

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**DRUŽBENO-EKONOMSKI POLOŽAJ INVALIDOV V EVROPSKI  
UNIJI: PRIMERJALNA ANALIZA IZBRANIH DRŽAV**

Ljubljana, november 2019

MAŠA MUNIH

## IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Maša Munih, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Družbeno-ekonomski položaj invalidov v Evropski uniji: primerjalna analiza izbranih držav, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Nevenko Hrovatin,

### IZJAVLJAM,

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne \_\_\_\_\_

Podpis študentke: \_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>1 O INVALIDNOSTI .....</b>	<b>2</b>
1.1 Ekonomska izguba zaradi invalidnosti.....	5
1.2 Politika invalidnosti v EU .....	6
<b>2 INVALIDI V EU.....</b>	<b>8</b>
2.1 Razširjenost invalidnosti .....	8
2.2 Invalidi na trgu dela .....	10
2.3 Dostopnost okolja in mobilnost invalidov .....	14
2.4 Socialno varstvo invalidov .....	19
<b>3 GOSPODARSKE RAZMERE IN ŽIVLJENJSKI STANDARD .....</b>	<b>24</b>
<b>4 RAZISKAVA POLOŽAJA INVALIDOV V IZBRANIH DRŽAVAH.....</b>	<b>25</b>
4.1 Opredelitev raziskovalnega problema.....	25
4.2 Metodologija .....	27
4.3 Življenjski standard v državah Evropske unije .....	28
4.4 Analiza vpliva različnih dejavnikov na družbeno-ekonomski položaj invalidov ..	29
<b>5 PRIMERJALNA ANALIZA DRUŽBENO-EKONOMSKEGA POLOŽAJA INVALIDOV V IZBRANIH DRŽAVAH .....</b>	<b>37</b>
5.1 Gospodarske in družbene razmere v izbranih državah .....	37
5.2 Populacija invalidov v izbranih državah .....	39
5.3 Invalidi na trgu dela v izbranih državah.....	40
5.3.1 Švedska.....	41
5.3.2 Slovenija .....	43
5.3.3 Portugalska .....	44
5.3.4 Romunija.....	46
5.4 Dostopnost okolja in mobilnost invalidov v izbranih državah.....	47
5.4.1 Švedska.....	47
5.4.2 Slovenija .....	48
5.4.3 Portugalska .....	49
5.4.4 Romunija.....	50
5.5 Socialno varstvo v izbranih državah .....	51
5.5.1 Švedska.....	51

5.5.2 Slovenija.....	53
5.5.3 Portugalska .....	54
5.5.4 Romunija .....	55
<b>6 IZSLEDKI PRIMERJALNE ANALIZE.....</b>	<b>56</b>
6.1 Izbira držav in področij raziskovanja.....	56
6.2 Primerjava držav na izbranih področjih.....	58
6.3 Omejitve raziskave .....	61
<b>SKLEP.....</b>	<b>61</b>
<b>LITERATURA IN VIRI.....</b>	<b>63</b>
<b>PRILOGA .....</b>	<b>69</b>

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Opisne statistike izbranih spremenljivk .....	29
Tabela 2: Povezanost spremenljivk družbeno-ekonomskega položaja invalidov.....	31
Tabela 3: Rezultati regresijskega modela 2.....	33
Tabela 4: Rezultati regresijskega modela 3.....	34
Tabela 5: Rezultati regresijskega modela 4.....	36
Tabela 6: Gospodarske razmere v izbranih državah v letu 2015 .....	38
Tabela 7: Populacija invalidov v izbranih državah v letu 2015 .....	40
Tabela 8: Zaposleni invalidi v izbranih državah v letu 2015 .....	40
Tabela 9: Izdatki za socialno varstvo in invalidnost v izbranih državah v letu 2015 .....	51

