] 2020. <https://www.zpiz.si/cms/?ids=content2019&inf=1195#x1>.
169. Eurostat. European Union statistics on income and living conditions (EU-SILC). [Elektronski] 2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>.
170. Stare, M in Inglič, RT. Methodological explanation - living conditions. [Elektronski] 2021. <https://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/8108>.
171. Pavlovič, K. Kdo bo odločal o pravicah pacientov do zobozdravniške oskrbe? [Elektronski] 2020. <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila>.
172. Eurostat. Population and social conditions – Health – Health care. [Elektronski] 2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
173. Can people afford to pay for health care? Financial protection for health in Slovenia. Zver, E, Srakar, A in Jošar, D. s.l. : WHO Regional office for Europe, 2019.
174. Evropski steber socialnih pravic. UMAR. Ljubljana : Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2021.
175. ZZZS. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2012. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013. ISSN 1408-6182.
176. ZZZS. Letno poročilo ZZZS 2020. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2021. ISSN 1408-6182.
177. EC. State of health in the EU Companion Report 2019. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2019. ISBN 978-92-76-10195-6.
178. Data resource profile: the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Börsch-Supan, A, in drugi. s.l. : Int J Epidemiol, 2013. DOI: 10.1093/ije/dyt088.
179. Nagode, M, in drugi. Razvoj socialne oskrbe na domu : od besed k dejanjem. Ljubljana : Fakulteta za socialno delo, 2019. ISBN: 9789616569736.
180. Nagode, M, in drugi. Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. Zbirka Delovni zvezki UMAR, 23(2). [Elektronski] 2014. [Navedeno: 10. september 2019.] [http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/dz/2014/DZ\\_02\\_14p.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf).
181. Muir, T. Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing. [Elektronski] <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.
182. OECD/Eurostat/WHO. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. [Elektronski] 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
183. SURS. Statistični urad Republike Slovenije. Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2018. [Elektronski] 17. december 2020.
184. SURS. Statistični urad Republike Slovenije. Kakovost življenja - Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2018. [Elektronski] 18. junij 2020.
185. Pečar, J. Cilji regionalne politike Slovenije v obdobju 2021-2027, zbirka Delovni zvezki UMAR, Delovni zvezek 3/2020, letnik XXIX. Ljubljana : UMAR, 2020.
186. Majcen, B. Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji - prvi rezultati raziskave Share. s.l. : Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2018.
187. SURS. Metodološko pojasnilo - Kazalniki dohodka, revščine in socialne izključenosti. Ljubljana : s.n., 2020.
188. Huber, I, Lipovec Čebren, U in Pistotnik, S. Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Ljubljana : NIJZ, 2020. ISBN 978-961-6945-27-1.
189. Lipovec Čebren, U, Keršič-Svetel, M in Pistotnik, S. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. Zdravstveno marginalizirane - »ranljive« skupine 14-25. Ljubljana : NIJZ, 2016. ISBN 978-961-6911-80-1.
190. Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov. [Elektronski] 2017. [Navedeno: 20. oktober 2020.] <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MK/Zakonodaja-ki-ni-na-PISRS/Kulturna-raznolikost/1c24133420/Konvencija-o-pravicah-invalidov.pdf>.
191. EuroHealthNet. Health inequalities in Europe. [Elektronski] september 2019a. [https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Health\\_Equity\\_in\\_the\\_EU\\_Factsheet\\_October\\_2019\\_A4\\_online%20version.pdf](https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Health_Equity_in_the_EU_Factsheet_October_2019_A4_online%20version.pdf).

192. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. [Elektronski] 1986. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf).
193. EuroHealthNet. Making the link: improving health and health equity through strong social protection systems. EuroHealthNet. [Elektronski] oktober 2020a. [https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/PP\\_Social\\_Protection\\_FINAL.pdf](https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/PP_Social_Protection_FINAL.pdf).
194. Applying a health equity lens to evaluate and inform policy. Douglas, DM, in drugi. s.l. : Ethnicity & Disease, 2019, Izv. Vol 29 (S2): 329-342.
195. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (Eurofound). [Elektronski] Eurofound. <https://www.eurofound.europa.eu/sl/surveys/european-quality-of-life-surveys>.
196. Social inequalities in exposure to ambient air pollution: a systematic review in the WHO European Region. Fairburn, J, in drugi. s.l. : Int J Environ Res Public Health, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16173127.
197. EEA. Unequal exposure and unequal impacts social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2018. doi:10.2800/324183.
198. Air pollution and disease burden. Tong, S. s.l. : Lancet Planet Health, 2019. doi: 10.1016/S2542-5196(18)30288-2.
199. ARSO, Ljubljana. Kakovost zraka v Sloveniji v letu 2019. [Elektronski] [https://www.arso.gov.si/zrak/kakovost%20zraka/poro%C4%8Dila%20in%20publikacije/porocilo\\_2019.pdf](https://www.arso.gov.si/zrak/kakovost%20zraka/poro%C4%8Dila%20in%20publikacije/porocilo_2019.pdf).
200. Pomen okoljske ozaveščenosti in sodelovanja javnosti za trajnostni razvoj (49-62). Špes, M. 29, s.l. : Dela, 2008. DOI: <https://doi.org/10.4312/dela.29.49-62>.
201. Horvat Polajnar, K. Vloga socialnih dejavnikov pri razvoju okoljske ozaveščenosti in spreminjanju okoljskega vedenja. Ljubljana : Interdisciplinarni doktorski študijski program Varstvo okolja, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, 2014.
202. Zaznavanje kakovosti zraka v Ljubljani. Vintar Mally, K. s.l. : DELA, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4312/dela.46.67-88>.
203. Boljka, U, Nagode, M in Narat, T. IRSSV indeks blaginje otrok. Vsebinski izzivi, metode in uporabnost. [Elektronski] <https://ibo.irssv.si/IRSSV-indeks-blaginje-otrok-publikacija.pdf>.
204. IRSSV. Indeks blaginje otrok (IBO). [Elektronski] <https://ibo.irssv.si/#/>.
205. IRSSV. Regijski indeks blaginje otrok (RIBO). Kako dobro živijo otroci v Sloveniji? [Elektronski] <http://ribo.ipta.si/>.
206. IRSSV. Indeks v kontekstu. [Elektronski] <https://ibo.irssv.si/#/kontekst>.
207. IRSSV. Regijski indeks blaginje otrok (RIBO) . Gručenje regij. [Elektronski] <http://ribo.ipta.si/grucenje>.
208. IRSSV. Regijski indeks blaginje otrok (RIBO). Oblikuj svojo RIBO. [Elektronski] [http://ribo.ipta.si/ustvari\\_svoj](http://ribo.ipta.si/ustvari_svoj).
209. NIJZ. Zdravstveni statistični letopis Slovenije. [Elektronski] 2021. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019>.
210. WHO. European Health for All database (HFA-DB). [Elektronski] 8. september 2020c. [Navedeno: 2. november 2020b.] <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.
211. Hovnik Keršmanc, M, in drugi. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Ljubljana : NIJZ, 2021.
212. Radoš Krnel, S, in drugi. Umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze v Sloveniji v obdobju 2013 – 2018. [ured.] S Radoš Krnel in M Hovnik Keršmanc. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki rabe alkohola - trendi 2013-2018. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. v pripravi.
213. Hovnik Keršmanc, M, in drugi. Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije - izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah - ATADD 2018. Ljubljana : NIJZ, 2020.
214. Jeriček Klanšček, H, in drugi. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana : NIJZ, 2019. ISBN 978-961-7023-49-7.
215. Kovše, K in Hočevar, T. Pitje alkoholnih pijač. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenj slovenskih mladostnikov. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011. ISBN 978-961-6659-83-3.
216. Sedlak, S, in drugi. Interni izračun ekonomskih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2012-2016 (neobjavljeno). Ljubljana : NIJZ, 2018.
217. Sedlak, S, in drugi. Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2012-2014. Ljubljana : NIJZ, 2018a.

