

SL

SL

SL

Slovenija

1. STANJE IN KLJUČNA GIBANJA

Pozitiven makroekonomski okvir in dobri rezultati, zabeleženi v zadnjih nekaj letih, so povečali stopnjo zaposlenosti in znižali stopnjo brezposelnosti. Kljub temu je bila avgusta 2008 v Sloveniji šestodstotna inflacija, najvišja na območju evra. Stopnja rasti BDP slovenskega gospodarstva je bila leta 2007 6,8 %, medtem ko je bila v prvem četrtletju leta 2008 1,9 % (0,6 % v EU, Eurostat). Vendar se je rast začela upočasnjevati delno tudi zaradi svetovne finančne krize. Predvidoma naj bi leta 2008 dosegla 4,0 % in leta 2009 0,6 % zaradi splošnega pojemanja naložbenih dejavnosti. Brezposelnost naj bi predvidoma dosegla 4,5 % leta 2008 in 5,2 % leta 2009.

BDP na prebivalca je leta 2007 dosegel 88,8 % povprečja EU. Čeprav je stopnja zaposlenosti nekoliko višja od povprečja EU (67,8 % leta 2007) in je stopnja brezposelnosti ena od najnižjih (4,9 %), je za trg dela značilna nizka stopnja zaposlenosti starejših delavcev (33,5 %), zlasti starejših žensk (22,2 %, medtem ko je bila stopnja zaposlenosti starejših moških 45,3 %). Čeprav se to izboljšuje, je ta kazalnik še vedno eden od najnižjih v EU in bistveno zaostaja za lizbonskim ciljem doseganja 50 % do leta 2010. Za trg dela je značilna tudi sorazmerno visoka stopnja brezposelnosti mladih (10,1 % v primerjavi s povprečjem 4,9 % leta 2007). BDP, namenjen socialnim izdatkom, je ocenjen na 24,2 % za obdobje 2004–2010, pri čemer je bilo leta 2007 12 % prebivalstva, ki ga je ogrožala revščina (10 % moških in 13 % žensk), kar je pod povprečjem EU. Delež socialnih izdatkov kot odstotek skupnih prejemkov se je namenil pokojninam (45,4 %), ki so jim sledili prejemki zdravstvenega varstva (32,1 %), 8,6 % se je namenilo družinam in otrokom (prejemki, povezani z nosečnostjo, rojstvom, posvojitvijo, vzgojo otrok in skrbjo za druge družinske člane), 8,5 % za invalidnost, 3 % za brezposelnost ter 2,5 % za nastanitev in socialno izključenost. Demografsko gibanje bo v prihodnjih desetletjih v Sloveniji najverjetneje podobno kot v večini držav članic EU: delež odvisnega starejšega prebivalstva (23,9 % leta 2006) se bo predvidoma več kot podvojil (na 59,4 % leta 2050). Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se je v zadnjem desetletju bistveno podaljšala ter leta 2006 dosegla 82 let za ženske in 74,5 leta za moške. Slovenija je imela leta 2007 najnižjo stopnjo rodnosti v EU, tj. 0,98 %.

2. SPLOŠNI STRATEŠKI PRISTOP

Splošni strateški pristop nacionalnega strateškega poročila za obdobje 2008–2010 temelji na glavni ideji in vsebini strategije razvoja Slovenije, ki ima vlogo krovnega strateškega nacionalnega dokumenta za obdobje do leta 2013. Nacionalno strateško poročilo ugotavlja, da globalizacija, konkurenčnost in staranje slovenske družbe zahtevajo prilagoditev in posodobitev sistema socialne varnosti, da se spodbudi vzdržna socialna država. Na drugi strani je bistvena krepitev odgovornosti posameznika in ozaveščenosti o potrebi po stalnem osebnem razvoju, izobraževanju in usposabljanju.

Ključne prednostne naloge nacionalnega strateškega poročila v zvezi s socialno vključenostjo so zagotoviti primerne varstvene dodatke ranljivim skupinam, da se prepreči socialna izključenost, povečati potencial vključujočega trga dela v boju proti revščini in socialni izključenosti ter zagotoviti dostop do socialnih storitev splošnega pomena. Nacionalno strateško poročilo ugotavlja, da demografska gibanja, spremembe na trgu dela in globalizacija

vplivajo na pokojninski sistem ter na povezavo med zaposlenimi zavarovanimi osebami in upokojenci. Glede zdravstvenega sektorja se strategija z izboljšanjem dostopa do storitev in njihove kakovosti ter večanjem ozaveščenosti o odgovornosti posameznika za svoje zdravje osredotoča na zmanjšanje splošnih regionalnih razlik in razlik med prebivalstvom v zvezi zdravstvenim stanjem. Te prednostne naloge večinoma ustrezajo posebnim izzivom države. Ohranjena je splošna kontinuiteta s strateškim poročilom za obdobje 2006–2008, pri čemer so cilji in prednostne naloge zadostno usklajeni s tremi na novo opredeljenimi prednostnimi nalogami.

Vendar se vprašanje enakosti spolov in vprašanje invalidnosti v politiko ne vključujeta sistematično.

Politiki socialne vključenosti in socialne zaščite sta tesno povezani z lizbonsko strategijo za rast in delovna mesta. Zaradi neugodnih demografskih gibanj so potrebni dodatni ukrepi za povečanje zaposlenosti, predvsem starejših oseb in mladih. Ukrepi za boj proti revščini in podporo vključevanju na trg dela se obravnavajo kot naložba v ljudi in nacionalno gospodarstvo, ker razbremenjujejo državni proračun in spodbujajo rast, tako da večajo ponudbo delovne sile.