## KAZALO SLIK

Slika 1: Delež invalidov v celotnem prebivalstvu posamezne države EU v letu 2015 .....	9
Slika 2: Delež zaposlenih invalidov in oseb brez invalidnosti v EU v letu 2015 .....	11
Slika 3: Indeks BDP/P v SKM v državah EU v letu 2015 .....	28

## KAZALO PRILOG

Priloga 1: Izbrani družbeno-ekonomski kazalci za izvedbo regresij.....	1
--	---

## SEZNAM KRATIC

ang. – angleško

**ADA** – (ang. Americans with Disabilities Act)

**BDP** – Bruto domači proizvod

**BDP/P v SKM** – Bruto domači proizvod na prebivalca v standardu kupne moči

**EU** – (ang. European Union); Evropska unija

**EUR** – evro

**ICF** – (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health); Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, invalidnosti in zdravja

**ILO** – (ang. International Labour Organization); Mednarodna organizacija dela

**LFS** – (ang. Labour Force Survey); Vprašalnik o delovni sili

**OECD** – (ang. Organization for Economic Cooperation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

**USD** – (ang. United States Dollar); Ameriški dolar

**ZDA** – Združene države Amerike

**ZZRZI** – Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov

**WHO** – (ang. World Health Organization); Svetovna zdravstvena organizacija



## UVOD

Invalidnost je eden od pomembnejših svetovnih problemov, ki zahteva in bo zahteval še večjo pozornost vseh deležnikov. Po podatkih Evropske komisije (2010b) je v Evropski uniji (v nadaljevanju EU) po zadnjih ocenah približno 80 milijonov invalidnih oseb, spet po drugih ocenah se število giblje okoli 110 milijonov (Grammenos, 2018). Zaradi raznih telesnih ali duševnih omejitev spadajo invalidi med najbolj ranljive skupine ljudi v družbi; težje pridobijo in ohranijo zaposlitev, so bolj izpostavljeni tveganju revščine, zaradi nedostopnega okolja pa jim nekatere dobrine in storitve pogosto niso na voljo ali pa imajo do njih otežen dostop. Tako številni ostanejo brezposelni, njihov edini vir prihodka pa predstavljajo socialna nadomestila. Ta situacija je neugodna tudi za gospodarstvo, saj je manj zaposlenih ljudi, kar pomeni manj davkoplačevalcev, in pa velik strošek proračuna, saj se strošek invalidnosti pokriva iz bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) držav članic in proračuna EU. EU, ki danes združuje 28 držav članic, v zadnjih dveh desetletjih aktivno vzpostavlja ukrepe in programe, ki bi invalide učinkoviteje vključevali v družbo in na trg dela. Kljub prizadevanjem je kakovost življenja invalidnih oseb v EU še vedno daleč od zelene, saj so med državami članicami vidne velike razlike na ključnih življenjskih področjih.

V magistrskem delu prikažem družbeno-ekonomski položaj invalidov v EU. Zaradi različnih ekonomskih in socialnih razmer v državah članicah EU sklepam, da imajo države tudi različen življenjski standard, zaradi katerega se družbeno-ekonomski položaj invalidov med državami razlikuje. Osredotočim se na tri ključna življenjska področja; zaposlovanje, dostopnost okolja in socialno varstvo. Izberem štiri države EU, kjer želim prikazati razlike v družbeno-ekonomskem položaju invalidov; Švedsko kot razvito, gospodarsko uspešno in predvsem socialno državo, Romunijo zaradi slabših gospodarskih in družbenih razmer, Slovenijo zaradi statusa matične države in Portugalsko zaradi določenih ekonomskih vzporednic s Slovenijo.

Namen magistrskega dela je raziskati družbeno-ekonomski položaj invalidov v štirih državah članicah EU z osredotočenjem na področje zaposlovanja, dostopnosti okolja in socialnega varstva. Namen je prikazati tudi razlike v družbeno-ekonomskem položaju invalidov v štirih državah članicah ter ugotoviti glavne razloge za te razlike.

