



**NEENAKOSTI V ZDRAVJU**  
**IZZIV PRIHODNOSTI**  
**V MEDSEKTORSKEM POVEZOVANJU**  
**(povzetek)**



## NEENAKOSTI V ZDRAVJU: IZZIV PRIHODNOSTI V MEDSEKTORSKEM POVEZOVANJU (povzetek)

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

**Tehnična urednica:** Monika Robnik Levart

**Avtorji:** (po abecednem vrstnem redu organizacij):

ARSO: Janja Turšič; IER: Miha Dominko, Boris Majcen, 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 Hočever Grom, Tadeja Hočever, 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 Sučič Vukovič, 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

**Recenzenti:** prof. dr. Majda Pahor, doc. dr. Metka Mencin-Čeplak, doc. dr. Marjan Premik, doc. dr. Božidar Voljč

**Lektoriranje:** Ana Peklenik

**Oblikovanje:** Andreja Frič

**Izdajatelj:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 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 avtorsko pravno in s kazensko zakonodajo.



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

# KAZALO

<b>PREDGOVOR MINISTRA ZA ZDRAVJE</b>	4
<b>PREDGOVOR MINISTRA ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI</b>	5
<b>REFLEKSIJE USMERJEVALNEGA ODBORA IN SODELUJOČIH INŠTITUCIJ</b>	6
Ministrstvo za izobraževanje, znanosti in šport	6
Agencija RS za okolje	6
Urad za makroekonomske analize in razvoj	6
Nacionalni inštitut za javno zdravje	7
Inštitut za ekonomska raziskovanja	7
Inštitut RS za socialno varstvo	7
Onkološki inštitut	7
<b>NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI – RAZVOJ OD POROČANJA O NEENAKOSTIH V ZDRAVJU DO RAZISKOVANJA VPLIVA POLITIK NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU</b>	8
<b>STANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU</b>	10
Prikaz neenakosti v zdravju v Sloveniji s pomočjo kazalnikov	10
Skupine z ranljivostmi	16
<b>POLITIČNI UKREPI IN VRZELI V NEENAKOSTI</b>	18
Pet osnovnih pogojev za enakost v zdravju – ocena dejavnikov, ki prispevajo k vrzeli v samoocenjenem zdravju	18
Slaba kakovost zraka kot element neenakosti v zdravju	20
Aplikativno raziskovanje blaginje otrok	22
Alkohol v Sloveniji: kako velik je problem in kako uspešni smo?	24
Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših in neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe z vidika življenjskega cikla	26
<b>NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI ZARADI COVIDA-19</b>	28
Regijske neenakosti v ranljivosti otrok v času epidemije covid-19	28
Neenakosti v zdravju v Sloveniji zaradi covid-19 v splošni populaciji	30
Bo pandemija covid-19 poglobila neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije? Izsledki raziskave PANDA	32
<b>MULTIDISCIPLINARNI POGLED NA OPRAVLJENO DELO S PRIPOROČILI POLITIČNIM ODLOČEVALCEM ZA IZBOLJŠANJE STANJA</b>	34
Priporočila za delovanje v prihodnje	36
<b>MNENJA RECENZENTOV</b>	38

## 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 naslavlja 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

## **PREGOVOR 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*

## REFLEKSIJE USMERJEVALNEGA ODBORA IN SODELUJOČIH INŠTITUCIJ

### Ministrstvo za izobraževanje, znanosti in šport (MIZŠ)

*Večina resorjev, ministrstev ima na svojem področju vzpostavljenih vsaj nekaj strokovnih institucij, 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*

### Agencija RS za okolje (ARSO)

*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 zagotavljanje življenja 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*

### Urad za makroekonomske analize in razvoj (UMAR)

*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.*

*Marija Bednaš, direktorica*

## **Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)**

*S prilagajanjem družbenih podsistemov in zagotavljanjem dostopnosti kakovostnih, pravočasnih zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe, ozaveščanjem in izobraževanjem prebivalcev o pomenu zdravega življenjskega sloga in zmanjševanjem tveganj za zdravje ljudi bomo zmanjšali tudi pojavnost neenakosti v zdravju. Tako na družbeni ravni kot na ravni posameznika se moramo 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*

## **Inštitut za ekonomska raziskovanja (IER)**

*Brez ustreznega ukrepanja bodo finančne ovire pri dostopu do storitev dolgotrajne oskrbe in zdravstvenih storitev za posamezne skupine prebivalstva 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 RS za socialno varstvo (IRSSV)**

*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*

## **Onkološki inštitut**

*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.*

*Vesna Zadnik, vodja Registra raka Republike Slovenije*

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

Javnozdravstvene 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 posebno pa po izobrazbi in socialno-ekonomskem statusu. Na ta način ugotavljamo, katere skupine prebivalcev imajo zaradi življenjskih razmer in vedenjskega sloga izrazito neugodne zdravstvene izide in so v primerjavi s splošno populacijo v neenakem položaju glede svojega zdravja – govorimo o neenakostih v zdravju in tem, kako naj država z vsemi deležniki ukrepa, da se nepravilne neenakosti zmanjšujejo.

Javno zdravje s svojo socialno-medicinsko noto je razcvet v našem prostoru doživelo po prvi svetovni vojni. V obdobju po drugi svetovni vojni so bili zdravstveni, socialni in izobraževalni sistemi naravnani tako, da so omogočali dobro dostopnost večini skupin prebivalstva. V obdobju po letu 1991 je Slovenija te politike večinoma ohranjala. Stanje na področju družbenih neenakosti in neenakosti v zdravju v Sloveniji spremljamo na različne načine. Na NIJZ spremljamo neenako razporeditev različnih zdravstvenih fenomenov v okviru rednega dela zdravstvene statistike, ki smo jo zaradi spodbud iz mednarodne skupnosti in predvsem zaradi vedno boljših tehničnih možnosti 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 SSZO o socialnih determinantah zdravja, ki je bila sprejeta leta 2011 v Riu. Dokument posebej poudarja, naj države članice merijo tudi stanje na petih področjih socialnih determinant zdravja, ki so odvisne od političnih ukrepov. Slednje je za Evropsko regijo udeležilo Evropsko poročilo o enakostih v zdravju (ang. WHO Health Equity Status Report<sup>1</sup>) na podlagi orodja za sledenje politik, ki vplivajo na enakost.

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: (1) od leta 2007 Inštitut 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; (2) od leta 2014 je Inštitut RS za socialno varstvo (IRSSV) na podlagi odločitve Odbora državnega zbora za socialne zadeve in invalide zadolžen za redno letno poročanje o revščini (in širše socialnem statusu) v Sloveniji; in (3) Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) 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 je več napisanega v nadaljevanju.

<sup>1</sup> Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/health-equity-status-report-2019>



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<sup>2</sup> in je vključevalo tudi analitični prikaz dostopnosti zdravstvenega varstva in konceptualne predloge za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Drugo poročilo o neenakostih v zdravju v Sloveniji<sup>3</sup> je bilo objavljeno leta 2018 in je prikazovalo spremembe kazalnikov neenakosti v zdravju med finančno krizo, na podlagi usmeritev SZO pa so bili narejeni tudi prvi koraki k opisovanju vpliva medsektorskih ukrepov na izražanje neenakosti v zdravju. Za tretjo publikacijo o neenakostih v zdravju smo na NIJZ iskali pristop, s katerim bomo premaknili poudarek poročanja s podatkov o neenakostih na programe in ukrepe, ki vplivajo na pojav neenakosti – skupaj s partnerji iz IER in IRSSV smo za pregled izbrali neenakosti na področju blaginje otrok, dolgotrajne oskrbe in življenjskega sloga, vezanega na škodljivo rabo alkohola.

Za pripravo tretje publikacije o neenakostih v zdravju v Sloveniji je bil ustanovljen usmerjevalni odbor, ki je vključeval predstavnike več sektorjev in sodelujočih organizacij. Sodelovanje z visokimi predstavniki sektorjev se je izkazalo kot dodana vrednost, saj raziskovalci v neposrednem dialogu lahko razložijo rezultate svojega raziskovanega dela, predstavniki sektorjev pa usmerjajo delo. 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 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 tokratne publikacije je bilo za uspešno pripravo pregleda in priporočil za politike ključno dobro medsebojno sodelovanje več nosilnih sektorskih ustanov.

Opisani premiki od poročanja o neenakostih v Sloveniji na podlagi podatkov k poročanju na podlagi politik, ki vplivajo na neenakosti, so zahtevali tudi premike na področju medsebojnega sodelovanja in razvoja vseh vrst kapacitet. Priprava publikacije je bila le del kratkoročnih ciljev sodelovanja med partnerskimi ustanovami. Za srednjeročni cilj predvidevamo vzpostavitev skupne pilotne interdisciplinarne raziskovalne platforme sektorskih institucij, ki bo podpirala ukrepe za zmanjšanje neenakosti v zdravju in dobrem počutju, 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 covida-19.