218. Rehm, J, in drugi. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. s.l. : Canada: Center for Addiction and Mental Health, Jan 2012.
219. Stakeholders' interests identified through their views on the alcohol policy measures in Slovenia. Radoš Krnel, S, in drugi. s.l. : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010, *Izv. Zdravstveno varstvo*. 49(2): 86-98.
220. Babor, TF, in drugi. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford : Oxford University Press, 2010.
221. WHO. European action plan to reduce the harm use of alcohol 2012-2020. Copenhagen : WHO: Regional Office for Europe, 2012. ISBN 9789289002868.
222. WHO. Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2017.
223. WHO. Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2018.
224. Roškar, M, in drugi. Alkoholna politika v Sloveniji: priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov ter neenakosti med prebivalci. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
225. WHO. Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2019a.
226. Radoš Krnel, S, in drugi, [ured.]. Odgovorna strežba alkohola. Priročnik za izobraževanje strežnega osebja. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017.
227. Digitalno tržno komuniciranje alkoholnih pijač v Sloveniji – pregled stanja, zakonodaje in izzivov. Radoš Krnel, S, Roškar, M in Gabrijelčič Blenkuš, M. s.l. : Javno zdravje, 2020a, *Izv.* 3: 1-9.
228. Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola. [Elektronski] <http://www.infomosa.si/>.
229. Kamin, T in Roškar, M. MOSA - Addressing alcohol issues in Slovenia through an upstream multiple stakeholder approach. [ured.] K Knox, K Kubacki in SR Thiele. New York: Routledge : Routledge studies in marketing, 2021. str. 55-71. *Izv. Stakeholder involvement in social marketing : challenges and approaches to engagement*.
230. LWL. Take care manual: Strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe. Münster : s.n., 2013.
231. Kern-Scheffeldt, W, in drugi. Evaluation Take Care: strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe. Zürich : Zürich University of Teacher Education, 2021.
232. Hočevar, T, Henigsmann, K in Založnik, P. Kratko svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola v skupnostnem pristopu SOPA - projekt SOPA skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola v: Kako se lotiti obravnave odvisnosti v ambulantni družinski medicine. Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine, 2019.
233. Hočevar, T, Henigsmann, K in Štruc, A. SOPA - Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Ljubljana : NIJZ, 2018.
234. Hočevar, T, Henigsmann, K in Hvalec, Š. Izbrane večine za krepitev medosebnih odnosov. Ljubljana : NIJZ, 2020a.
235. Hočevar, T, in drugi. Poročanje o alkoholu v medijih: priporočila za javnozdravstveno ustrezno poročanje o alkoholnih pijačah v množičnih medijih. Ljubljana : NIJZ, 2020b.
236. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization. [Elektronski] 2010. [Navedeno: 12. September 2018.] [www.who.int/substance\\_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1).
237. Petrič, VK. Predlogi ukrepov. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. [ured.] M Zorko, in drugi. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. str. 134-56. *Izv. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*.
238. Petrič, VK. Razvoj alkoholne politike. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. [ured.] VM Zorko, in drugi. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. str. 26-33.
239. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Anderson, P, Chisholm, D in Fuhr, DC. s.l. : Lancet, 2019, *Izv.* 373:2234-46.
240. Srakar, A, Majcen, B in Bartolj, T. Does long-term care provision reduce health care utilization? A Bayesian nonparametric approach to longitudinal mediation analysis. Munich : SHARE Working Paper Series 48-2020, 2020. DOI: 10.17617/2.3257699.
241. Help wanted? Fair and sustainable financing of long-term care services. Colombo, F in Mercier, J. s.l. : Appl Econ Perspect Policy, 2012, *Izv.* 34. 316-332.

242. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) wave 4. release version: 7.1.0. Börsch-Supan, A. s.l. : SHARE-ERIC, 2019. DOI: 10.6103/SHARE.w4.710.
243. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) wave 5. release version: 7.1.0. Börsch-Supan, A. s.l. : SHARE-ERIC, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w5.710.
244. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) wave 7. release version: 7.1.0. Börsch-Supan, A. s.l. : SHARE-ERIC, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w7.710.
245. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) wave 6. release version: 7.1.0. Börsch-Supan, A. s.l. : SHARE-ERIC, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w6.710.
246. Cumulative advantage as a mechanism for inequality: a review of theoretical and empirical developments. DiPrete, TA in Eirich, MG. New York : Annu Rev Sociol, 2006. 32(1): 271–297.
247. A life course perspective on working after retirement: what role does the work history play? Dingemans, E in Möhring, K. s.l. : Adv Life Course Res, 2019. 39: 23–33.
248. Börsch-Supan, A, in drugi. The individual and the welfare state life histories in Europe. s.l. : Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2011. ISBN 978-3-642-17472-8.
249. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) wave 3 – SHARELIFE. Release version: 7.1.0. Börsch-Supan, A. s.l. : SHARE-ERIC, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w3.710.
250. SHARELIFE database & usage. SHARE Users workshop. Pasini, G. Ljubljana : IER, 2019. 21. november 2019.
251. Family care experience in a decentralized social home care context. Hlebec, V. Ljubljana : Lex Localis, 2017. DOI: [https://doi.org/10.4335/15.3.495-511\(2017\)](https://doi.org/10.4335/15.3.495-511(2017)).
252. Syndemics and the biosocial conception of health. Singer, M, in drugi. s.l. : Lancet, 2017. PMID: 28271845.
253. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. Swinburn Boyd, A, in drugi. s.l. : Lancet, 2019. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
254. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Horton, R. s.l. : Lancet, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
255. It's time to build a fairer, healthier world for everyone, everywhere. World Health Day 2021. WHO. s.l. : World health organization.
256. Seizing the opportunities for a healthy recovery. Multiannual Financial Framework 2021-2027 and NextGenerationEU. EuroHealthNet. s.l. : EuroHealthNet, 2021.
257. 7. april – Svetovni dan zdravja 2021: »Zgradimo pravičen in zdrav svet«. NIJZ. [Elektronski] <https://www.nijz.si/sl/7-april-svetovni-dan-zdravja-2021-zgradimo-pravicen-in-zdrav-svet>.
258. EC. Council recommendation for a child guarantee. European Commission. [Elektronski] 2020b. [Navedeno: 8. Januar 2021.] Roadmap.pdf.
259. OECD. Combatting COVID-19's effect on children . Tackling coronavirus (COVID 19): contributing to a global effort. [Elektronski] 2020a. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-covid-19-s-effect-on-children-2e1f3b2f/>.
260. ZPMS. Zveza Prijateljjev Mladine Slovenije. [Elektronski] 2020. [Navedeno: 15. Oktober 2020.] <https://www.zpms.si/>.
261. Boljka, U, in drugi. Vsakdanje življenje otrok v času epidemije covid 19. Ljubljana : Inštitut RS za socialno varstvo, 2020.
262. Gromada, A, Rees, G in Chzhen, Y. Worlds of influence: understanding what shapes child well-being in rich countries. Unicef, Office of Research-Innocenti. [Elektronski] 2020. <https://www.unicef-irc.org/publications/1140-worlds-of-influence-understanding-what-shapes-child-well-being-in-rich-countries.html>.
263. EC. Child guarantee for vulnerable children. European Commission. [Elektronski] 2021. [Navedeno: 5. Januar 2021.] <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>.
264. Modeling COVID-19 pandemic using Bayesian analysis with application to Slovene data. Manevski, D, in drugi. s.l. : Math Biosci, 2020, Izv. 329. 10.1016/j.mbs.2020.108466.
265. Causal impact of masks, policies, behavior on early covid-19 pandemic in the U.S. Chernozhukov, V, Kasahara, H in Schrimpf, P. s.l. : J of Econometrics, 2021, Izv. 220(1): 23–62. 10.1016/j.jeconom.2020.09.003.
266. The COVID-19 pandemic and health inequalities. Bambra, C, Riordan, R in Ford, J, in drugi. s.l. : J Epidemiol Community Health, 2020, Izv. 74: 964-986.