Cilj magistrskega dela je analizirati področje zaposlovanja, dostopnosti okolja in socialnega varstva v štirih izbranih državah članicah EU ter ugotoviti, v katerih državah invalidi beležijo boljši družbeno-ekonomski položaj in kateri dejavniki k temu pripomorejo.

Raziskovalno vprašanje, kateremu sledim tekom magistrskega dela je, ali so med izbranimi državami vidne razlike v družbeno-ekonomskem položaju invalidov. Izhodišče moje raziskave je, da so družbene in gospodarske razmere v državah različne, zaradi česar se

razlikuje tudi življenjski standard v državah in posledično položaj invalidov. Podrobneje želim odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri so ključni dejavniki, ki onemogočajo participacijo invalidnih oseb v družbi?
- Ali med izbranimi državami članicami obstajajo razlike na področju zaposlovanja, socialnega varstva in dostopnosti okolja?
- Ali je družbeno-ekonomski položaj invalidnih oseb odvisen od življenjskega standarda države?

Magistrsko delo sestavljata teoretični in empirični del. V teoretičnem delu se oprem na znanstveno in strokovno literaturo ter prikažem problematiko invalidnosti, položaj invalidov na trgu dela, dostopnosti okolja in razvitost infrastrukture ter področje socialnega varstva v EU. V prvem poglavju opredelim modele in definicije invalidnosti ter ekonomsko izgubo zaradi invalidnosti, nato pa še glavne temelje politike invalidnosti v EU. V drugem poglavju prikažem populacijo invalidnih oseb, značilnosti trga dela, dostopnost okolja in mobilnost invalidov ter socialno varstvo invalidov. V tretjem poglavju prikažem še povezavo med gospodarskimi razmerami in invalidnostjo.

V empiričnem delu najprej ugotavljam, ali se življenjski standard med državami EU razlikuje. Nato s pomočjo linearne regresijske funkcije ocenim vpliv različnih kazalnikov, ki jih izberem za prikaz družbeno-ekonomskega položaja. Magistrsko delo zaključim s primerjalno analizo družbeno-ekonomskega položaja invalidov na Švedskem, v Sloveniji, Romuniji in na Portugalskem. Najprej primerjam populacijo invalidov v izbranih državah. Nato prikažem delež zaposlenih invalidov in značilnosti trga dela. Nadalje prikažem, kako je urejeno področje dostopnosti okolja, ali obstajajo predpisi in uredbe za prilagoditev vozil in kako napredna je država na področju razvitosti infrastrukture. Nazadnje se osredotočim še na področje socialnega varstva, kjer se poglobim v različne vrste državne pomoči, namenjene invalidom.

## **1 O INVALIDNOSTI**

Z invalidnostjo in njenimi posledicami se sooča cel svet; pereč problem je predvsem zaradi svoje razširjenosti, saj naj bi po oceni Svetovne zdravstvene organizacije v letu 1970 prizadela približno 10 %, dandanes pa že 15–19 % svetovnega prebivalstva. Marsikdo na invalidnost pomisli samo, ko vidi osebo na invalidskem vozičku, slepo ali gluho osebo ali osebo z vidno telesno okvaro. Tako prepričanje je zmotno, saj je oblik invalidnosti veliko več; invalid je tudi otrok, rojen s cerebralno paralizo, starejši ljudje z artritidom, bivši vojaki, ki so na terenu izgubili nogo/roko, oseba z motnjo v duševnem razvoju, s kroničnim zdravstvenim stanjem, komunikacijskimi in mentalnimi težavami ipd. Tako se na svetu več kot milijarda invalidnih oseb vsakodnevno sooča s številnimi ovirami, ki jim onemogočajo dostojno življenje in enakovredno participacijo v družbi (World Health Organization, 2011).