---

<sup>2</sup> Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N, et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji [Internet]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2011. Available from: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti\\_v\\_zdravju\\_v\\_sloveniji.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji.pdf)

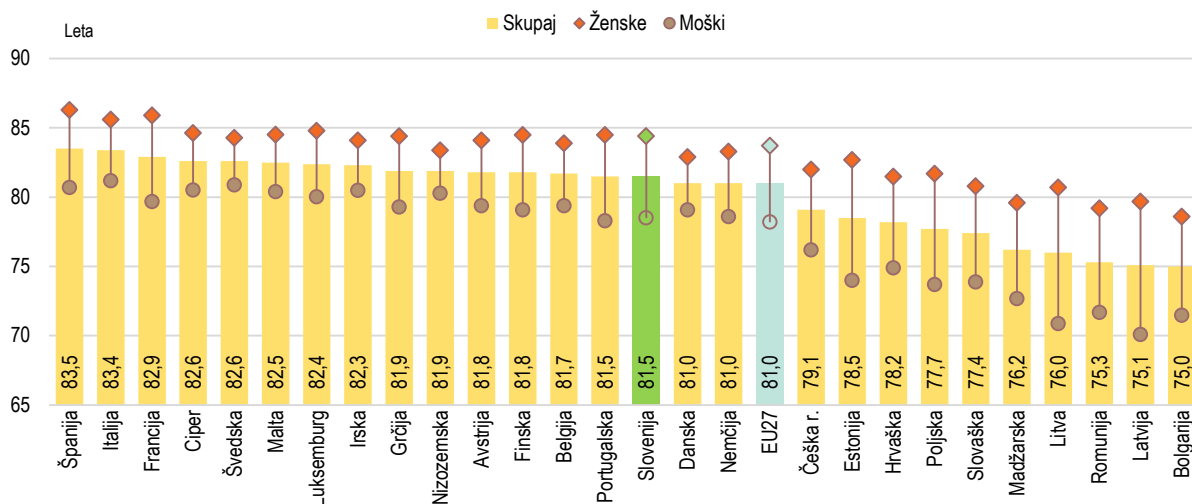
<sup>3</sup> Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočvar-Grom A, Kofol-Bric T, Zaletel M, editors. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018. p. 152. Available from: [http://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti\\_v\\_zdravju\\_2018.pdf](http://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_2018.pdf)

## STANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU

### Prikaz neenakosti v zdravju v Sloveniji s pomočjo kazalnikov

Neenakosti v zdravju, ki obstajajo med različnimi družbenimi skupinami v vseh družbah in geografskih območjih, zanikamo, če jih ne odkrivamo, spremljamo in prikazujemo. Tradicionalno jih opazujemo po spolu, starosti in geografskih območjih. Številne razlike v zdravju, ki niso pravične in jih je treba zmanjševati, pa so posledica socialno-ekonomskega položaja posameznikov in značilnosti okolja, v katerem živijo. Ustrezno vrednotenje in spremljanje razlik v zdravju s pomočjo kazalnikov je temelj vseh strategij za zmanjševanje neenakosti v zdravju na lokalnem, nacionalnem in mednarodnem nivoju. Neenakosti v naši družbi smo prikazali s pomočjo različnih kazalnikov zdravja, dejavnikov življenjskega sloga, socialno-ekonomskih dejavnikov zdravja ter kazalnikov neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

Neenakosti v zdravju v Sloveniji najprej prikazujemo s pomočjo kvantitativnih kazalnikov. Postavljamo jih v mednarodni kontekst držav EU, kjer je pri kazalnikih zdravja Slovenija pogosto blizu povprečja. Glede socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju (prevalenca kroničnih bolezni, debelost pri moških, kajenje pri ženskah, neizpolnjene potrebe po zdravljenju zaradi čakalnih dob) se Slovenija podobno kot druge države pri nekaterih kazalnikih umešča dobro ali zelo dobro, pri drugih (debelost žensk, samoocena zdravja, obiski pri specialistu in zobozdravniku, neizpolnjene potrebe po zdravljenju zaradi oddaljenosti) pa precej slabo.



Slika 1: Pričakovano trajanje življenja v državah EU, povprečje 2016-2018

Vir: Eurostat Database, preračuni OECD.

Poleg razlik med državami te obstajajo tudi znotraj vsake države. Iz večletnega spremljanja socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju pri izbranih kazalnikih je mogoče sklepati o tem, ali se neenakosti v zdravju med nižjim in višjim slojem prebivalstva večajo ali manjšajo.

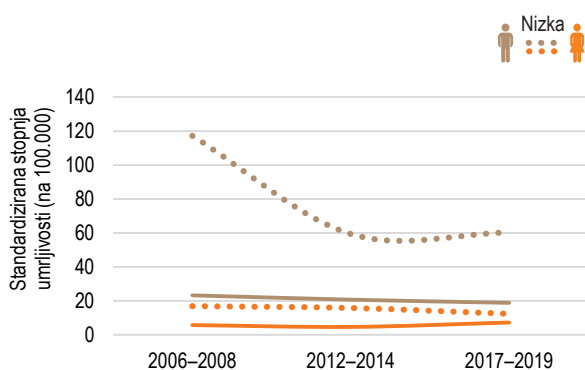
	izboljšanje v opazovanem obdobju
	izboljšanje v opazovanem obdobju
	poslabšanje v opazovanem obdobju ni statistično značilne spremembe ali nedoločljiv trend zaradi nihanja vrednosti ali obrata vrzeli v opazovanem obdobju

Za našo družbo dobre ugotovitve so, da se zmanjšujejo vrzeli med socialno-ekonomskima skupinama in hkrati v povprečju prebivalci svoje zdravje ocenjujejo kot boljše, živijo dlje, manj umirajo zaradi poškodb ob nezgodah in hitreje iščejo pomoč zaradi duševnih težav.

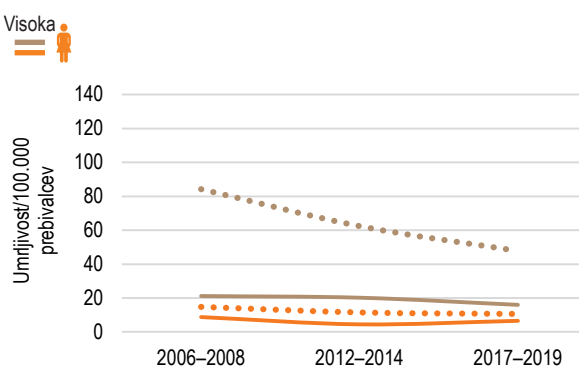
### Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša

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



Slika 3: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019



Slika 4: Stopnja umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev po izobrazbi in spolu v treh časovnih obdobjih

Neugodni trendi se kažejo v vrzelih med socialno-ekonomskimi skupinami in v povprečju Slovenije ob koriščenju zdravstvenih storitev v nosečnosti, škodljivi rabi in posledicah alkohola, razširjenosti sladkorne bolezni, visokega krvnega tlaka in depresivne motnje.

**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	Red	Red	Yellow	Red
Alkohol – prevalenca opijanja	Red	Red	Red	Red
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	Yellow	Red
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
Umrljivost zaradi pljučnega raka - ženske	Red	Red	Yellow	Red
Umrljivost zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov - moški	Red	Red	Red	Red

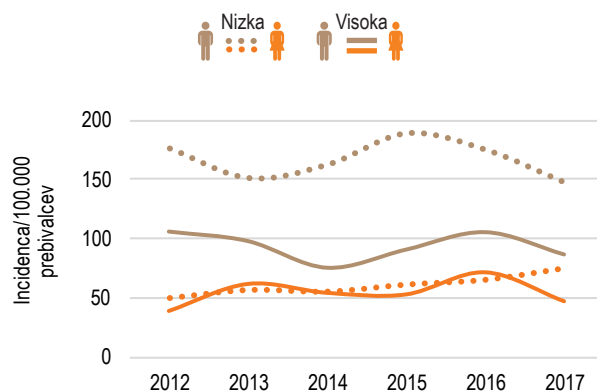
Slika 5: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja

Tokrat prvič prikazujemo nove primere rakov po izobrazbi, kar izpostavlja socialno-ekonomski gradient pri rakih, ki so povezani z dejavniki vedenjskega sloga, vendar tudi pri teh ne opažamo sprememb v vrzeli med skupinama z višjo in nižjo izobrazbo. Kazalniki prezgodnje umrljivosti in samomora kažejo izboljšanje na ravni Slovenije, vendar se vrzeli po socialno-ekonomskem položaju ne zmanjšujejo.