267. Pandemic ... or syndemic? Re-framing COVID-19 disease burden and 'underlying health conditions' . Irons, R. s.l. : Soc Anthropol, 19. maj 2020. 10.1111/1469-8676.12886.
268. Commentary: COVID-19 and obesity pandemics converge into a syndemic requiring urgent and multidisciplinary action. Hill, MA, Sowers, JR in Mantzoros, CS. s.l. : Metabolism, januar 2021. 114:154408.
269. Maladaptive coping with the infodemic and sleep disturbance in the COVID-19 pandemic. Cheng, C, Ebrahimi, OM in Lau, YC. s.l. : J Sleep Res, 27. november 2020. e13235.
270. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Horton, R. s.l. : Lancet, 26. september 2020, Izv. 396(10255):874. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6.
271. Coronavirus-related stres: the effects on your body and how to combat it . Murphy, F. 21. december 2020.
272. Pandemija COVID-19 v Sloveniji : izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 7. val. Hočevar Grom, A, in drugi. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
273. Pandemija COVID-19 v Sloveniji : izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 8. val. Hočevar Grom, A, in drugi. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
274. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity. Working Group for Monitoring Action on the Social Determinants of Health. s.l. : Int J Equity Health, 2018. DOI: 10.1186/s12939-018-0836-7.
275. WHO. Case studies - The WHO European health equity status report initiative. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2019.
276. EuroHealthNet. New online portal for information and resources on health inequalities. EuroHealthNet. [Elektronski] <https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/new-online-portal-resources-and-information-health-inequalities>.
277. Marmot, M. Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England. s.l. : The Marmot Review, 2010. ISBN 978-0-9564870-0-1.
278. HESR innovation in analysis that supports decision making and action. Barr, B. s.l. : Eur J Public Health, 2020, Izv. 30. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1239>.
279. WHO. Driving forward health equity – the role of accountability, policy coherence, social participation and empowerment. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2019. ISBN 978 92 890 5413 3.
280. Lovrečič, B in Lovrečič, M. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola: Slovenija, 2016. Ljubljana : NIJZ, 2018a. ISSN 2463-9788.
281. SLOfit. SLOfit. Upad gibalne učinkovitosti in naraščanje debelosti slovenskih otrok porazglasitve epidemije COVID-19. [Elektronski] 22. september 2020. [https://www.slofit.org/Portals/0/Clanki/COVID-19\\_razvoj\\_otrok.pdf?ver=2020-09-24-105108-370](https://www.slofit.org/Portals/0/Clanki/COVID-19_razvoj_otrok.pdf?ver=2020-09-24-105108-370).
282. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. Chang, ES, in drugi. s.l. : PLoS ONE, 15. januar 2020, Izv. 15(1): e0220857. doi.org/10.1371/journal.pone.0220857.
283. Robnik, M, in drugi. EuroHealthNet magazine. Supporting older people in remote areas in a post COVID-19 time. [Elektronski] 22. junij 2020. <https://eurohealthnet-magazine.eu/supporting-older-people-in-remote-areas-in-a-post-covid-19-time/>.
284. Corona virus institutionalis – kronski institucionalni. V, Flaker. 59., s.l. : Socialno delo, 2020.
285. Allen S, Arnold R, Bulic Cojocariu I, Ciric Milovanovic D, Gurbai S, Hardy A, et al, [ured.]. Disability rights - A global report on findings of the COVID-19 Disability Rights Monitor. s.l. : Stafford Tilley.
286. IER. <http://www.ier.si/index.php>. [Elektronski]
287. EuroHealthNet. Recovering from the COVID-19 pandemic and ensuring health equity - The role of the European Semester. s.l. : EuroHealthNet, Nov 2020v.
288. EuroHealthNet. Public health foresight in light of COVID-19. EuroHealthNet. [Elektronski] 2020z. <https://eurohealthnet.eu/publication/public-health-foresight-light-covid-19>.
289. Dyakova, M, in drugi. Placing health equity at the heart of the COVID-19 sustainable response and recovery: building prosperous lives for all in Wales. The Welsh Health Equity Status Report initiative (WHESRI). s.l. : Public Health Wales NHS Trust, 2021. ISBN 978-1-78986-154-334.
290. Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. [Elektronski] 2014. <http://www.staranje.si/>.

291. WHO. Measurement of and target-setting for well-being; Second meeting of the expert group. World Health Organization. [Elektronski] 25-26. junij 2012a. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>.
292. Casas, F. Are all children very happy? An introduction to children's subjective well-being in international perspective. V: Children's subjective well-being in local and international perspectives. [ured.] D Kutsar in K Raid. Tallinn : Statistikaamet, 2019. 978-9985-74-623-3.
293. Sen, A. Social exclusion: concept, application, and security. Social development papers No. 1. s.l. : Office of Environment and Social Development. Asian Development Bank, Jun 2000.
294. Subjective well-being, homeostatically protected mood and depression: a synthesis. Cummins, RA. s.l. : J Happiness Stud, 2010, Izv. 11, 1-17. doi:10.1007/s10902-009-9167-0.
295. Dolenc, D. Registrski popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, Slovenija, 1. 1. 2011 – metodološko pojasnilo. [Elektronski] 2019. <http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=8211>.
296. Razpotnik, B. Socioekonomske značilnosti prebivalstva in meddržavnih selivcev, Slovenija – metodološko pojasnilo. [Elektronski] 2018. <http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=7785>.
297. Jagger, C, Cox, B in Le Roy, S. Health expectancy calculation by the sullivan method. Third edition. EHEMU Technical Report September 2006. [Elektronski] 2006. [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/assets/files/pdb/2006109/2006109\\_d5sullivan\\_guide\\_final\\_jun2007.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2006109/2006109_d5sullivan_guide_final_jun2007.pdf).
298. NIJZ. Perinatalni informacijski sistem RS (PIS) – Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov perinatalnega informacijskega sistema preko aplikacije ePrenosi. s.l. : NIJZ, 2020.
299. Kostnapfel Rihtar, T in Albreht, T, [ured.]. Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji. s.l. : NIJZ, 2016.
300. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Kim, HJ, in drugi. s.l. : Statistics in Medicine, 2000, Izv. 19(3), 335–351. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0258\(20000215\)19:3<335::aid-sim336>3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(20000215)19:3<335::aid-sim336>3.0.co;2-z).
301. NIJZ. Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS 2019). s.l. : NIJZ, 2019.
302. Jeriček Klanšček, H, in drugi, [ured.]. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v obdobju 2002–2010. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja, 2012.
303. Jeriček Klanšček, H, in drugi, [ured.]. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
304. Monitoring health inequalities when the socio-economic composition changes: are the slope and relative indices of inequality appropriate? Results of a simulation study. Renard, F, in drugi. s.l. : BMC Public Health, May 2019, Izv. 19; 662.
305. Robinson, A, Laverty, C in Bell, C. Health inequalities - NI Health & social care inequalities monitoring system - Regional 2014. s.l. : Public Health Information & Research Branch, Information Analysis Directorate, Nov 2014.
306. WHO. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 2.0. [Elektronski] 2017. <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/gama/activities-of-gama>.
307. Hermeneutics and interpretation in anthropology. Allwood, CM. s.l. : Cult Dyn, 1989, Izv. 2(3): 304-322.
308. Flick, U. The SAGE handbook of qualitative data analysis. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Wasington DC: SAGE : s.n., 2014.
309. Employers' discriminatory behavior and the estimation of wage discrimination. Neumark, D. s.l. : J Hu Resour, 1988, Izv. 23(3):279–295. <https://doi.org/10.2307/145830>.
310. On discrimination and the decomposition of wage differentials. Oaxaca, RL in Ransom, MR. s.l. : J Econom, 1994, Izv. 61(1):5–21. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(94\)90074-4](https://doi.org/10.1016/0304-4076(94)90074-4).
311. Evropska raziskava o kakovosti življenja. Eurofound. [Elektronski] 2016. <https://www.eurofound.europa.eu/sl/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>.
312. Evropska raziskava o kakovosti življenja. Eurofound. [Elektronski] 2016a. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_survey/field\\_ef\\_documents/4th\\_eqls\\_-\\_main\\_questionnaire\\_si\\_final.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_survey/field_ef_documents/4th_eqls_-_main_questionnaire_si_final.pdf).
313. The indirect effect in multiple mediators model by structural equation modeling. Chen, LJ in Hung, HC. s.l. : EJBEA, 2016, Izv. 4, 3, 36-43.