Po zadnjih podatkih se v EU z invalidnostjo sooča kar 16 % evropskega prebivalstva oziroma 80 milijonov ljudi. Invalidnost je pogostejša v državah z nizkim dohodkom, med revnejšimi prebivalci, ženskami in starejšimi osebami. Število invalidnih ljudi se bo v prihodnosti še povečalo zaradi staranja prebivalstva in porasta kroničnih bolezni, kot so diabetes, bolezni srca in ožilja ter duševne bolezni (Evropska komisija, 2010b; World Health Organization, 2011). Invalidnost tako ni več stvar posameznika, temveč celotne družbe, in bo v prihodnosti zahtevala še bolj poglobljen pristop, predvsem zaradi trenda staranja prebivalstva (Evropska komisija, 2010b).

V preteklosti je bila invalidna oseba večinoma obravnavana z zdravstvenega (medicinskega) vidika kot oseba, nezmožna dela ali vsakodnevnih aktivnosti. Ta model se osredotoča predvsem na zdravstveno stanje posameznika in njegovo oviro/motnjo (fizično, senzorično, intelektualno, mentalno) ter zanemarija povezave med oviro posameznika in dejavniki, ki onemogočajo njegovo polno vključevanje v družbo. Kot kritika medicinskega modela se je skozi leta z napredovanjem družbe in politike razvil socialni vidik, ki v ospredje postavlja ne le človekovo zdravstveno stanje, temveč se osredotoča tudi na ovire (fizične, socialne), ki jih ustvarja družba in preprečujejo njihovo polno participacijo v družbi (European Union, 2010). Čeprav moderna gospodarstva v prakso vse bolj vpeljujejo politike, temelječe na socialnem vidiku, se medicinski model še vedno uporablja v zakonodaji mnogih držav članic (Tabaj & Vidmar, 2009). Ker ta model ne predvideva povezav med človekovo funkcionalnostjo in faktorjev, ki omejujejo njegovo dejavnost, ne more zagotoviti podatkov, potrebnih za učinkovit odziv na izzive (European Union, 2010).

Kot odgovor na problematiko invalidnosti se je razvil še biopsihološki (biofizični) model, ki je nekakšen kompromis med medicinskim in socialnim vidikom, saj združuje biološke, psihološke in socialne dejavnike (World Health Organization, 2011). Ne osredotoča se samo na invalidne ljudi kot manjšino, temveč zajema širšo družbo in sistematično raziskuje razmerja med medicinskimi, psihološkimi in socialnimi elementi delovanja (European Union, 2010). Model upošteva biološke dejavnike (dele telesa – organe, ude in druge telesne komponente ter njihovo okvaro) (Mont, 2007), dejansko aktivnost, ki jo je oseba kljub okvari zmožna izvajati, in vključenost v družbeno okolje. Psihološki dejavniki so pri tem modelu čustva, vedenje in misli, s katerimi se invalidna oseba sooča pri vsakodnevnih aktivnostih, socialni pa njegova (omejena) participacija v družbi. Vedno več držav po svetu pri raziskavah invalidnosti in oblikovanju politike invalidnosti upošteva biopsihološki model (World Health Organization, 2011).

Pojem invalidnost je precej kompleksen, ker enotna definicija invalidnosti zaenkrat še ne obstaja (European Union, 2010; Mont, 2007). Običajno je invalidnost povezana z določeno funkcionalno nezmožnostjo osebe; invalid je oseba, ki ima funkcionalno težavo, kot je na primer hoja, okvara vida, sluha ipd. (Molden & Tøssebro, 2012). Mont (2007) izpostavi, da se situacija in prag, pri katerem se funkcionalna omejitev posameznika šteje kot invalidnost, med definicijami razlikuje glede na namen merjenja. V praksi pogosto zasledimo različne opredelitve invalidnosti, kar vpliva na zasnovo raziskav in njihovo

interpretacijo. Da v praksi obstaja več opredelitev invalida in pojma invalidnosti, je razlog v zgodovinskem, kulturnem, socialnem in političnem razvoju držav, tako razumevanje koncepta invalidnosti kot izvajanje zakonov in politik, ki se nanašajo na invalidnost, pa je stvar posamezne države in njene sprejete zakonodaje. Zaradi različnih definicij invalidnosti v nacionalnih zakonodajah se tako ocenjeno število invalidov znotraj držav zelo razlikuje (Molden & Tøssebro, 2012; Sainsbury, Lawson & Priestley, 2017).