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

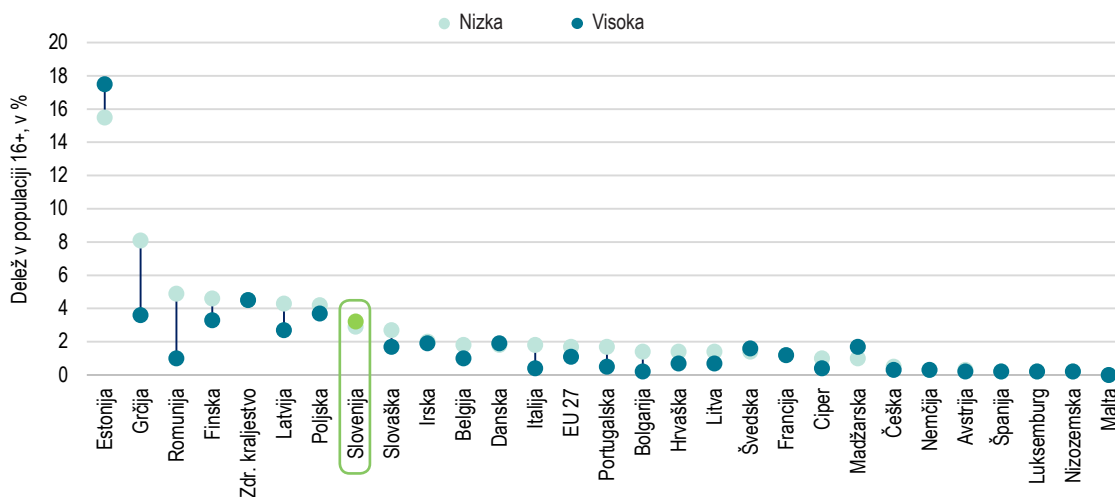
Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Pričakovano trajanje življenja - ženske	Green	Green	Green	Yellow
Kajenje v nosečnosti	Yellow	Yellow	Red	Yellow
Delež žensk z ITM $\geq 25$ pred nosečnostjo	Red	Red	Red	Yellow
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu	Green	Green	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
Umrljivost zaradi pljučnega raka - moški	Green	Green	Green	Yellow
Umrljivost zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov - ženske	Red	Red	Red	Yellow
Umrljivost starejših zaradi padcev	Red	Red	Red	Yellow
Umrljivost zaradi samomora - moški	Green	Green	Green	Yellow
Umrljivost zaradi samomora - ženske	Green	Green	Yellow	Yellow

Slika 6: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali pa niha med časovnimi obdobji



Slika 7: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobraženimi po spolu (25+ let), 3-letno drseče povprečje

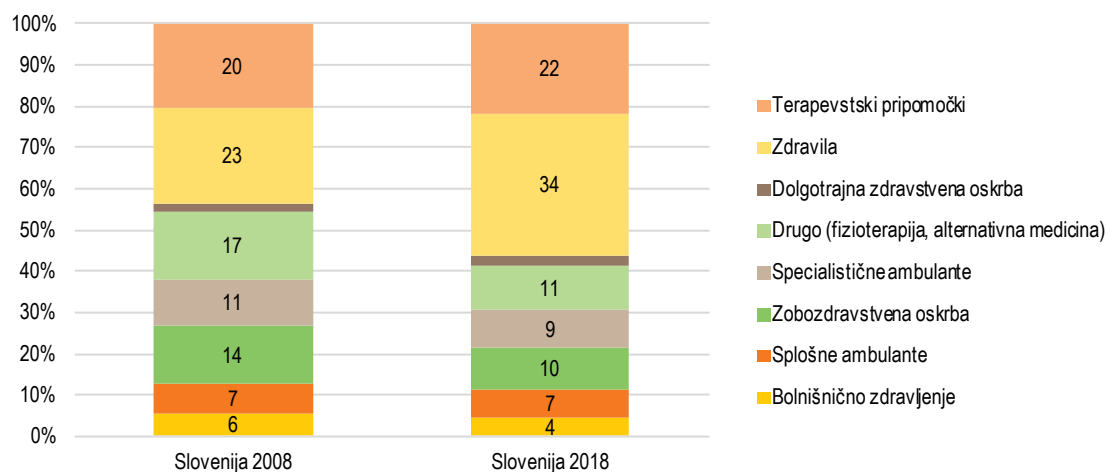
Medinstitucionalno sodelovanje je omogočilo vključevanje sektorskih vidikov in spoznanj pri interpretaciji podatkov. Obsežneje kot v preteklih dveh publikacijah so predstavljeni kazalniki neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Kazalniki neizpolnjenih potreb po zdravstveni oskrbi in izdatkih 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. Podaljševanje čakalnih vrst poslabšuje dostopnost zdravstvene oskrbe za vse socialno-ekonomske skupine prebivalstva približno enako.



Slika 8: 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.

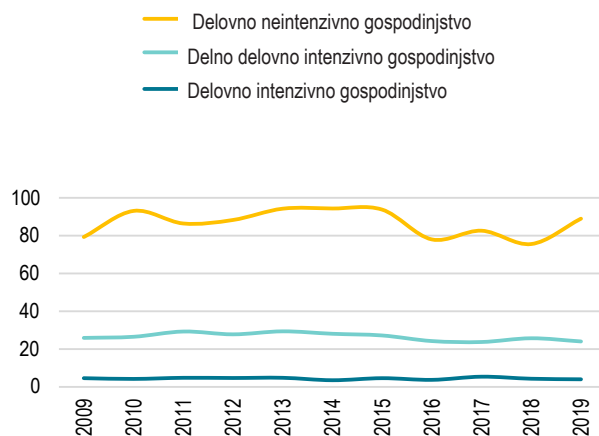
Izrazito se povečujejo neposredni izdatki prebivalcev za dolgotrajno oskrbo.



Slika 9: Struktura neposrednih izdatkov za zdravstveno varstvo, 2008 in 2018

Vir: SURS in OECD Stat 2021, preračuni UMAR.

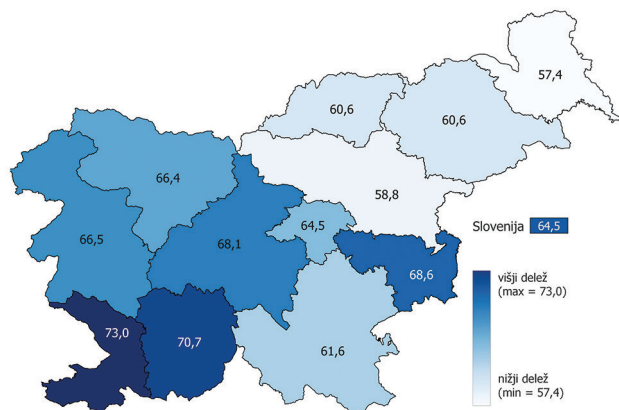
V tokratni publikaciji smo dodali tudi pregled socialno-ekonomskih determinant zdravja. Med kazalniki socialnega položaja izpostavljamo stopnjo tveganja revščine otrok, ki je izrazito povezana z delovno intenzivnostjo gospodinjstva, v katerem živijo.



Slika 10: Stopnja tveganja revščine otrok (0–17 let) glede delovno intenzivnost gospodinjstva, 2009–2019

Source: SURS, SI-STAT

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 v vzhodni polovici Slovenije.



Slika 11: Samoocena dobrega zdravja

Vir: EHIS 2019.

Prikazani nabor kazalnikov ocenjujemo kot korak v oblikovanju standardnega nabora izbranih kazalnikov, s katerim bomo dolgoročno in hkrati periodično spremljali neenakosti v zdravju v Sloveniji. S kazalniki zdravja, determinant življenjskega sloga, socialno-ekonomskih determinant zdravja in dostopnosti zdravstvenega varstva ter dolgotrajne oskrbe prikazujemo izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti, različne možnosti uporabe sistemskih storitev ter blaginjo. Informacije pomagajo organizacijam, skupnostim in državam, da osredotočijo svoje vire in prizadevanja v aktivnosti 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.



## Ključna sporočila

V Sloveniji se zmanjšujejo vrzeli med različnimi družbenimi skupinami prebivalstva. Prebivalci svoje zdravje ocenjujejo kot boljše, živijo dlje, manj umirajo zaradi poškodb v nezgodah in hitreje iščejo pomoč zaradi duševnih težav kot ob preteklih merjenjih. Neugodni trendi se kažejo pri koriščenju zdravstvenih storitev v nosečnosti, posledicah rabe alkohola, razširjenosti sladkorne bolezni, visokega krvnega tlaka in depresivne motnje. 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 na tem področju obstaja tudi nezanemarljiv delež neizpolnjenih potreb.

Izpostavljena je stopnja tveganja revščine otrok, ki je izrazito povezana z delovno intenzivnostjo gospodinjstva, v katerem živijo. Ta opozarja, še posebno kadar gre za dolgotrajno situacijo, na nevarnost socialne izključenosti otrok in medgeneracijskega prenosa revščine.

## Skupine z ranljivostmi

Prikazu kvantitativnih kazalnikov smo v tokratni publikaciji prvič dodali tudi kvalitativni prispevek, ki je nastal v okviru kvalitativne raziskave projekta MoST, in sicer 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 ključna izkažeta prepletenost in kompleksnost pojava ranljivosti ter večznačnost in prepletenost ovir, ki jih lahko imajo posamezniki pri dostopu do zdravstvene oskrbe ter drugih oblik pomoči in storitev. Že znotraj ene same skupine z ranljivostmi so lahko velike razlike. Ena ovira je lahko skupna več skupinam in ena skupina ima lahko hkrati več ovir. Kvalitativni raziskovalni pristop je omogočil zaznavanje ne samo teh raznolikih ranljivosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi, temveč tudi specifičnosti posameznih raziskovanih okolij. Kljub temu da ni bilo mogoče popisati podrobnosti vse pestrosti, je zapolnjena večja siva lisa v poznavanju neenakosti in ranljivosti v zdravju ranljivih skupin v Sloveniji.

Opredelili smo 20 skupin z ranljivostmi in vsako od njih nadalje razdelili na številne podskupine, predvsem glede na ovire pri dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči, ustanov ali virov. Med ranljivimi so bili najpogosteje 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.