ESS delno sodeluje pri reševanju ključnih problemov, zlasti v zvezi s socialno vključenostjo. Iz strukturnih skladov se bo 41 milijonov EUR namenilo spodbujanju socialne vključenosti ranljivih skupin in 30 milijonov EUR socialni infrastrukturi za obdobje 2007–2013.

3. SOCIALNA VKLJUČENOST

3.1. Ključna gibanja

Leta 2006 je 12 % prebivalcev ogrožala revščina, kar je še vedno med najnižjimi stopnjami v EU. Vendar je bila ta stopnja visoka pri nekaterih skupinah prebivalstva, kot so samska gospodinjstva (39 %), ženske, starejše od 65 let (25 %), brezposelni (36 %) in starši samohranilci z vsaj enim otrokom (29 %). Revščina v Sloveniji je precej pod povprečjem v EU, kar izraža relativna povprečna vrzel tveganja revščine, ki je leta 2006 znašala 19 % in je bila ena od najnižjih v EU. V Sloveniji je leta 2006 revščina pomenila preživeti mesec s 466 EUR ali manj.

Ob visoki stopnji zaposlenosti in eni najnižjih stopenj brezposelnosti je leta 2007 le 6,5 % odraslih živelo v gospodinjstvih brez zaposlenih članov, medtem ko je povprečje v EU 9,3 %. V gospodinjstvih brez zaposlenih članov je živelo več žensk kot moških. Vendar so se razmere izboljšale, saj je leta 2001 v gospodinjstvih brez zaposlenih članov živelo 8,2 % odraslih. To gibanje je pozitivno tudi za otroke, ki živijo v gospodinjstvih brez zaposlenih članov, saj se je delež s 3,8 % leta 2001 znižal na 2,2 % leta 2007 (v primerjavi z ocenjenim povprečjem 9,4 % v EU-27). Poleg tega je leta 2006 5 % redno zaposlenih s svojimi dohodki živelo pod pragom revščine in se lahko tako obravnavajo kot „revni delavci“, pri čemer je bilo povprečje v EU-25 8 %.

Stopnja pasti nedejavnosti za samske osebe brez otrok je bila leta 2006 71 %. Stopnja pasti brezposelnosti je v Sloveniji med najvišjimi v EU-27 in se je z 80,5 % leta 2001 povečala na 94,09 % leta 2006 (povprečje v EU-27 leta 2006 je bilo 75,39 %). Kazalniki izobraževanja in kvalifikacij so pozitivni, saj se je v šolskem letu 2007–2008 48,2 % prebivalcev v starosti 19 do 23 let izobraževalo na višji strokovni ravni ali na višješolski ravni, pri čemer je bila stopnja osipa leta 2007 le 4,3 %. Kljub temu je imelo 41 % prejemnikov socialne podpore nizko raven

izobrazbe (po nacionalnih podatkih), kar kaže na potrebo po zagotovitvi dostopa do izobraževanja in usposabljanja.

3.2. Napredek pri prednostnih nalogah iz nacionalnega strateškega poročila 2006–2008 (vključno z nacionalnim akcijskim načrtom) in izzivih, opredeljenih v skupnem poročilu 2007

Slovenija je na splošno pri doseganju ciljev iz nacionalnega strateškega poročila 2006–2008 napredovala. Vendar nekateri kazalniki niso imeli izmerljivega cilja ali se o njih ni poročalo, zato je težko oceniti njihovo izvajanje. Napredek je bil dosežen v zvezi z izzivom povečanja dejavnega vključevanja ljudi, odvisnih od socialne pomoči, saj se je število prejemnikov denarne socialne pomoči zmanjšalo, pri čemer je skoraj 1 000 prejemnikov pomoči našlo redno zaposlitev. Vendar se je oktobra 2008 število prejemnikov pomoči povečalo za 51,18 % (s 1 061 na 1 604), kar je verjetno posledica začetnega vpliva gospodarske recesije. V zvezi s prednostno nalogo zagotavljanja nastanitve za ranljive skupine je bil dosežen napredek glede števila mest za posamezne ranljive skupine in začasno prebivanje. Nacionalno strateško poročilo v zvezi z bojem proti diskriminaciji in socialno vključenostjo migrantov v družbo poroča o sprejetih ukrepih (vključno s protidiskriminacijsko kampanjo, raziskovalnim projektom idr.), vendar ne o kazalnikih, opredeljenih v poročilu NSP 2006–2008.

Četrta prednostna naloga socialne zaščite za starejše osebe je tesno povezana z zdravstvenim varstvom in doseženimi kazalniki.

Izziv iz skupnega poročila 2007 *„krepiti aktivno vključevanje ljudi, ki so odvisni od socialne pomoči, zlasti dolgotrajno brezposelnih mladih ljudi, z zagotavljanjem spremljevalnih ukrepov in primernih dohodkov, da se tiste osebe, ki se najtežje vključijo na trg dela, ne potisnejo še bolj na obrobje“* je obravnavan v nacionalnem strateškem poročilu o izvajanju. Vendar ni jasno, ali so se upoštevale regionalne razlike. Drugi izziv v zvezi s socialno vključenostjo *„z vsemi zainteresiranimi stranmi začeti poglobljeno analizo obsega in narave diskriminacij ter strategijo ustrezno prilagoditi“* je bil le delno obravnavan. Sprejet je bil Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji. Kljub temu ni jasno, ali je bila sprejeta ustrezna strategija.

3.3. Ključni izzivi in prednostne naloge

Splošni strateški pristop NSP za obdobje 2008–2010 temelji na glavni ideji in vsebini dokumenta o strategiji razvoja Slovenije.