Temelj oblikovanja politike invalidnosti v EU predstavlja Konvencija ZN o pravicah invalidov, ki invalida opredeli kot tistega, ki ima »dolgotrajno fizično, intelektualno ali senzorično okvaro, ki v povezavi z različnimi ovirami lahko ovira njegovo polno in učinkovito participacijo v družbi na vsakodnevni ravni« (Uršič in drugi, 2015, str. 10). Invalidne osebe torej ne dojema le kot osebe z zdravstveno omejitvijo, temveč upošteva tudi družbene ovire, s katerimi se oseba sooča.

Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, invalidnosti in zdravja (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), ki je razvila biofizični model, težave s človeškim delovanjem razdeli na tri kategorije: okvare (težave s telesno funkcijo, na primer paraliza), omejitev dejavnosti (na primer hoja) in omejitev sodelovanja (težave s sodelovanjem na katerem koli področju, na primer prevoz, zaposlovanje). Upošteva torej ne le zdravstveno stanje invalida (oviro, omejitev), temveč tudi zasnovo okolja, ki vpliva na participacijo invalida v družbi, ter vedenje in miselne vzorce invalida (World Health Organisation, 2011).

Raziskava EU o delovni sili (ang. Labour Force Survey – LFS) iz leta 2011 upošteva dve definiciji invalidnosti; prva invalide opredeli kot tiste, ki imajo težavo pri osnovnih aktivnosti (na primer vid, sluh, hoja, komunikacija), druga pa jih opredeli kot osebe, ki so zaradi dolgotrajnega zdravstvenega problema in/ali težav pri osnovnih dejavnostih pri svojem delu tudi omejene (Eurostat, 2018).

Zaradi različnih metod in definicij invalidnosti je težko natančno oceniti število invalidnih oseb. Med različnimi kulturami se bodo tudi odgovori spraševancev (ali imajo oviro/okvaro) pri samo-opredeljevanju zelo razlikovali (European Commission, 2018). V določenih kulturah je invalidnost znak šibkosti, nemoči in pomilovanja, zato nekatere osebe invalidnost skrivajo ali zanikajo, spet drugi si nočejo priznati, da imajo težavo ali omejitev, predvsem pri psiholoških motnjah. Starejši ljudje lahko kljub svoji starosti odgovorijo, da invalidnosti nimajo, saj se funkcionalno počutijo primerno svojih letom, medtem ko imajo lahko kljub temu težave pri osnovnih življenjskih aktivnostih. Za ustvarjanje vzpodbudnega okolja in polne participacije vseh oseb v družbi, predvsem rizičnih skupin, kot so invalidi, je tako bolj kot samo z zdravstvenega vidika oziroma dejanske diagnoze treba invalidnost gledati z vidika aktivnosti in udeležbe invalidov v družbi (Mont, 2007).

## 1.1 Ekonomska izguba zaradi invalidnosti

Izključitev invalidov s trga dela povzroča stroške za gospodarstvo in socialni primanjkljaj za invalidne osebe; zmanjšuje učinkovitost ponudbe delovne sile, hkrati pa povečuje javne izdatke za socialne transferje. Njihova vključitev naj bi prinesla številne ekonomske prednosti, saj prispevajo k uspešnosti podjetij, so bolj samozadostni zaradi lastnih prihodkov od zaposlitve, plačujejo davčne obveznosti, prispevajo k BDP in druge (Fuchs, 2014).