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, ki so prav tako heterogene kot skupine z ranljivostmi. Glavne zaznane prakse premoščanja ovir v dostopu do zdravstvenih ali drugih oblik pomoči so: (1) sistemsko vpeljane prakse, ki so se razvile le v določenih lokalnih okoljih; (2) socialna naravnost lokalnih okolij in ustanov ter njihovo (ne)formalno sodelovanje; (3) programi in projekti (financirani iz mednarodnih, državnih ali lokalnih virov), ki naslavljajo ranljivosti in potrebe določenih skupin v lokalni skupnosti; (4) neformalne pomoči; (5) storitve na trgu, ki so najmanj raziskane, ker so manj dostopne najranljivejšim zaradi finančnih razlogov; (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 številke hitro spregledamo, njihov pojav pa je prerediti, da bi ga kvantitativna statistika lahko zaznala. Tudi IRSSV pri spremljanju socialnega položaja slovenskega prebivalstva že vrsto let pripravlja redna poročila o revščini v Sloveniji s pomočjo mešanih kvantitativnih in kvalitativnih metod.



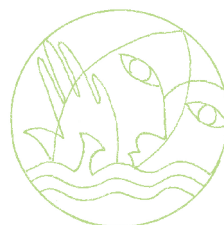
Zaradi velike pestrosti in različnosti pojava ranljivosti in neenakosti se informacije o posameznih ranljivih skupinah pri prikazovanju stanja v številkah izgubijo. Ranljive posameznike in skupine je treba obravnavati s pomočjo kvalitativnega pristopa, zato je priporočeno prikaze neenakosti s kazalniki redno dopoljevati tudi z izsledki neposrednih razgovorov s predstavniki ranljivih skupin in tistih, ki s temi skupinami delajo. Povezava kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja je velika in priporočena pridobitev, ki jo predlagamo v spremljanju in poročanju o neenakostih v zdravju tudi v prihodnje.



### Ključno sporočilo

Pri proučevanju ranljivosti in neenakosti so ključne njune prepletenost in kompleksnost, večznačnost ter kompleksnost in prepletenost ovir. Že znotraj ene same skupine z ranljivostmi so lahko velike razlike, obenem je ena ovira lahko skupna več skupinam ali pa ima ena skupina lahko hkrati več ovir. Istočasno obstajajo tudi številne oblike oziroma prakse premoščanja ovir, ki so prav tako raznolike.

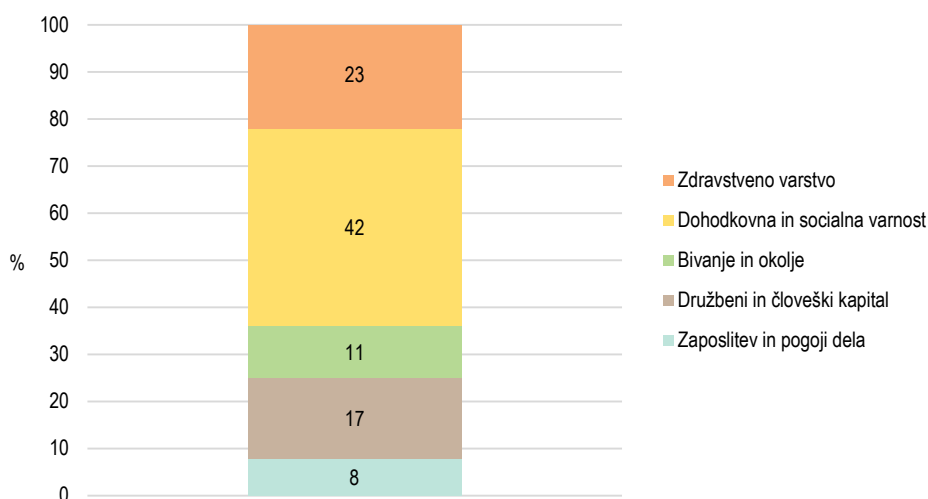
Povezava kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja ranljivosti in neenakosti je velika in priporočena pridobitev.



## POLITIČNI UKREPI IN VRZELI V NEENAKOSTI

### Pet osnovnih pogojev za enakost v zdravju – ocena dejavnikov, ki prispevajo k vrzeli v samoocenjenem zdravju

Vpogled v dejavnike in ukrepe, ki povzročajo neenakosti v zdravju, je pomemben pri iskanju rešitev in ukrepanju za zmanjševanje neenakosti. Po zgledu in v sodelovanju z avtorji Poročila SZO o stanju enakosti v zdravju v Evropi prikazujemo analizo neenakosti v samoocenjenem zdravju v Sloveniji med skupino 40 % prebivalcev z najvišjimi in skupino 40 % prebivalcev z najnižjimi dohodki gospodinjstva. Vrzeli v zdravju razgrajujemo glede na relativni prispevek petih pomembnih področij življenja: zdravstvenega varstva, dohodkovne in socialne varnosti, bivanja in okolja, družbenega in človeškega kapitala ter zaposlenosti in pogojev dela. Za analizo so bili uporabljeni odgovori odraslih prebivalcev Slovenije v Evropski raziskavi o kakovosti življenja.



Slika 12: Prispevek petih skupin dejavnikov k vrzeli v samoocenjenem zdravju v Sloveniji

Razlika v dohodkovni negotovosti med bolj in manj premožnima skupinama prebivalcev prispeva največji delež k vrzeli v samooceni zdravja v Sloveniji, saj s področjem dohodkovne in socialne varnosti pojasnimo 42 % vrzeli. Dohodkovna neenakost je pričakovano najpomembnejši generator neenakosti v zdravju v Sloveniji in v povprečju držav EU, čeprav je Slovenija prepoznana po manjši dohodkovni razslojenosti in večji socialni varnosti, ki ima zgodovinske korenine. Razlike v kakovosti, razpoložljivosti in dostopnosti zdravstvenih storitev prispevajo 23 % k vrzeli v zdravju v Sloveniji, kar je več od povprečja v državah EU, ki znaša 8 %. Kot dejavniki zdravstvenega varstva so upoštevane 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 prispevajo k vrzeli vsak zelo podoben delež. V rezultatih se, v nasprotju s povprečjem držav EU, odraža zavedanje o dostopnosti kakovostnih zdravstvenih storitev za vse prebivalce Slovenije ne glede na dohodke. S pomočjo informacije o času čakanja na splošnega zdravnika se razkriva neenakost, ki jo manj premožni občutijo v kontaktu z zdravstvenim sistemom, a se v družbi trenutno ne izpostavlja kot pomembna.

Razlike v družbenem in človeškem kapitalu prispevajo 17 % k vrzeli v zdravju, pri čemer sta podobna prispevka dosežene izobrazbe in pomanjkanja zaupanja v druge primerljiva z njunim prispevkom v povprečju držav EU. Med nizko izobraženimi je večji delež prebivalcev, ki imajo nizko zaupanje v druge, kar predstavlja oviro pri vključevanju v družbeno življenje. Razlike v dejavnih bivanja in okolja prispevajo 11 % k vrzeli v zdravju. V podrobnejši razdelitvi se pokaže bivalna prikrajšanost kot najmočnejše zastopan dejavnik, sledi prehranska prikrajšanost, k vrzeli malo prispevata pomanjkanje zelenih površin in slaba kakovost zraka. Zelene površine so v Sloveniji dostopne ne glede na višino dohodkov. Razlike v zaposlenosti in pogojih dela prispevajo 8 % k vrzeli v zdravju v Sloveniji, s prevladujočim deležem nezaposlenosti.

**Sistematična analiza dejavnikov, ki v največji meri vplivajo na enakost v zdravju med manj in bolj premožnimi, kaže njihovo kompleksno multisektorsko pogojenost. Ukrepi različnih sektorjev povzročajo neenakosti v zdravju med skupinami prebivalcev zaradi ustvarjanja neenakih razmer, v katerih ljudje živijo in delajo, česar ne moremo izboljšati navkljub vzpostavljenemu učinkovitemu zdravstvenemu varstvu.**

**Meritve s pomočjo orodja SZO HESRi<sup>4</sup> so uporabne za merjenje neenakosti v zdravju s pomočjo košaric različnih politik v rednih nekajletnih obdobjih v nacionalnem okviru. Znanje za izvajanje tovrstnih meritev in ocen imamo v domačih ustanovah. Kapital kadrov in znanja je treba sistematično graditi in poskrbeti za medsebojno povezovanje.**



### Ključno sporočilo

V Sloveniji k neenakosti v zdravju med skupino 40 % prebivalcev z najvišjimi in skupino 40 % prebivalcev z najnižjimi dohodki gospodinjstva prispeva dohodek z 42 %, zdravstveno varstvo s 23 %, izobrazba in zaupanje v druge s 17 %, bivanje in okolje z 11 % ter zaposlenost z 8 %, kar kaže na multisektorsko pogojenost velikih razlik v zdravju kljub vzpostavljenemu učinkovitemu zdravstvenemu varstvu.