314. Taking account of time lags in causal models. Gollob, HF in Reichardt, CS. s.l. : Child Dev, 1987, Izv. 58, 80-92.
315. Male-female wage differentials in urban labor markets. Oaxaca, R. s.l. : IER, 1973, Izv. 14: 693–709. <https://doi.org/10.2307/2525981>.
316. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Baron, RM in Kenny, DA. s.l. : J Personal Soc Psychol, 1986, Izv. 51(6): 1173–1182. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>.
317. Mwandigha, L. Human biomonitoring: structural equation models. s.l. : Maastricht University, 2014. Master's thesis.
318. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2021. Dostopno prek: <https://www.nijz.si/sl/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-20202021> .
319. Raziskava o pandemski izčrpanosti. Osnovna metodološka pojasnila, Ljubljana: Mediana, 2020.

## 8 KAZALO SLIK

<i>Slika 1.1: Socialni gradient v zdravju</i>	9
<i>Slika 2.1: Časovni trendi kazalnikov, ki jih v publikaciji prikazujemo po izobrazbenih skupinah</i>	20
<i>Slika 2.2: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša</i>	21
<i>Slika 2.3: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja</i>	21
<i>Slika 2.4: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali pa niha med časovnimi obdobji</i>	22
<i>Slika 2.5: Pričakovano trajanje življenja v državah EU, povprečje 2016-2018</i>	24
<i>Slika 2.6: Pričakovano trajanje življenja glede na izdatke za zdravstvo po paritetah kupne moči (2007 in 2017)</i>	25
<i>Slika 2.7: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti glede na glavne vzroke umrljivosti na 100.000 prebivalcev, članice EU, 2017</i>	26
<i>Slika 2.8: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev, članice EU, 2017</i>	26
<i>Slika 2.9: Umrljivost dojenčkov (število umrlih dojenčkov na 1.000 živorojenih), članice EU, 2018</i>	27
<i>Slika 2.10: Zasebni izdatki za zdravstvo in njihova struktura, 2018, v %</i>	27
<i>Slika 2.11: Delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki za zdravstvo po kvintilih potrošnje, države EU in povprečje OECD25</i>	28
<i>Slika 2.12: Delež javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji in državah OECD, 2018</i>	28
<i>Slika 2.13: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi finančnih razlogov, čakalne dobe ali oddaljenosti ter razlike glede na dohodek, 2019 (v %)</i>	29
<i>Slika 2.14: Vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med nižjo in višjo izobrazbo, nekatere države EU, 2017</i>	30
<i>Slika 2.15: Vrzeli v samooceni zdravja (delež oseb, ki so svoje zdravje ocenile kot dobro ali zelo dobro) med nižjo in višjo izobrazbo, nekatere države EU, 2018</i>	30
<i>Slika 2.16: Vrzeli v deležu mladostnikov z vsaj 60 minut zmerne do intenzivne telesne aktivnosti v zadnjem tednu med nižjim in višjim FAS, fantje in dekleta, EU, 2017–2018</i>	31
<i>Slika 2.17: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, po spolu, starostnih skupinah in izobrazbi v Sloveniji v letu 2019</i>	34
<i>Slika 2.18: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, v starostni skupini 25–44 let po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih</i>	34