Glavni kvantitativni cilji za preprečevanje revščine in socialne izključenosti do leta 2010 so: zmanjšati stopnjo tveganja revščine z 11,7 % na 11 %, zmanjšati stopnjo tveganja revščine ljudi, starejših od 65 let, z 20 % na 18 %, zmanjšati stopnjo brezposelnosti na 3–4 % do leta 2013 z vmesnim ciljem zmanjšanja stopnje registrirane brezposelnosti na 6,3 % do leta 2010 (zdaj 7,4 %); zmanjšati brezposelnost invalidov na povprečno stopnjo za Slovenijo in skrajšati čakalne dobe za vključitev invalidov v poklicno rehabilitacijo na manj kot tri mesece. Ti cilji so precej visoko zastavljeni, zlasti ob upoštevanju sedanje gospodarske recesije.

Prednostne naloge, opredeljene v poročilu, so delno preoblikovane prejšnje prednostne naloge: (i) zagotoviti primerne varstvene dodatke ranljivim skupinam, da se prepreči socialna izključenost; (ii) uresničiti potencial vključujočega trga dela v boju proti revščini in socialni izključenosti ter (iii) zagotoviti dostop do socialnih storitev splošnega pomena, da se prepreči socialna izključenost. Te prednostne naloge globalno ustrezajo trem stebrom pristopa

dejavnega vključevanja. V primerjavi z obdobjem 2006–2008 se dodaten pomen pripisuje otroškemu dodatku.

Vendar je treba več pozornosti nameniti pogojem zaposlovanja, zlasti za mlade, in stanovanjskim težavam mladih, saj je 66 % mladih v starosti 16–24 let v delovnem razmerju po pogodbi za določen čas (od katerih je 76 % žensk). Večina bank delavcem s takimi pogodbami ne odobri posojil ali hipotek. Prav tako se večajo razlike med plačami in cenami nepremičnin. To je začetek začaranega kroga nizke stopnje zaposlenosti mladih za nedoločen čas, stanovanjskega vprašanja, s tem povezane nizke stopnje rodnosti in velike proračunske obremenitve v zvezi s pokojninami.

Za obravnavanje predvidenega povečanja brezposelnosti je treba posebno pozornost nameniti učinkovitosti zavodov za zaposlovanje, da se za presežne delavce zagotovijo ukrepi hitre prerazporeditve delovne sile. V sedanjih razmerah so zelo pomembni prožna varnost, izpopolnjevanje znanja in prilagajanje le-tega trgu dela ter ohranjanje dohodka v gospodinjstvih. Poleg tega je treba preučiti učinkovitost politike dejavnega vključevanja pri blaženju vpliva finančne krize na ranljive skupine.

3.4. Ukrepi politik

V poročilu je določenih veliko ciljev, čeprav ciljne vrednosti niso opredeljene za vse kazalnike.

Prvi prednostni cilj, katerega namen je *zagotoviti primerne varstvene dodatke ranljivim skupinam, da se prepreči socialna izključenost*, vključuje številne obstoječe oblike socialnih prejemkov, kot so otroški dodatek, subvencije za vrtec (za doseganje 90-odstotnega vpisa v vrtec otrok v drugi starostni skupini in ohranitev sedanje stopnje vpisa otrok v prvi starostni skupini, pri čemer se ta cilj ne zdi zelo visoko zastavljen), subvencije za šolske obroke, štipendije ter varstveni dodatek za invalide. Vključuje tudi podporo za starejše, osnovni znesek minimalnega dohodka in denarno pomoč zaradi sprememb cen ter dejstva, da socialna pomoč morda ni ustrezno valorizirana za vključitev teh sprememb. Večina teh prejemkov že obstaja, zato se prednostni ukrepi ne štejejo za zelo ambiciozne. NSP ne omenja pomoči ESS, čeprav prispeva k nekaterim ukrepom, npr. k štipendijam. Prav tako niso omenjene razlike med spoloma.

Drug prednostni cilj, tj. *uresničiti potencial vključujočega trga dela v boju proti revščini in socialni izključenosti*, se bo izvajal s številnimi ukrepi ESS, vključno z dostopom ranljivih skupin do zaposlovanja in usposabljanja, spodbujanjem enakih možnosti in socialne vključenosti mladih ter večanjem javne ozaveščenosti o enakih možnostih kot pozitivni družbeni vrednoti. Ta cilj se osredotoča na invalide, migrante in njihove otroke, Rome, begunce in njihove otroke, ženske, mlade, usklajevanje poklicnega in družinskega življenja, socialno podjetništvo ter inovativne zamisli za nove pristope k zaposlovanju ranljivih skupin.

Tretji prednostni cilj, tj. *zagotoviti dostop do socialnih storitev splošnega interesa, da se prepreči socialna izključenost*, se izvaja prek številnih ukrepov za izboljšanje dostopa do nastanitve, dostopa do storitev socialne pomoči (pomoč na domu, institucionalno varstvo starejših oseb, varstveno-delovni centri) in dostopa do vrtca. Ukrepi vključujejo povečanje števila razpoložljivih mest v različnih ustanovah za oskrbo. Cilji za boljši dostop do storitev so: vključitev 36 % oseb s statusom invalida v programe dnevnega varstva v varstveno-delovnih centrih v okviru Zakona o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb; povečanje zmogljivosti materinskih domov in zavetišč za ženske na skupno okvirno zmogljivost 350 mest; povečanje zmogljivosti sprejemnih centrov in zavetišč za brezdomce

na skupno okvirno zmogljivost 250 mest; povečanje zmogljivosti mreže terapevtskih programov, ki zagotavlja psihosocialno pomoč otrokom, odraslim in družinam, da se doseže popolno pokritje (en strokovnjak, ki zagotavlja psihosocialno pomoč približno 50 000 osebam), ter vključitev ranljivih skupin ali oseb s posebnimi potrebami v storitve socialne pomoči, pri čemer se posebna pozornost nameni razvoju inovativnih ali nadomestnih oblik pomoči.