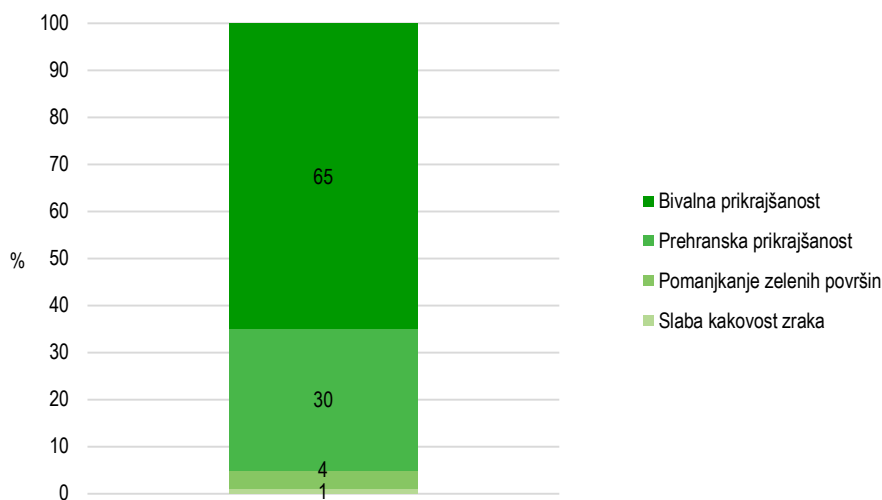
<sup>4</sup> WHO HEALTH EQUITY POLICY TOOL [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/403608/20190527-h1005-policy-tool-en.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/403608/20190527-h1005-policy-tool-en.pdf)

## Slaba kakovost zraka kot element neenakosti v zdravju

Okoljske koristi in dejavniki tveganja za zdravje ljudi v Evropski regiji SZO (v nadaljevanju regija) niso enakomerni. V številnih primerih okoljski dejavniki bolj bremenijo večino prikrajšanih skupin družbe. Po podatkih SZO je izpostavljenost prikrajšanih skupin vsaj 5-krat višja. Med vsemi okoljskimi dejavniki tveganja največjo grožnjo zdravju predstavlja onesnažen zunanji zrak, zaradi katerega po ocenah SZO vsako leto umre približno 500.000 ljudi v evropski regiji. Neodvisno od razlik v izpostavljenosti so za škodljive učinke onesnaževal zunanega zraka vendarle občutljivejše skupine z nižjim socialno-ekonomskim položajem zaradi slabšega zdravstvenega stanja, ki pa so rezultat delovanja drugih dejavnikov.

Od dejavnikov bivalnega okolja smo za prikaz izbrali in ocenili razlike v oceni slabe kakovosti zraka, ki so v Sloveniji enako pomemben dejavnik za vrzel 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 %.



Slika 13: Prispevek podrobnejših dejavnikov v skupini bivanja in okolje k vrzeli v samoocenjenem zdravju

Analiza tega kazalnika ni pokazala jasne vrzeli po izobrazbi, vendar podatki kažejo, da se predvsem zaznavanje kakovosti zraka v skupinah različno izobraženih lahko zelo spreminja. Na to vplivajo predvsem razmere v okolju in pomembnost, s katero tematiko predstavljajo mediji. **Za oblikovanje z dokazi podprtih zaključkov o zaznavanju 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. boljše prostorsko načrtovanje, usmeritev v trajnostno mobilnost, prepoved uporabe trdih goriv za ogrevanje, opredelitev virov onesnaževanja) in s tem zmanjšati njihovo nesorazmerno izpostavljenost v primerjavi z manj ranljivimi skupinami družbe.



### **Ključno sporočilo**

Prispevek slabe kakovosti zraka k vrzeli v samooceni zdravja med dejavniki bivanja in okolja znaša v Sloveniji le manj kot 2 % in je enak kot v povprečju držav EU. Zaznavanje kakovosti zraka v skupinah različno izobraženih se lahko zelo spreminja, na kar pri nas vplivajo predvsem razmere v okolju in pomembnost, s katero tematiko predstavljajo mediji.

## Aplikativno raziskovanje blaginje otrok

Oblikovanje t. i. sestavljenih kazalnikov oz. indeksov je vse bolj uveljavljen pristop v raziskovanju kompleksnih družbenih pojavov. Z oblikovanjem mednarodnega (IBO) in regijskega indeksa blaginje otrok (RIBO) smo v Sloveniji omogočili na podatkih in najnovejših teoretičnih spoznanjih s tega področja utemeljeno merjenje in spremljanje blaginjskih izidov znotraj različnih, za otroke pomembnih družbenih področij. Mednarodna primerjava Indeksa blaginje otrok (IBO) pokaže, da je Slovenija najvišjo uvrstitev na področnih indeksih dosegla pri družinskih in vrstniških odnosih ter izobraževanju (6. mesto), najslabše pri nastanitvi in okolju (12. mesto) ter vedenju in tveganju (17. mesto). Blaginja otrok v Sloveniji, merjena z RIBO, je najvišja v goriški, sledita osrednjeslovenska in gorenjska, ki zaključujeta prvo četrtino najbolje uvrščenih statističnih regij. Najnižjo vrednost indeksa ima zasavska statistična regija, tam otroci v primerjavi z vrstniki iz drugih regij živijo najslabše. V spodnjo četrtino regij se uvrščata še obalno-kraška in koroška regija.

**Rezultati indeksa kažejo precejšnje razlike v blaginji otrok, razlike v blaginji dečkov in deklic ter na neenakomerno razvitost posameznih področij, ki vplivajo na blaginjo otrok po regijah, kar zahteva nadaljnje poglobljene analize možnih vzrokov in posledic takšnih rezultatov ter oblikovanje ustrežnejših ukrepov.**



### 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 14: Na novo oblikovan RIBO<sup>5</sup> z uteženima področjema blaginje in nove razvrstitve slovenskih statističnih regij

<sup>5</sup> Regijski indeks blaginje otrok. [Internet], Dostopno na: <https://www.irsv.si/index.php/otroci-in-druzina/spremljanje-polozaja-otrok-in-druzine/regijski-indeks-blaginje-otrok>

Na primeru obeh indeksov blaginje je prikazano, kako pomembno je zmanjševanje prepada med političnimi odločevalci in raziskovalci, če želimo zagotoviti, da bodo raziskovalni rezultati uporabljeni v procesu oblikovanja javnih politik. Merjenje kompleksnih družbenih fenomenov z oblikovanjem sestavljenih kazalnikov je v tem kontekstu pomembno orodje v informiranem oblikovanju javnih politik, ki dopolnjuje obstoječa spoznanja o blaginji otrok in regijskih razlikah ter lahko prispeva k zmanjševanju regijskih neenakosti v blaginji otrok.

**Merjenje kompleksnih družbenih fenomenov z oblikovanjem sestavljenih kazalnikov je lahko pomembno orodje v informiranem oblikovanju javnih politik. Sestavljeni kazalniki sicer ne morejo popolnoma nadomestiti poglobljenih analiz, saj gre pri oblikovanju indeksov zaradi metodoloških razlogov vedno za približek oz. oceno, omogočajo pa dopolnitev že poglobljenih analiz o obravnavani tematiki.**

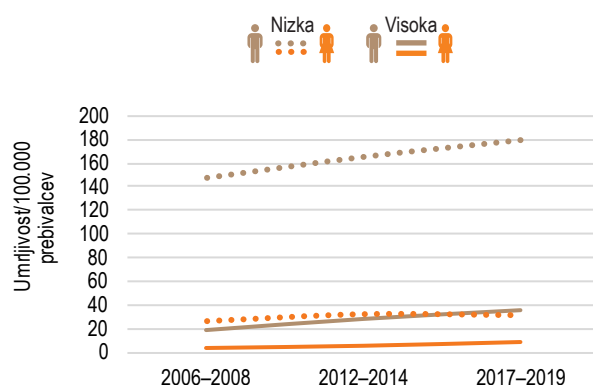


### **Ključno sporočilo**

Oblikovanje indeksov blaginje otrok (IBO in RIBO) predstavlja dopolnitev sistema spremljanja blaginje otrok v Sloveniji in tudi širše. Predstavljata namreč orodje za podatkovno zgoščeno, konceptualno in teoretsko utemeljeno ter kontinuirano spremljanje za otroke pomembnih področij in blaginjskih izidov znotraj njih. Kompleksnost blaginje otrok prikazujeta z eno samo vrednostjo, kar olajša oceno položaja otrok, omogoča časovno, regijsko in mednarodno primerjavo, ponuja učinkovitejšo identifikacijo problemov na posameznih družbenih področjih, pomembnih za otroke, ter posledično lažje in ustrežnejše oblikovanje javnih politik.

## Alkohol v Sloveniji: kako velik je problem, in kako uspešni smo?

Posledice pitja alkohola so vedno bolj prepoznani dejavniki neenakosti na področju zdravja, zato je pomembno, da so v politike in programe zmanjševanja neenakosti v zdravju vključene tudi aktivnosti alkoholne politike. Raba alkohola v Sloveniji predstavlja velik javnozdravstveni problem. Slovenija je po porabi čistega alkohola na prebivalca in umrljivosti zaradi alkohola pripisljivih vzrokov nad povprečjem Evropske regije SZO. Zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji vsak dan v povprečju umrejo 3 osebe (več moških).