<i>Slika 2.19: Pričakovano trajanje življenja po spolu in izobrazbi v Sloveniji v obdobju 2017–2019</i>	35
<i>Slika 2.20: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih</i>	35
<i>Slika 2.21: Deleži kadilk in žensk z ITM &gt; 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi, 2017–2019</i>	36
<i>Slika 2.22: Delež žensk z ITM &gt; 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih</i>	36
<i>Slika 2.23: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po izobrazbi, 2017–2019</i>	37
<i>Slika 2.24: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po državi prvega bivališča, 2017–2019</i>	37
<i>Slika 2.25: Delež nosečnic brez presejalne preiskave na kromosomopatije, po izobrazbi in starosti, 2017–2019</i>	37
<i>Slika 2.26: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile PPS, po izobrazbi in časovnih obdobjih</i>	37
<i>Slika 2.27: Deleži prezgodnjih porodov in enojčkov s težo pod 2.500 g, po izobrazbi matere, 2017–2019</i>	38
<i>Slika 2.28: Stopnja perinatalne umrljivosti enojčkov, po časovnih obdobjih in izobrazbi matere</i>	38
<i>Slika 2.29: Izbrani kazalniki življenjskega sloga in odnosa do šole glede na samoocenjeno denarno blagostanje (nad- ali podpovprečno) po spolu, 2018</i>	39
<i>Slika 2.30: Izbrani kazalniki tveganih vedenj in poškodb glede na samoocenjeno denarno blagostanje (nad- ali podpovprečno) po spolu, 2018</i>	39
<i>Slika 2.31: Izbrani kazalniki zdravja in povprečje zadovoljstva z življenjem glede na samoocenjeno denarno blagostanje (nad- ali podpovprečno) po spolu</i>	40
<i>Slika 2.32: Vrzeli oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov življenjskega sloga in odnosa do šole med tistimi z nad- in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki</i>	40
<i>Slika 2.33: Vrzeli oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov tveganih vedenj in poškodb med tistimi z nad- in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki</i>	40
<i>Slika 2.34: Vrzeli oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji v zadovoljstvu z življenjem med tistimi z nad- in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- 15-letniki</i>	41
<i>Slika 2.35: Deleži kadilcev (rednih in občasnih) med prebivalci, starimi 25 in več let, skupaj, po spolu, starosti in izobrazbi, 2019</i>	43
<i>Slika 2.36: Vrzeli v deležu kadilcev (razlika v deležu kadilcev med najnižje in najvišje izobraženimi ter med srednješolsko in najvišje izobraženimi, izražena v odstotnih točkah) med prebivalci, starimi 25 in več let, po spolu, v letih 2007, 2014 in 2019</i>	43
<i>Slika 2.37: Deleži oseb, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat opile, med prebivalci Slovenije, po spolu, starosti in izobrazbi, 2019</i>	44
<i>Slika 2.38: Deleži oseb, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat opile, med nizko in visoko izobraženimi prebivalci Slovenije, starimi 25 in več let, po spolu, v letih 2007, 2014 in 2019</i>	44

<i>Slika 2.39: Telesno dejavni v skladu s priporočili SZO, po spolu, starosti in izobrazbi v letu 2019</i>	45
<i>Slika 2.40: Telesno dejavni v skladu s priporočili SZO, po spolu in izobrazbi v letih 2014 in 2019</i>	45
<i>Slika 2.41: Delež oseb, starejših od 25 let, ki uživajo zelenjavo vsaj enkrat dnevno, Slovenija</i>	46
<i>Slika 2.42: Delež oseb, starejših od 25 let, ki uživajo sadje vsaj enkrat dnevno, Slovenija</i>	46
<i>Slika 2.43: Delež debelih (ITM &gt; 30) po izobrazbi in spolu v letu 2019</i>	47
<i>Slika 2.44: Delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več, po spolu in izobrazbi</i>	47
<i>Slika 2.45: Delež prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka pri starejših od 25 let v Sloveniji v letu 2019</i>	48
<i>Slika 2.46: Trend deleža prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka pri starejših od 25 let v Sloveniji</i>	48
<i>Slika 2.47: Prevalenca sladkorne bolezni po izobrazbi in starosti, 2019</i>	49
<i>Slika 2.48: Trend sladkorne bolezni po spolu in izobrazbi</i>	49
<i>Slika 2.49: Delež oseb s kronično okvaro vratu ali drugo kronično okvaro vratu po spolu in izobrazbi, Slovenija 2019</i>	50
<i>Slika 2.50: Delež oseb s kronično okvaro vratu ali drugo kronično okvaro vratu po izobrazbi, Slovenija 2007–2019</i>	50
<i>Slika 2.51: Delež oseb s kronično okvaro hrbta po izobrazbi, 2019</i>	51
<i>Slika 2.52: Delež oseb s kronično okvaro hrbta po izobrazbi, Slovenija 2007–2019</i>	51
<i>Slika 2.53: SSS incidence incidence vseh rakov (C00–C96) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017</i>	52
<i>Slika 2.54: SSS incidence incidence vseh rakov (C00–C96) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje</i>	52
<i>Slika 2.55: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017</i>	53
<i>Slika 2.56: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje</i>	53
<i>Slika 2.57: SSS incidence želodčnega raka (C16) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017</i>	54
<i>Slika 2.58: SSS incidence želodčnega raka (C16) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje</i>	54
<i>Slika 2.59: SSS incidence raka dojke (C50) po izobrazbi (25+ let), povprečje 2012–2017</i>	55
<i>Slika 2.60: SSS incidence raka dojke (C50) med nizko in visoko izobraženimi ženskami (25+ let), 3-letno drseče povprečje</i>	55

<i>Slika 2.61: SSS incidence kožnega melanoma (C43) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017</i>	56
<i>Slika 2.62: SSS incidence kožnega melanoma (C43) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje</i>	56
<i>Slika 2.63: SSS incidence rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi in spolu (25+ let), povprečje 2012–2017</i>	57
<i>Slika 2.64: SSS incidenca rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje</i>	57
<i>Slika 2.65: Delež oseb s simptomi depresivne motnje po starostnih skupinah in izobrazbi v letu 2019</i>	58
<i>Slika 2.66: Delež oseb s simptomi depresivne motnje po izobrazbi v letih 2014 in 2019</i>	58
<i>Slika 2.67: Iskanje pomoči pri strokovnjakih duševnega zdravja v letu 2019 po starostnih skupinah</i>	59
<i>Slika 2.68: Delež prebivalcev, starih 25 in več let, ki je v preteklem letu iskal strokovno pomoč pri psihiatru, psihologu ali psihoterapevtu, po izobrazbi</i>	59
<i>Slika 2.69: Umrljivost pred 75. letom starosti po izobrazbi in spolu v obdobju 2017–2019, Slovenija (SSS)</i>	60
<i>Slika 2.70: Umrljivost pred 75. letom po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih (SSS)</i>	60
<i>Slika 2.71: Povprečne starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med prebivalci, starimi 25–74 let, po spolu in izobrazbi, 2017–2019</i>	61
<i>Slika 2.72: Starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med nizko in visoko izobraženimi po spolu v treh časovnih obdobjih</i>	61
<i>Slika 2.73: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini 25–74 let v obdobju 2017–2019</i>	62
<i>Slika 2.74: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi in spolu v treh časovnih obdobjih</i>	62
<i>Slika 2.75: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019</i>	63
<i>Slika 2.76: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2006–2019</i>	63
<i>Slika 2.77: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019</i>	64
<i>Slika 2.78: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija, 2006–2019</i>	64
<i>Slika 2.79: Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini od 25 do 74 let po spolu in izobrazbi v obdobju 2017–2019</i>	65
<i>Slika 2.80: Stopnji umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev po izobrazbi in spolu v treh časovnih obdobjih</i>	65