3.5. Upravljanje

Dobro upravljanje se spodbuja z vključevanjem zainteresiranih strani v pripravo NSP. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je koordiniralo pripravo poročila, ki ga je pripravljala delovna skupina, razdeljena v štiri podskupine glede na področje. NSP je bilo tudi predstavljeno in obravnavano na javnem posvetovanju, organiziranem za splošno javnost, predstavnike interesnih skupin, lokalne skupnosti, nevladne organizacije, socialne partnerje, ponudnike storitev socialne pomoči, državno upravo in strokovnjake na posebnih področjih. Glede na znaten prispevek sklada k socialni vključenosti bi se s tesnejšim sodelovanjem z oddelki ESS dodatno izboljšala kakovost priprav NSP.

Upravljanje odprte metode koordinacije na socialnem področju bi se izboljšalo tudi z razširitvijo uporabe kvantificiranih ciljev in uvedbo ustreznih mehanizmov spremljanja za merjenje napredka. S tem bi se tudi olajšalo delo skupine za vrednotenje, ki bo vzpostavljena do konca leta 2008 in bo pripravila dve vmesni poročili.

4. POKOJNINE

4.1. Ključna gibanja

Nizka stopnja rodnosti in daljša pričakovana življenjska doba vedno bolj obremenjujeta slovenski pokojninski sistem. Tako kot v EU se je razmerje med zaposlenimi in upokojenimi osebami zmanjšalo z 2,3 leta 1990 na 1,7 zaposlenega na eno upokojeno osebo leta 2007 (nacionalni podatki). Poleg tega je v Sloveniji še vedno nizka stopnja zaposlenosti starejših oseb (od 55 do 64 let), čeprav se je povečala z 29,0 % leta 2004 na 33,5 % leta 2007. Leta 2007 je bila povprečna upokojitvena starost 61 let in 10 mesecev za moške ter 57 let in 7 mesecev za ženske. Povprečna starost ob dejanski upokojitvi je bila leta 2006 59,8 leta, kar je ena od najnižjih v EU-27 (povprečna starost 61,2 leta). Ob upoštevanju dolge delovne dobe in nekaj let, ki se namenijo varstvu otrok, je leta 2008 minimalna upokojitvena starost 56 let za ženske in 58 let za moške (nacionalni podatki).

Stopnja tveganja revščine pri ljudeh, starejših od 65 let, se je med letoma 2004 in 2006 ustalila na 19 %. Vendar razlika med spoloma ostaja in se veča, saj je ta stopnja leta 2006 znašala 25 % za ženske in 11 % za moške. Stopnja tveganja revščine pred socialnimi transferji je 35 % za ženske in 23 % za moške. Pokojnine so indeksirane s plačami. Relativno povprečno razmerje prihodka za starostno skupino nad 65 let je leta 2007 znašalo 0,86 %.

Obvezni sistem, povezan z zaslužkom in financiran na podlagi sprotnega prispevnega kritja, pokriva tveganja starejših oseb, invalidov in preživelih družinskih članov. Vključene so vse zaposlene in samozaposlene osebe, medtem ko se lahko nekatere kategorije nedejavnih oseb v sistem vključijo prostovoljno. Skupna prispevna stopnja je 24,35 % bruto plače. Od tega plača delojemalec 15,5 %, delodajalec pa 8,85 %. Kompenzacijski prispevki za osebe, odsotne zaradi brezposelnosti, začasne bolezni ali dolžnosti v zvezi z nego, se plačajo iz splošnega državnega proračuna. Leta 2000 je bila uvedena obsežna pokojninska reforma s prehodnim

obdobjem do leta 2024. To pomeni, da se bo upokojitvena starost pri ženskah postopno dvignila na 58 let in najmanj 38 let pokojninske dobe, medtem ko za moške že velja pogoj 58 let in 40 let pokojninske dobe. Z reformo se je uvedel tudi v celoti financiran sistem dodatnega prostovoljnega pokojninskega zavarovanja.

4.2. Ključni izzivi in prednostne naloge

Skupno poročilo 2007 navaja, da je prihodnji izziv obravnavanje finančne vzdržnosti in zagotovitev primernih pokojnin, zlasti z razmislekom o nadaljnji pokojninski reformi in s sprejetjem dopolnilnih ukrepov za povečanje stopnje zaposlenosti starejših oseb. V obdobju 2006–2008 niso bile izvedene nobene večje reforme pokojninskega sistema, ampak so bile izvedene izboljšave, predvidene v nacionalnem strateškem poročilu za obdobje 2006–2008, vključno z Zakonom o enkratnem pokojninskem dodatku (2008), Zakonom o varstvenem dodatku (2008) in socialno državno pokojnino za ljudi, ki niso upravičeni do prejemkov. Osnovni namen teh izboljšav je bil zmanjšati velik pritisk naraščajočih življenjskih stroškov, zlasti za upokojence z nizkimi pokojninami, in zagotoviti minimalni dohodek za starejše osebe. Ker leta 2006 ni bil sklenjen sporazum s socialnimi partnerji in doseženo ustrezno politično soglasje, se predlogi o nadaljnjih spremembah pokojninskega sistema za povečanje vzdržnosti še vedno niso obravnavali. Pokazalo se bo, ali bo to del novega vladnega programa.