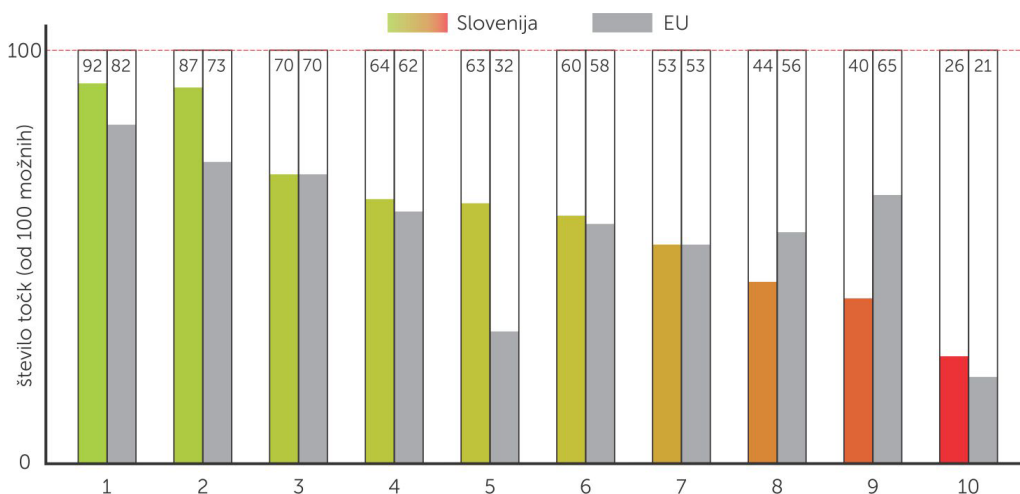


Slika 15: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi in spolu v treh časovnih obdobjih

Skoraj polovica odraslih prebivalcev pije alkoholne pijače na visoko tvegan način. Pri mladostnikih je pitje alkohola bolj tvegano med fanti, še posebno tistimi s podpovprečnim učnim uspehom, ter tistimi, ki obiskujejo poklicne šole. Zdravstveni stroški zaradi pitja alkohola predstavljajo med 3 do 5 % vseh izdatkov za zdravstvo na leto.

V zadnjih dvajsetih letih zaznavamo pri nas kar nekaj zakonskih sprememb na področju alkoholne problematike. Mednarodne primerjave uspešnosti izvajanja alkoholne politike kažejo, da smo bili v Sloveniji najuspešnejši pri preprečevanju vožnje pod vplivom alkohola, omejevanju dostopnosti alkohola, obravnavi tveganega in škodljivega pitja ter zasvojenosti. Manj uspešni pa smo bili pri omejevanju tržnega komuniciranja alkohola, preprečevanju posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in zmanjševanju cenovne dostopnosti alkohola.





Slika 16: Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav pri sprejemanju posameznih ukrepov alkoholne politike

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 tvegane 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.

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. Podatki iz raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog kažejo, da se je v letih po sprejetju ZOPA v Sloveniji znižal delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač. Znižanje je bilo izrazitejše v skupinah z nižjo stopnjo v primerjavi s tistimi z višjo stopnjo izobrazbe. ZOPA ni bil primarno usmerjen v zmanjševanje neenakosti v zdravju med prebivalci, zato na te neenakosti lahko vplivajo tudi drugi dejavniki.

**V pričujoči publikaciji zbrane ugotovitve usmerjajo raziskovanje vpliva zakonodaje na neenakosti na področju škodljive rabe alkohola za še učinkovitejše ukrepanje v prihodnje. Obenem v zadnjih 15 letih beležimo v Sloveniji porast aktivnosti in programov, ki že uspešno dopolnjujejo manjkajoče aktivnosti in podajajo razmisleke o dolgoročnih sistemskih pristopih k zmanjševanju rabe alkohola in s tem povezanim neenakostim.**

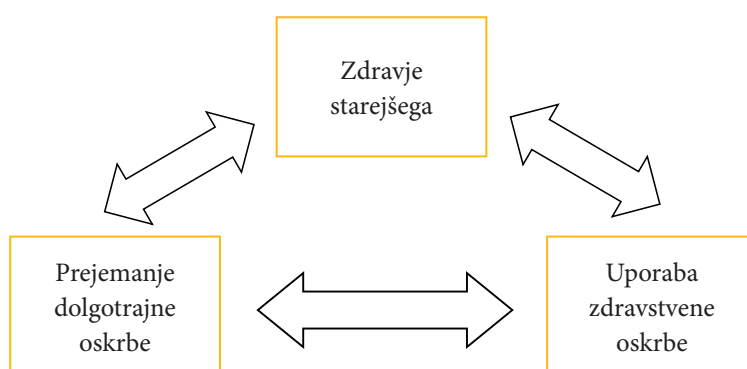


### Ključno sporočilo

Podatki iz raziskav kažejo, da se je v letih po sprejetju ZOPA v Sloveniji znižal delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač predvsem med nižje izobraženimi. Glede na to, da ZOPA ni bil primarno usmerjen v zmanjševanje neenakosti v zdravju med prebivalci, ne moremo izključiti vpliva drugih dejavnikov na zmanjševanje razlik v deležu čezmernih pivcev med prebivalci z različnimi stopnjami izobrazbe.

## Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših in neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe z vidika življenjskega cikla

Povezava med dolgotrajno oskrbo in uporabo zdravstvenih storitev obstaja tudi glede na socialno-ekonomski status posameznega iskalca. Analiza neenakosti v zdravju s pomočjo analize razmerja med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo, opazovana skozi celotno življenje posameznika, kaže prispevek posameznih socialno-ekonomskih dejavnikov k neenakostim glede prejemanja dolgotrajne oskrbe.



Slika 17: Vzročna slika osnovnega modela analize posredovanosti

Večanje obsega storitev dolgotrajne oskrbe lahko izboljša učinkovitost zdravstvenega sistema z zmanjšanjem števila hospitalizacij ter 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 ter statistično značilno vlogo dohodka, izobrazbe in spola. Poglobljena študija potrebe po dolgotrajni oskrbi skozi življenjski potek kaže, da sta spol in izobrazba statistično značilna dejavnika potreb, dohodek pa je močan dejavnik tako pri verjetnosti prejemanja kot tipu neformalne oskrbe. Tudi na neenakosti v formalnem zagotavljanju dolgotrajne oskrbe pomembno vpliva večina socialno-ekonomskih dejavnikov, najbolj jo opredeljujeta starost in dohodek.

Slovenija se že približno dve desetletji trudi sprejeti zakon, ki bi urejal področje dolgotrajne oskrbe, trenutno razdrobljeno med različne sisteme socialne zaščite. To področje je že vrsto let vključeno tudi v procese Evropskega semestra s specifičnimi priporočili, zato lahko omenjeni prispevek pomeni dodatno argumentacijo za zagotovitev potrebnih javnih virov za dolgotrajno oskrbo in sprejem nove področne zakonodaje v naši državi.

Analiza je pokazala vsebinsko in finančno medsebojno tesno povezanost sistemov socialnega varstva, trga dela in izobraževanja. Ukrepov in reform posameznega sistema pa se večinoma lotevamo ločeno in to povezanost pogosto pozabljamo. Vpliv socialno-ekonomskih razlik med posameznimi skupinami prebivalcev na razmerje med dolgotrajno oskrbo in zdravstvenimi storitvami je dodatna dimenzija v podporo univerzalnemu pristopu in nadaljnjim ukrepom.



### Ključno sporočilo

Potrjujejo se pozitivni učinki zagotavljanja dolgotrajne oskrbe na zmanjšanje koriščenja sistema zdravstvenega varstva z vidnimi neposrednimi in posrednimi učinki pri večini kazalcev, pri tem je pomembna vloga dohodka, izobrazbe in spola. To so pomembni dejavniki neenakosti v prejemanju dolgotrajne oskrbe, ko posameznika opazujemo vse od otroštva naprej.

Sistemi socialnega varstva, trga dela in izobraževanja so vsebinsko in finančno medsebojno tesno povezani, kar je smiselno upoštevati tudi pri pripravi ukrepov in reform ter jih medsebojno povezovati. Pomembno je tudi spremljati, ocenjevati in predvidevati posledice ukrepov na področju skozi upoštevanje medsebojne povezanosti teh sistemov.

## **NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI ZARADI COVIDA-19**

V letih 2020 in 2021 je na gibanje neenakosti v zdravju in družbene neenakosti izrazito vplivala sindemija, ki jo je sprožil koronavirus.

### **Regijske neenakosti v ranljivosti otrok v času epidemije covid-19**

V času prvega vala epidemije novega koronavirusa je bila opravljena raziskava o vsakdanjem življenju otrok. Temeljila je na merjenju učinkov epidemije na blaginjo otrok in odnosa otrok do ukrepov za zaježitev posledic epidemije v časovni perspektivi. Pri tem se osredotoča predvsem na analizo spremembe ranljivosti otrok na regijski ravni. Identificiranje dejavnikov, ki vplivajo na indeks spremembe ranljivosti otrok ter zaznavanje ranljivih skupin otrok, lahko služi kot podlaga za sprejemanje ukrepov javnih politik, prilagojenih potrebam otrok v času epidemije novega koronavirusa.