<i>Slika 2.81: Stopnja tveganja revščine otrok (0–17 let) glede na spol in delovno intenzivnost gospodinjstva, 2019</i>	66
<i>Slika 2.82: Stopnja tveganja revščine otrok (0–17 let) glede delovno intenzivnost gospodinjstva, 2009–2019</i>	66
<i>Slika 2.83: Stopnja tveganja revščine starejših ljudi (65 in več let) glede na izobrazbo, 2019</i>	68
<i>Slika 2.84: Stopnja tveganja revščine odraslih (18 in več let) glede na spol, 2009–2019</i>	68
<i>Slika 2.85: Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti, po spolu in starosti glede na prag tveganja revščine, 2019</i>	69
<i>Slika 2.86: Stopnja materialne in socialne prikrajšanosti glede na prag tveganja revščine, 2014–2019</i>	69
<i>Slika 2.87: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih razlogov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2019</i>	71
<i>Slika 2.88: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi čakalne dobe in vrzel glede na izobrazbo, Slovenija 2017–2019</i>	71
<i>Slika 2.89: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih razlogov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2019</i>	73
<i>Slika 2.90: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalne dobe in finančnih razlogov ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija 2017–2019</i>	73
<i>Slika 2.91: Rast izdatkov za zdravstvo glede na vir financiranja, 2008–2018</i>	75
<i>Slika 2.92: Struktura neposrednih izdatkov za zdravstveno varstvo, 2008 in 2018</i>	75
<i>Slika 2.93: Povprečni neposredni izdatki za zdravstvo na gospodinjstvo, po kvintilih porabe gospodinjstev, 2008–2018</i>	77
<i>Slika 2.94: Delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki po kvintilih porabe gospodinjstev v Sloveniji, 2005–2018</i>	77
<i>Slika 2.95: Delež izdatkov za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v celotni porabi gospodinjstev, glede na dohodek, 2008–2018</i>	79
<i>Slika 2.96: Delež izdatkov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v celotni porabi gospodinjstev, glede na dohodek, Slovenija, Hrvaška in Francija</i>	79
<i>Slika 2.97: Višina pokritosti košarice pravic z javnimi viri in zasebnim zavarovanjem, po namenih, 2018</i>	81
<i>Slika 2.98: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2017</i>	83
<i>Slika 2.99: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija, 2011, 2013, 2017</i>	83
<i>Slika 2.100: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija in evropske države, 2017</i>	85
<i>Slika 2.101: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija, 2013 in 2017</i>	85

<i>Slika 2.102: Primerjava rasti javnih in zasebnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, 2005–2018</i>	87
<i>Slika 2.103: Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let, moški</i>	90
<i>Slika 2.104: Pričakovano trajanje življenja v starosti 30 let, ženske</i>	90
<i>Slika 2.105: Samoocena dobrega zdravja</i>	90
<i>Slika 2.106: Kajenje v nosečnosti</i>	91
<i>Slika 2.107: Udeležba na šoli za starše v prvi nosečnosti</i>	91
<i>Slika 2.108: Delež kadilcev</i>	92
<i>Slika 2.109: Delež oseb, ki so telesno aktivne vsaj 30 minut dnevno ali 150 minut tedensko</i>	92
<i>Slika 2.110: Delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več</i>	92
<i>Slika 2.111: Stopnja tveganja socialne izključenosti v letih 2009, 2014 in 2019</i>	94
<i>Slika 3.1: Prispevek petih skupin dejavnikov k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji</i>	104
<i>Slika 3.2: Gini koeficient dohodkovne neenakosti za Slovenijo, tri po Gini koeficientu najbolj podobne in sosednje države</i>	105
<i>Slika 3.3: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini zdravstveno varstvo k vrzeli v samoocenjenem zdravju</i>	105
<i>Slika 3.4: Delež slabe samoocene kakovosti zdravstvene oskrbe po spolu in izobrazbi v Sloveniji v letu 2016</i>	106
<i>Slika 3.5: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini družbeni in človeški kapital k vrzeli v samoocenjenem zdravju</i>	106
<i>Slika 3.6: Delež prebivalcev, ki imajo nizko zaupanje v druge, po izobrazbi in spolu v Sloveniji</i>	107
<i>Slika 3.7: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini bivanje in okolje k vrzeli v samoocenjenem zdravju</i>	107
<i>Slika 3.8: Huda bivalna prikrajšanost po izobrazbi v Sloveniji</i>	108
<i>Slika 3.9: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini zaposlenost in pogoji dela k vrzeli v samoocenjenem zdravju</i>	108
<i>Slika 3.10: Izobrazbena neenakost v stopnji nezaposlenosti po spolu v Sloveniji</i>	109
<i>Slika 3.11: Delež zaznavanja slabe kakovosti zunanjega zraka pri moških po izobrazbi v treh obdobjih</i>	111
<i>Slika 3.12: Delež zaznavanja slabe kakovosti zunanjega zraka pri ženskah po izobrazbi v treh obdobjih</i>	111
<i>Slika 3.13: Primer prikaza IBO v kontekstu – povezanost med IBO in deležem BDP na prebivalca (v SKM), podatki 2014</i>	116
<i>Slika 3.14: Gručenje slovenskih statističnih regij glede na vrednosti 40 kazalnikov RIBO</i>	117