Proračunska obremenitev zaradi izdatkov, povezanih s starostjo, je v Sloveniji višja kot v večini drugih držav članic. Delež odvisnega starejšega prebivalstva se bo predvidoma podvojil, tj. s 23 % leta 2008 na 59,4 % leta 2050. Glede na napoved delovne skupine za staranje prebivalstva iz leta 2005 se bodo javni pokojninski izdatki leta 2050 povečali na 18,3 % BDP, torej za 7,3 odstotne točke BDP od leta 2004. Brez sprememb politike bi se splošni javni dolg, ki se je zdaj ustalil na 29,1 % BDP, do leta 2050 povečal na približno 287,2 % BDP. Teoretična stopnja neto nadomestil se bo v obdobju 2006–2046 za delavca s povprečno plačo, ki se upokoji v 65. letu starosti, predvidoma povečala za dve odstotni točki.

Glede na NSP je cilj Slovenije pokojninski sistem, ki ne le varuje pred revščino v starosti, temveč tudi ohranja življenjski standard upokojencev. Dopolnilno pokojninsko zavarovanje je bilo uvedeno za delno nadomestitev načrtovanega dolgoročnega zmanjšanja ravni pokojnin v okviru obveznega zavarovanja. Razmerje med pokojnino in plačo je leta 2007 znašalo 61,5 % in se bo do konca prehodnega obdobja reforme leta 2024 predvidoma zmanjšalo na 56,33 % (nacionalni podatki). Stopnja tveganja revščine pri ljudeh, starejših od 65 let, ki je 19 %, je skoraj za dvakrat večja od stopnje pri ljudeh v starosti od 18 do 64 let (10 %). V povprečju prejema oseba nad 65 let 86 % povprečnega dohodka osebe pod to starostjo.

Spremembe pokojninskega sistema so potrebne za doseganje dolgoročne vzdržnosti in ustreznosti. Spremembe se morajo osredotočiti zlasti na spodbujanje daljše delovne dobe in reformo pokojninskega sistema (višja upokojitvena starost, daljša obdobja plačevanja prispevkov itd.). Vendar je treba daljšo delovno dobo dopolniti z ukrepi, ki starejšim olajšajo iskanje ustrezne zaposlitve. V Sloveniji se to vprašanje kljub zavedanju potrebe po doseganju višjih stopenj zaposlitve med starejšimi osebami ni dovolj obravnavalo. Leta 2005 je bila napovedana strategija aktivnega staranja, vendar še vedno ni bila sprejeta. Zmanjševanje zgodnjih odhodov s trga dela ter spodbujanje in omogočanje starejšim osebam, da podaljšajo delovno dobo, skupaj z velikimi spremembami pokojninskega sistema so ključni za zagotavljanje prihodnje primernosti in vzdržnosti.

4.3. Več zaposlenih in daljša delovna doba

Stopnja zaposlenosti starejših oseb (55–64 let) se je postopno povečala (od leta 2005 do leta 2007 za 2,8 %), vendar je s 33,5 % še vedno ena od najnižjih v EU, kar kaže na dolgo tradicijo upokojitvene starosti pod 60 let ter na nezadostne ukrepe za spodbujanje ljudi in omogočanje ljudem, da podaljšajo delovno dobo. Le 17,7 % vseh upokojencev ima delovno dobo daljšo od 40 let, od katerih je 34,2 % moških in 5,3 % žensk (nacionalni podatki).

Veljavna zakonodaja o pokojnini in zaposlovanju ne predvideva učinkovitih spodbud za podaljšanje delovne dobe. Poleg tega je premalo možnosti za zaposlitev starejših oseb. Zato je bistvena splošna strategija aktivnega staranja, sestavljena iz celovitih ukrepov, usmerjenih v posameznike in organizacije.

4.4. Sistem zasebnega pokojninskega zavarovanja

Dopolnilno pokojninsko zavarovanje, ki ga organizirajo pooblaščenim zasebni pokojninski skladi, je bilo uvedeno kot del pokojninske reforme iz leta 2000. Od oseb, vključenih v dopolnilno zavarovanje, jih je le 5,48 % v individualnih sistemih, medtem ko so drugi v skupnih sistemih zavarovanja. Dopolnilno pokojninsko zavarovanje ima sklenjeno tudi 55,19 % ljudi, vključenih v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Glede na pretekla gibanja, prispevne stopnje in donosnost naložb ne bodo zadostovale za kompenzacijo načrtovanega zmanjšanja stopenj nadomestil v obveznem pokojninskem zavarovanju. Takšne razmere so bile že pred finančno krizo. Ta težava je priznana v nacionalnem strateškem poročilu 2008–2010, vendar politika na to še ni odgovorila. To je še en primer, v zvezi s katerim je nujna reforma pokojninskega sistema.

Dopolnilno pokojninsko zavarovanje je obvezno za osebe, ki opravljajo zlasti težaven poklic, poklic, ki škoduje njihovemu zdravju, ali poklic, ki ga po določenem letu starosti ni več mogoče uspešno opravljati.

4.5. Zagotavljanje minimalnega dohodka za starejše osebe

Leta 2006 je bila stopnja tveganja revščine za ženske nad 65 let 25 %, pri čemer je za moške znašala le 11 %, skupna pa je bila 19 %. Stopnja tveganja revščine je veliko višja pri starejših ženskah kot pri moških, tudi glede na podatke pred socialnimi transferji (35 % za ženske nad 65 let in 23 % za moške). Težavo visoke stopnje tveganja revščine za starejše osebe je priznala tudi vlada, ki jo namerava zmanjšati na 18 %.

Velik delež (22,1 %) upokojencev prejema pokojnine med 300 EUR in 400 EUR na mesec, pri čemer le 18,3 % upokojencev prejema pokojnine nad 700 EUR. Vendar je znesek povprečne neto pokojnine podoben znesku minimalne plače, ki je leta 2007 znašala okrog 513 EUR (nacionalni podatki).