Ključna ugotovitev na podlagi rezultatov indeksa spremembe ranljivosti otrok je, da se je ranljivost anketiranih otrok v povprečju le malenkostno poslabšala, kar je glede na to, da je šlo za izredno situacijo, ki je trajala razmeroma kratek čas (dva meseca), razumljivo. Večinski delež otrok (slabih 60 %) je v času epidemije prvega vala ostal enako ranljiv kot prej (takih je bilo največ v jugovzhodni regiji), pri petini otrok pa se je ranljivost povečala, kar je bilo najbolj očitno pri otrocih iz zasavske regije. Obenem opozarjamo na povečanje ranljivosti tudi drugih skupin otrok, otrok, ki živijo v regijah z nadpovprečnim poslabšanjem ranljivosti (pomurski, podravske, obalno-kraški, koroški). Gre za regije, kjer je blaginja otrok že tako med nižjimi v Sloveniji. Pri dobri petini otrok se je ranljivost v omenjenem obdobju zmanjšala (najbolj v osrednjeslovenski regiji).

Opažamo, da so v prvem valu epidemije med najranljivejše skupine otrok sodile tiste, ki so bile ranljive že prej. To torej pomeni, da se je tem skupinam ranljivost najbolj povečala, vendar so bile hkrati ranljive že prej. To 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 in življenjskega sloga, ki sta neločljivo povezana. Blaginja otrok se je v največji meri poslabšala na področju IKT v smislu negativnih vidikov uporabe IKT oz. povečanja aktivnosti, ki vodijo v odvisnost oz. odtujenost.

Med področji blaginje otrok posebej izpostavljamo še področje duševnega zdravja oz. psihološke obremenjenosti, kjer se je ranljivost prav tako povečala. Omenjeni vidik velja pri oblikovanju ukrepov za omilitev posledic epidemije na blaginjo in kakovost življenja otrok še dodatno poudariti, saj je ohranjanje dobrega počutja in psihosocialnega zdravja otrok v Sloveniji izjemno pomembno, posebno ob zavedanju dejstva, da se Slovenija v mednarodnem merilu na tem področju ne umešča med najboljše države.

Pri sprejemanju ukrepov za zaježitev negativnih posledic epidemije koronavirusa morajo biti politični odločevalci posebno pozorni na ohranjanje blaginje otrok (s poudarkom na varovanju duševnega zdravja otrok, zmanjševanju aktivnosti, ki vodijo v pasivnost in odtujenost (zaradi povečane rabe IKT) ter krepitev varovalnih dejavnikov (dobri družinski odnosi in promocija preživljanja prostega časa v naravi in ob športnih aktivnosti).



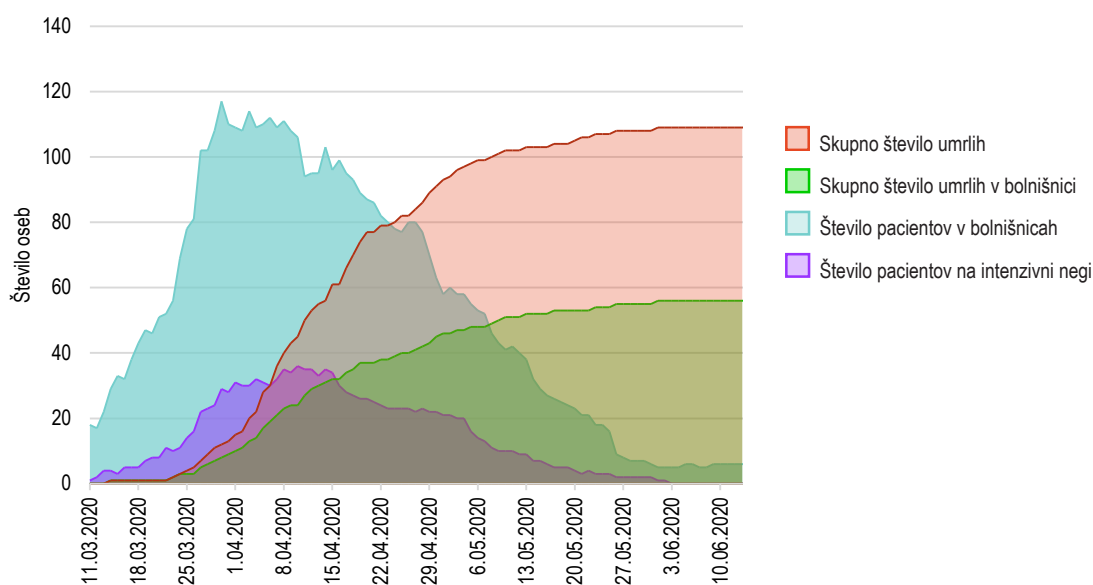
### Ključno sporočilo

Dobra polovica otrok je v času epidemije prvega vala ostala enako ranljivih kot prej (takih otrok je bilo največ v jugovzhodni regiji). Pri petini otrok se je ranljivost povečala, kar je bilo najbolj očitno pri otrocih iz zasavske regije. Narasla je tudi ranljivost drugih skupin otrok, tistih, ki živijo v regijah z nadpovprečnim poslabšanjem ranljivosti (pomurski, podravski, obalno-kraški, koroški). Gre za regije, kjer je blaginja otrok že tako med nižjimi v Sloveniji. V prvem valu epidemije so med najranljivejše skupine otrok sodile tiste, ki so bile ranljive že prej.



## Neenakosti v zdravju v Sloveniji zaradi covid-19 v splošni populaciji

Na podlagi analize širjenja bolezni covid-19 in njenih glavnih značilnosti v Sloveniji ter oceni 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.



Slika 18: 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<sup>6</sup>, ponoven izris na podlagi podatkov Covid-19 sledilnika

Prvo zaprtje javnega življenja je v vseh lokalnih skupnostih v Sloveniji zmanjšalo število pozitivnih primerov bolezni. Vzročni učinki zaprtja kot političnega ukrepa so izmerjeni kot število pozitivnih primerov na podlagi individualnega vedenja posameznika v odvisnosti od spreminjajočih se zaščitnih ukrepov. Učinek pa je bil drugačen po starosti, dohodku in izobrazbenem statusu.

<sup>6</sup> 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.

Tovrstni izračuni so lahko v veliko pomoč političnim odločevalcem pri oceni ustreznosti in sorazmernosti ukrepov, v tem primeru za zmanjšanje širjenja okužbe z virusom SARS-Cov2. Znanstvenoraziskovalno delo je lahko v veliko pomoč odločevalcem posebno v kriznih situacijah, kot je epidemija covid-19, če so umeščeni sistemsko že v času strateških priprav na morebitne izbruhe, načrtovani multidisciplinarno, izvedeni pravočasno, ustrezno in sorazmerno uporabljeni in če so vzpostavljene kapacitete na vseh področjih (institucionalno, kadrovske, v znanju in finančnih virih ter strokovnem vodenju procesov).

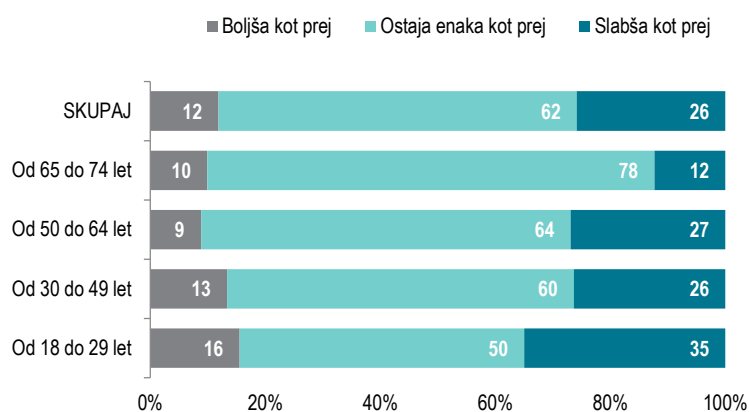


### **Ključno sporočilo**

Prvo zaprtje javnega življenja je v povprečju statistično značilno zmanjšalo število pozitivnih primerov bolezni covid-19 v vsaki lokalni skupnosti v Sloveniji, iz česar so mogoče točne vzročne ocene zmanjšanja vseh ključnih kazalnikov epidemije zaradi prvega zaprtja. Primerjava po starosti, dohodku in izobrazbenem statusu kaže statistično značilne učinke teh dejavnikov.

## Bo pandemija covid-19 poglobila neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije? Izsledki raziskave PANDA

Navedeni izsledki raziskave kažejo, da se tudi v Sloveniji že srečujemo z znaki pandemske izčrpanosti. Pandemija covid-19 že kaže vpliv na finančno situacijo, stik z zdravnikom, življenjski slog in duševno zdravje prebivalcev, predvsem pri nekaterih najranljivejših skupinah. Epidemija nalezljive bolezni covid-19 je v prvi fazi prizadela predvsem starejšo populacijo, dolgoročne posledice ukrepov, povezanih z njeno zajezitvijo, pa so prizadele predvsem mlade, kar se kaže tako v poslabšanju njihove finančne situacije (slika 19), življenjskega sloga in debelosti kot tudi duševnega zdravja. Posebno ranljiva skupina so osebe s kroničnimi obolenji in osebe s težavami v duševnem zdravju, na katere ima pandemija covid-19 še posebno neugoden vpliv.