<i>Slika 3.15: Na novo oblikovan RIBO z uteženima področjema blaginje in nove razvrstitve slovenskih statističnih regij</i>	118
<i>Slika 3.16: Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav pri sprejemanju posameznih ukrepov alkoholne politike</i>	120
<i>Slika 3.17: Vzročna slika osnovnega modela analize posredovanosti</i>	126
<i>Slika 3.18: Skupni rezultati</i>	127
<i>Slika 3.19: Prikaz strukture uporabljenih podatkov o zgodovini posameznika</i>	129
<i>Slika 3.20: Rezultati dekompozicijske analize, skupna neformalna in formalna dolgotrajna oskrba, pojasnjeni del neenakosti</i>	130
<i>Slika 4.1: Indeks spremembe ranljivosti otrok po posameznih področjih ranljivosti</i>	134
<i>Slika 4.2: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na statistične regije</i>	134
<i>Slika 4.3: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na podindekse ranljivosti in range po statističnih regijah</i>	135
<i>Slika 4.4: Število oskrbovancev v bolnišnicah in ICU v določenem dnevu, skupno število umrlih in število umrlih v slovenskih bolnišnicah, 4. marec–3. junij 2020</i>	137
<i>Slika 4.5: Osnovni diagram pristopa, kjer osrednje spremenljivke označujejo ukrepe politik (P), spremenjeno vedenje ljudi (B) in število pozitivnih primerov za SARS-CoV-2</i>	138
<i>Slika 4.6: Neposredni, posredni in skupni vzročni učinki zaprtja države na število pozitivnih primerov ter ocena učinka iz večnivojskega modela</i>	139
<i>Slika 4.7: Zaznavanje finančne situacije v zadnjih 3 mesecih, skupaj in po starostnih skupinah</i>	141
<i>Slika 4.8: Izogibanje obisku zdravnika v zadnjih 2 tednih glede na prisotnost kronične bolezni, po valovih raziskave</i>	142
<i>Slika 4.9: Izogibanje obisku zdravnika in odlaganje cepljenja v zadnjih 2 tednih, glede na prisotnost težav v duševnem zdravju</i>	142
<i>Slika 4.10: Izogibanje obisku zdravnika in odlaganje cepljenja v zadnjih 2 tednih, glede na oceno finančne situacije</i>	143
<i>Slika 4.11: Izogibanje obisku zdravnika v zadnjih 2 tednih in odlaganje cepljenja, skupaj in po starostnih skupinah</i>	143
<i>Slika 4.12: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, skupaj, po valovih raziskave</i>	144
<i>Slika 4.13: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, skupaj in po starostnih skupinah</i>	144
<i>Slika 4.14: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, glede na prisotnost težav v duševnem zdravju</i>	145
<i>Slika 4.15: Vpliv pandemije na življenjski slog v zadnjih 2 tednih, glede na oceno finančne situacije</i>	145

<i>Slika 4.16: Prisotnost tveganja za pojav depresivne motnje glede na doseženo stopnjo izobrazbe, po valovih raziskave</i>	146
<i>Slika 4.17: Težave v duševnem zdravju, skupaj in glede na oceno finančne situacije v zadnjih 3 mesecih</i>	146
<i>Slika 4.18: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, skupaj in po starostnih skupinah</i>	147
<i>Slika 4.19: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, glede na prisotnost kroničnega obolenja</i>	147
<i>Slika 4.20: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, skupaj in glede na oceno finančne situacije</i>	148
<i>Slika 4.21: Finančna možnost za mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, glede na prisotnost težav v duševnem zdravju</i>	148
<i>Slika 6.1: Osnovni model analize posredovanosti</i>	174
<i>Slika 6.2: Osnovni diagram metodološkega pristopa</i>	176



*Monografija je dragocen prispevek k analizam neenakosti v zdravju v Sloveniji. Želimo si, da ga bodo načrtovalci javnih politik in tisti, ki o njih odločajo, obravnavali kot eno ključnih opor svojim odločitvam. Zbornik namreč poleg analize številnih kazalnikov razlik v zdravju opozarja na strukturne neenakosti, ki naj bi jih naslavljale politike v zdravstvu in socialnem varstvu. Odlika te monografije so njena interdisciplinarnost in interpretacije neenakosti, ki z različnih perspektiv implicitno ali eksplicitno opozarjajo na problematičnost politik na omenjenih področjih.*

*Metka Mencin-Čeplak*

*Zmanjševanja neenakosti v zdravju se je mogoče lotiti na različnih dimenzijah pojava. Dosedanji ukrepi v Sloveniji so bili usmerjeni predvsem v blaženje posledic, manj v odpravo vzrokov. Publikacija se opredeljuje kot prvi korak na poti k podpori na dokazih utemeljenega političnega odločanja. Sledila bo skupna interdisciplinarna raziskovalna platforma za krepitev ukrepov v smeri večje blaginje in manjših neenakosti v zdravju ter vključenosti teh v vladne odločevalske prakse. Potrebna bodo pa močna prizadevanja za preseganje sedanje politične igre moči in interesov med strankami in skupinami. Na tej osnovi je mogoče preseči nadvlado posameznega interesa nad skupnim oziroma ju vsebinsko povezati.*

*Majda Pahor*

Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana  
Telefon: + 386 1 2441 400  
E-pošta: info@nijz.si