Osebe, ki niso upravičene do zadostnega prejemka v okviru obveznega pokojninskega zavarovanja, lahko zahtevajo državno pokojnino, ki se oceni glede na njihove dohodke. Leta 2007 je bila povprečna državna pokojnina 158,69 EUR na mesec. Istega leta je bilo 3,2 % upokojencev v okviru obveznega pokojninskega zavarovanja prejemnikov državne pokojnine.

4.6. Informacije in preglednost

Raven finančne pismenosti v zvezi s sistemom dodatnega pokojninskega zavarovanja (prostovoljni del) je sorazmerno nizka in NSP navaja potrebo po povečanju „finančne pismenosti“, zlasti glede sistema dodatnega pokojninskega zavarovanja.

Splošne informacije so na voljo na spletni strani Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ). Vendar to ni najučinkovitejša komunikacijska pot glede na nizko raven uporabe interneta (20 %) v starostni skupini od 55 do 64 let. Drug način dostopa do teh informacij je neposredno na ZPIZ-u. Ker dostop do teh informacij zahteva vedno več ljudi, število zaposlenih na ZPIZ-upa ostaja enako, se odzivni čas podaljšuje. Zato je za zagotovitev kakovostnih informacij potreben novi informacijski mehanizem.

5. ZDRAVSTVENO VARSTVO IN DOLGOTRAJNA OSKRBA

5.1. Zdravstveno varstvo

5.1.1. Zdravstveno stanje in opis sistema

V Sloveniji je vzpostavljen sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na zavarovanju ter se financira iz socialnih prispevkov delojemalcev in njihovih delodajalcev. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in zavarovalnice upravljajo model financiranja na podlagi javno-zasebnega partnerstva. Javna sredstva vključujejo obvezno zdravstveno zavarovanje ter državna proračunska sredstva in proračunska sredstva Skupnosti. Zasebni viri vključujejo sredstva iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, del sredstev iz nezgodnega zdravstvenega zavarovanja, neposredna plačila posameznikov za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke ter sredstva različnih družb, dobrodelnih organizacij in donatorjev. Obvezno zdravstveno zavarovanje vključuje skoraj celotno prebivalstvo (98,7 %) in zagotavlja veliko različnih prejemkov.

Storitve zdravstvenega varstva opravljajo javne institucije in zasebna podjetja s koncesijo za izvajanje dejavnosti, financiranih z javnimi sredstvi. Občine so odgovorne za zmogljivosti in organizacijo na primarni ravni, medtem ko je opravljanje zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni odgovornost države. Opravljanje storitev na primarni ravni se kaže kot nezadostno za zadovoljitev potreb starajočega se prebivalstva.

Peta prednostna naloga strategije razvoja Slovenije in z njo povezanega akcijskega načrta o „zdravju kot delu kakovostnega življenja“ določa okvir za slovensko zdravstveno strategijo. V zadnjih 12 mesecih je bilo sprejetih več zakonov (Zakon o duševnem zdravju), sprememb zakonov (spremembe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju) in resolucij (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013) za izboljšanje učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega varstva. Spremembe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zagotavljajo bistven prispevek k večji socialni vključenosti, tako da zagotavljajo sredstva iz nacionalnega proračuna za sofinanciranje zdravstvenih storitev do njihove polne cene za socialno ogrožene osebe.

V zvezi z zdravstvenim stanjem se je veliko sistemov osredotočalo na spodbujanje zdravega načina življenja, preventive in odgovornosti posameznikov za zdravje. Še vedno obstajajo razlike med regijami in skupinami prebivalstva, čeprav je večina anketirancev izjavila, da so zdravi ali zelo zdravi. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se podaljšuje (leta 2006

78,3 leta), pri čemer je pri ženskah (82 let) daljša kot pri moških (74,5). Umrljivost otrok se zmanjšuje (3,4 % leta 2006) in je med najnižjimi v EU-27.

5.1.2. Dostopnost

Dostopnost se izboljšuje. Po podatkih OECD je bilo leta 2005 v zdravstveno zavarovanje vključenega 98,7 % prebivalstva. Preostali delež zajema begunce, prosilce za azil, nekdanje zapornike in tujce z začasnim prebivališčem. Leta 2006 je bila raven nezadovoljenih potreb po popolnih zdravstvenih in zobozdravstvenih storitvah, ki temelji na samooceni, veliko pod povprečjem EU (SLO 0,2; EU 3,1). Vsem državljanom je na primarni ravni zagotovljen enak dostop z enakomerno razporejenimi zmogljivostmi osnovnega primarnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega varstva v bolnišnicah (z izjemo nekaterih oddaljenih podeželskih območij). Dostop do posebnih ambulantnih storitev s hospitalizacijo ni tako enakomeren in je osredotočen predvsem v večjih mestih. Zaradi razlik med regijami je treba določiti minimalno raven pokritja mreže javnozdravstvenih storitev, da se zagotovi enakopravnejši dostop do oskrbe.

Obvezno zdravstveno zavarovanje pokriva 100 % stroškov zdravljenja samo za nekatere skupine prebivalstva (otroke, učence, študente) ali nekatere storitve (ugotavljanje bolezni in bolezenskih stanj). Za druge skupine ljudi in storitve je potrebno doplačilo. Delež gotovinskih plačil (plačila za farmacevtske izdelke in storitve, ki niso vključeni v paket ugodnosti, ter dostop do zdravnikov na zasebni ravni) se je od leta 2002 povečal. Leta 2004 je predstavljal približno 11,6 % zdravstvenih izdatkov, medtem ko je leta 2005 presegel 12 %. Zavarovane osebe plačajo te storitve z lastnimi sredstvi ali sklenejo prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje. Ta ureditev je delno neugodna za osebe brez dohodka ali osebe iz družine z nizkimi dohodki in je lahko velika finančna obremenitev za ljudi iz nižjih socialno-ekonomskih skupin.