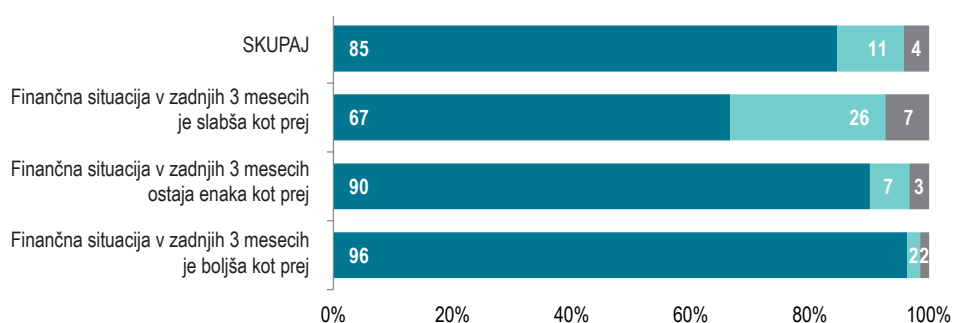
Slika 19: Zaznavanje finančne situacije v zadnjih 3 mesecih, skupaj in po starostnih skupinah

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 dnevom anketiranja ocenili kot slabšo kot prej, takih je bila kar četrtnina (26,0 %) (slika 20). Enako je odgovorila tudi približno petina tistih, ki so poročali o težavah v duševnem zdravju (18,2 %) ali znakih depresivne motnje (20,6 %).



Ali si v vašem gospodinjstvu finančno lahko privoščite mesni oz. enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan? ■ Da ■ Ne ■ Ne vem



Slika 20: Finančna možnost za mesni oz. enakovreden vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan, skupaj in glede na oceno finančne situacije

Vir: NIJZ.

**Ključnega pomena so redno merjenje stanja in postavljanje prioritet za ukrepanje, pravočasni ukrepi politike tako v zdravstvu in socialni zaščiti kot na drugih področjih, da se prepreči povečevanje neenakosti v zdravju bodočih generacij.**

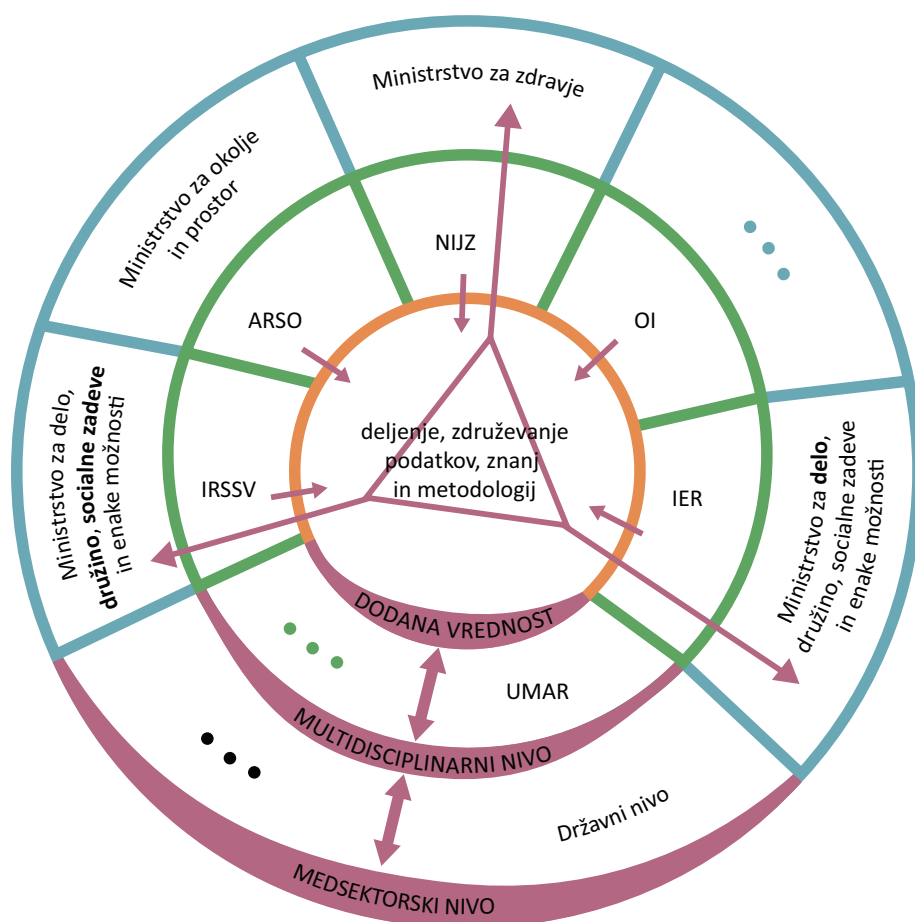


### Ključno sporočilo

Pandemija covid-19 kaže vpliv na finančno situacijo, stik z zdravnikom, življenjski slog in duševno zdravje prebivalcev. Epidemija nalezljive bolezni covid-19 je prizadela predvsem starejšo populacijo, posledice ukrepov, povezanih z njeno zaježitvijo, so prizadele predvsem mlade, kar se kaže tako v poslabšanju njihove finančne situacije, življenjskega sloga in pojavu debelosti kot tudi težav v duševnem zdravju. Posebno ranljiva skupina so osebe s kroničnimi obolenji in še posebno osebe s težavami v duševnem zdravju.

Pandemija covid-19 bo imela dolgoročne posledice na življenje in življenjski slog ter zdravje prebivalcev Slovenije. Pričakujemo lahko porast kroničnih nenalezljivih bolezni in težav v duševnem zdravju ter s tem povečano obremenitev zdravstvenega sistema, obenem pa tudi povečevanje razlik med posameznimi skupinami prebivalcev in s tem naraščanje družbenih neenakosti. Za reševanje teh izzivov 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.

## MULTIDISCIPLINARNI POGLED NA OPRAVLJENO DELO S PRIPOROČILI POLITIČNIM ODLOČEVALCEM ZA IZBOLJŠANJE STANJA



Slika 21: Shematski prikaz skupne interdisciplinarne raziskovalne platforme sektorskih inštitucij in povezav med sektorji

Vir: Lastni izris NIJZ.

Medsektorsko sodelovanje lahko teče bolje, če pri pripravi argumentacije za posamezne politike oziroma ukrepe medsebojno povezano sodelujejo kompetentne nacionalne sektorske strokovne institucije. Neenakosti so kompleksno polje, ki ga je v okviru ene discipline možno interpretirati le v določenem obsegu, več sodelujočih ustanov z združevanjem znanja in izkušenj zmore več.

Večinoma obstaja praksa, da predlogi ukrepov izhajajo iz posameznega sektorja in se nato medsektorsko usklajujejo, argumentacija pa nastaja v nacionalni kompetentni instituciji tega istega sektorja. V našem delu smo pokazali, kako je možno posamezne ukrepe raziskati s sodelovanjem več sektorskih kompetentnih institucij, ki vzpostavijo multidisciplinarno kompetenco za usklajeno argumentacijo ukrepov. Multidisciplinarno pripravljene podlage lahko nato delujejo kot spodbuda za medsektorsko usklajevanje na ravni političnih odločevalcev. Za usklajeno delovanje politik, raziskovalnih in drugih relevantnih ustanov je pomembno usklajevanje in sodelovanje v fazi, ko se ukrepi šele oblikujejo.

Sisteme je torej nujno obravnavati skupaj, medresorsko usklajevanje je treba izvajati hkrati, že v posameznih fazah priprav predloga določenega ukrepa, saj le tako lahko izboljšamo kvaliteto posameznih predlogov in pospešimo proces medresorskega usklajevanja. Prispevek nacionalnih strokovnih ustanov, 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 institucij pri pripravi strokovnih podlag tako za Strategijo dolgožive družbe, definiranje dolgotrajne oskrbe kot tudi priprave 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 pri pripravi analize, podatki in ustrezna orodja niso na razpolago oziroma potrebujejo prilagoditev, pojavljajo se težave pri koordinaciji dela raziskovalcev posamezne institucije, ni možno vzpostavljati redne skupine raziskovalcev, saj je angažiranje le občasno in parcialno. Nadaljevanje dela platforme za izbrana vsebinska področja bo torej neposredni pokazatelj tako spremembe v razumevanju delovanja teh sistemov kot tudi potrebe po stalnem sodelovanju ustrezne interdisciplinarne platforme.

# PRIPOROČILA ZA DELOVANJE V PRIHODNJE



## I. Spremljanje in analize stanja, razvoj metod in znanja

### 1. Redno spremljanje stanja nepravilnih 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 nepravilnih 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 preiščljeno 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

Potrebno 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 sindemijo. Prednostna naloga je vzpostavitev vseh potrebnih medsektorskih kapacitet za izvajanje aktivnosti in programov. Mednje se uvrščajo tako infrastrukturne, kadrovske in finančne kot tudi kapacitete multidisciplinarnih kompetenc ter vodenja in sodelovanja.

### 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 multidisciplinarne platforme 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 multidisciplinarne platforme 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 podporo 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.



## MNENJA RECENZENTOV

*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.*

*prof. dr. Majda Pahor*

*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 naslavljal 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.*

*doc. dr. Metka Mencin Čeplak*

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

*doc. dr. Marjan Premik*

*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 k obljubljenemu medsektorskemu povezovanju in aktivnemu sodelovanju pritegnili tudi prebivalce Slovenije.*

*doc. dr. Božidar Voljč*





Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana  
Telefon: + 386 1 2441 400  
E-pošta: info@nijz.si