Čakalne dobe so se nekoliko skrajšale, vendar so še vedno dolge za ortopedske in ortodontske operacije, operacije na odprtem srcu, operacije očesne mreže in operacije golše ter za nekatere zahtevnejše diagnostične teste. Čakalna doba se je podaljšala za operacije žil. Slovenija želi skrajšati čakalne dobe, da bodo krajše od najdaljše dovoljene dobe za zaprto zdravljenje primarnih bolezni v zvezi s posameznimi skupinami z ukrepi iz osnutka resolucije o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu.

5.1.3. Kakovost

Na splošno je Slovenija ena od držav EU-12, ki se lahko pohvali s kakovostnim zdravstvenim varstvom. Zakon o pravicah pacientov, sprejet januarja 2008, zagotavlja enake storitve za vse. Za izboljšanje kakovosti so organi uvedli šest kazalnikov v zvezi s kakovostjo bolnišničnih storitev, ki jih je treba spremljati. Bolniki imajo predstavnika v skupščini ZZZS in sodelujejo pri upravljanju zdravstvenih institucij. Še ena pomembna institucija je varuh pravic bolnikov.

Uvedba novih tehnologij predstavlja velik izziv zaradi pomanjkanja ekonomskega vrednotenja. Iz NSP ni razvidno, ali bo Slovenija uporabila ESS ali ESRR za izboljšanje dostopa.

5.1.4. Vzdržnost

Skupni izdatki za zdravje (8,5 % BDP in 1 959 USD v pariteti kupne moči leta 2005) so pod povprečjem EU (9,0 % in 2 454 USD v pariteti kupne moči), medtem ko se izdatki kot delež BDP v preteklih letih niso bistveno spremenili. Sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja so leta 2007 znašala 6,05 % BDP. Povečali so se zasebni izdatki za zdravje.

Prispevki za socialno zavarovanje so bili glavni vir financiranja zdravstvenega varstva (72 %), sledili pa so jim Zavod za zdravstveno zavarovanje (13 %) in plačila gospodinjestev (12 %).

V zvezi s pokritjem zdravstvenih delavcev je bilo v zadnjih letih opazno delno pomanjkanje zdravnikov (primarna raven) in negovalnega osebja (sekundarna in terciarna raven). V Sloveniji je bilo leta 2006 približno 2,48 zdravnika, 0,65 zobozdravnika, 1,9 medicinske sestre (ali 6,4 ponudnika zdravstvenih storitev) in 4,76 bolniške postelje na 1 000 prebivalcev (nacionalni podatki).

Zelo se poudarjajo izvajanje programov za spodbujanje zdravja, zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za kronične in degenerativne bolezni ter izobraževalni programi in programi večanja ozaveščenosti, da se izpostavi odgovornost državljanov za lastno zdravje.

5.2. Dolgotrajna oskrba

5.2.1. Opis sistema

Čeprav se je novi zakon o dolgotrajni oskrbi začel pripravljati že leta 2005, Slovenija še vedno nima skladnega sistema dolgotrajne oskrbe. Storitve in ugodnosti zagotavljajo sistemi zdravstvenega varstva, socialne varnosti, pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter posebni predpisi, ki urejajo status invalidov in vojnih veteranov, vendar je usklajevanje med njimi slabo. Glavni vir financiranja je obvezno zdravstveno zavarovanje. Javni in zasebni ponudniki zagotavljajo različne storitve na podlagi institucionalnih oblik pomoči ter povezujejo področja zdravstvenega varstva in socialna področja, čeprav pomoč ni vključena v okviru oblik, ki se zagotavljajo v življenjskem okolju. Nekatere storitve se izvajajo v obliki institucionalnega zdravstvenega varstva in kot oskrba na domu, ki jo opravljajo bližnji sorodniki. Sedanja organizacija dolgotrajne oskrbe uporabnikom ne zagotavlja v celoti kakovosti ter enakega in potrebnega dostopa do storitev.

5.2.2. Dostopnost

Razmere se izboljšujejo v zvezi z razpoložljivimi zmogljivostmi, vendar demografska gibanja niso ugodna ter sedanje razpoložljive zmogljivosti v sistemu zdravstvene in socialne varnosti ne zadovoljujejo dejanskih potreb. Čakalne dobe za prejem številnih storitev so še vedno sorazmerno dolge, geografsko pokritje je neenakomerno, prav tako primanjkuje zdravnikov in medicinskih sester. Opravljanje storitev oskrbe na domu je nezadostno in slabo razvito. Poleg tega lahko zaradi demografskih sprememb ter usklajevanja poklicnega in družinskega življenja vedno manj družin skrbi za starejše družinske člane doma.

5.2.3. Kakovost

Kakovost, pravice in dostop do dolgotrajne oskrbe se razlikujejo med posamezniki v institucionalnem varstvu in tistimi, za katere se opravlja oskrba na domu. Medtem ko so lahko prvi deležni sorazmerno primerljive dobre oskrbe, slednjim ni zagotovljena enaka kakovost. Pomanjkanje zmogljivosti v institucionalnem varstvu in premalo razvita oskrba na domu skupaj s pomanjkljivim usklajevanjem predstavljata glavne izzive zagotavljanja kakovosti.

5.2.4. Dolgoročna vzdržnost

Več kot polovica izdatkov socialnih storitev za dolgotrajno oskrbo je financiranih iz javnih virov, preostanek pa iz zasebnih sredstev, ki vključujejo dodatna plačila za nastanitev in hrano v domovih za ostarele ter drugih vrstah institucionalnega varstva. Pričakuje se, da bo osnutek

zakona o spremembi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zagotovil stabilnejše financiranje zdravstvenega varstva, oblikovanje programov in storitev zdravstvenega varstva ter njihovih cen v partnerstvu. Cilj zakona je tudi izboljšati plačevanje prispevkov in učinkovitejše upravljanje izdatkov zdravstvenega varstva. Sprejelo se bo tudi novo zavarovanje dolgotrajne oskrbe z namenom uvedbe osebnih dodatnih plačil in prostovoljnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

6. IZZIVI V PRIHODNOSTI

- Spodbujanje socialnega vključevanja mladih in vključevanja mladih na trg dela ter obravnavanje ovir za dostop do stanovanj.
- Izboljšanje upravljanja, zlasti z razširitvijo uporabe kvantificiranih ciljev, uvedbo ustreznih mehanizmov spremljanja za merjenje napredka in okrepitvijo sodelovanja z oddelki ESS.
- Sklenitev sporazuma o večjih spremembah pokojninskega sistema in izvedba teh sprememb, zato da se obravnavata dolgoročna finančna vzdržnost in zagotovitev primernih pokojnin ter da se bistveno povečajo prizadevanja za povečanje stopnje zaposlenosti starejših oseb.
- Dodatno izboljšanje dostopa do sistema zdravstvenega varstva, predvsem z dodatnim skrajšanjem čakalnih list in izboljšanjem dostopa do novih farmacevtskih izdelkov ob hkratnem izboljševanju učinkovitosti sistema.
- Vzpostavitev skladnega in bolje usklajenega sistema dolgotrajne oskrbe z zadostnimi zmogljivostmi, v katerem storitve opravlja usposobljeno osebje.

7. TABELA PRIMARNIH IN VSEBINSKIH KAZALNIKOV

1. Employment and growth															
Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**	Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)					Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)					
				15-64			15-24	55-64		15+			15-24		
				Total	Male	Female				Total	Male	Female			
2000	4,4	79,8	2000	62,8	67,2	58,4	31,2	22,7	2000	6,7	6,5	7	16,3		
2005	4,3	87,4	2005	66,0	70,4	61,3	34,1	30,7	2005	6,5	6,1	7	15,9		
2008f	4,0	89,3	2007	67,8	72,7	62,6	37,6	33,5	2007	4,9	4	5,9	10,1		
* Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU27=100); f: forecast															
2. Demography and health															
Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate (2007 instead of 2006)	WHO - OECD	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	EU-SILC	Unmet need for health care % of pop		
	Male	Female	Male	Female	Male	Female									
1995	70,8	78,5	13,6	17,6	n.a.	n.a.	5,5	1995	n.a.	n.a.	n.a.	-	-		
2000	72,2	79,9	14,2	18,7	n.a.	n.a.	4,9	2000	8,4	74,0	11,5	2005	0,3		
2006	74,5	82,0	15,8	20,0	57,6	61,0	3,1	2006**	8,5	72,4	12,4	2006	0,2		
s: Eurostat estimate; p: provisional *THE: Total Health Expenditures; ** 2005 instead of 2006															
3. Expenditure and sustainability															
Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits								Age-related projection of expenditure (AWG)							
Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability	EPC-AWG	(2008) Old age dependency ratio Eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004					
										Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care		
1995	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2004	23,0	24,2	11,0	6,4	0,9		
2000	24,2	45,2	30,7	4,3	9,2	1,6	9,0	2010	23,9	-0,2	0,1	0,3	0,2		
2006	22,8	45,4	32,1	3,0	8,6	2,5	8,5	2030	40,8	4,4	3,4	1,2	0,6		
* including administrative costs								2050	59,4	9,6	7,3	1,6	1,3		
4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)															
At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap				Income inequalities		Anchored at-risk of poverty				
SILC 2007	Total	Children 0-17	18-64	65+	Total	Children 0-17	18-64	65+	S80/S20	Total - fixed 2005 threshold					
Total	12	11	10	19	19	21	19	20	3,3	2005			12b		
Male	10	-	10	11	19	-	20	15	-	2006			11		
Female	13	-	10	25	20	-	19	20	-	2007			10		
People living in jobless households				Long Term unemployment rate				Early school-leavers							
Children	% of people aged 18-59*			% of people aged 15-64				% of people aged 18-24							
Total	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female			
2001	3,8	8,2	7,1	9,4	2000	4,1	4,1	4,2	2000	n.a.	n.a.	n.a.			
2004	3,8	7,5	7	8	2004	3,2	3,1	3,4	2004	4,2u	5,8u	2,6u			
2007	2,2	6,5	5,5	7,5	2007	2,2	1,8	2,7	2007	4,3u	5,7u	2,7u			
*: excluding students; i: change in methodology; b: break in series															
SILC 2007				SILC 2007				SILC 2007							
Relative income of 65+				Aggregate replacement ratio				Aggregate replacement ratio							
0,86				0,94				0,81			0,44			0,51	0,39
Change in theoretical replacement rates (2006-2046) - source ISG															
Change in TRR in percentage points (2006-2046)							Assumptions								
Net		Gross replacement rate					Coverage rate (%)		Contribution rates						
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions						
									Estimate of current (2002)		Assumption				
2	-4	-4	DB	/	-	100	/	24,35	/		-				
*(DB: Defined Benefits; NDC: Notional Defined Contributions; DC: Defined Contributions); ** (DB/DC)															