Socialni in ekonomski stroški so torej zelo pomembni, a jih je težko količinsko opredeliti, saj vključujejo posredne (izgubo produktivnosti zaradi nezadostnega vlaganja v izobraževanje invalidnih otrok, odsotnost na trgu dela, izgubo davkov, socialno izolacijo ipd.) in neposredne stroške (dodatne stroške invalidnosti, ki jih imajo invalidi in njihove družine, da dosežejo razumen standard, invalidski prejemki). Mnogi od teh stroškov nastanejo zaradi nedostopnosti okolja in jih je mogoče zmanjšati. Poznavanje stroškov je pomembno ne le za utemeljitev naložb, temveč tudi za oblikovanje javnih programov (World Health Organization, 2011).

Skoraj vse države imajo vzpostavljen javni sistem za pomoč invalidom, ki vključuje rehabilitacijo, zdravstveno zavarovanje, poklicno izobraževanje in usposabljanje, dajatve za invalidnost, socialno pomoč, pomožne naprave, subvencioniran prevoz in druge. Stroški teh programov zavzamejo velik del državnih izdatkov, saj se financirajo iz BDP. Strošek invalidnosti v državah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. Organization for Economic Cooperation and Development; v nadaljevanju OECD) znaša približno 10 % javnih socialnih izdatkov (v nekaterih državah celo 25 %), države pa v povprečju dajatvam za nezmožnost dela namenijo 2,4 % BDP (Fuchs, 2014; World Health Organization, 2011).

Metts (2000) ocenjuje, da naj bi na letni ravni države z višjim dohodkom zaradi invalidnosti izgubile med 891 milijard in 1,26 bilijona ameriških dolarjev (ang. United States Dollar, v nadaljevanju USD), države s srednjim dohodkom med 338 in 480 milijard USD ter države z nižjim dohodkom med 135 in 192 milijard USD. Svetovni BDP, ki se letno izgubi zaradi invalidnosti, naj bi znašal med 1,37–1,94 bilijonov USD. Banks in Polack (2014), ki sta proučevala ekonomsko izgubo zaradi invalidnosti v državah s srednjim in nizkim dohodkom, pravita, da naj bi na primer v Bangladešu izključitev invalidov s trga dela povzročila izgubo v višini 891 milijonov USD na leto, v Maroku pa 1,1 milijarde USD oz. 2 % BDP. Zaradi nižje produktivnosti invalidov naj bi po oceni Mettsa (2000) ekonomska izguba na letni ravni med državami z nizkim in srednjim dohodkom znašala 473–672 milijarde USD. Po oceni Mednarodne organizacije dela (ILO) naj bi v državah s srednjim in nizkim dohodkom izključitev invalidov s trga dela povzročila ekonomsko izgubo v višini 3–7 % BDP (Devandas Aguilar, 2017). Enako izgubo BDP je predvidel tudi Backup (2009), ki je proučeval ekonomsko izgubo kot posledico invalidnosti v nižje in srednje razvitih azijskih in afriških državah.

V zadnjih dveh desetletjih sta se povečali tako javna poraba kot število prejemnikov nadomestil, kar je povzročilo fiskalne skrbi glede dostopnosti in trajnosti programov ter spodbudilo nekatere države, da sprejmejo ukrepe za zmanjšanje odvisnosti od nadomestil za invalidnost in spodbujajo vključevanje invalidov na trg dela (World Health Organization, 2011). Burkhauser, Daly, McVicar in Wilkins (2014) pravijo, da so strukturne spremembe gospodarstva, vključno z naraščanjem brezposelnosti, povzročile večjo privlačnost invalidnosti kot sredstva za dolgoročno dohodkovno podporo. Za učinkovito in transparentno porabo državnih sredstev je torej pomembno oblikovati politiko invalidnosti tako, da se na trg dela vključi čim večje število invalidov.

## **1.2 Politika invalidnosti v EU**

Že v Listini EU o temeljnih pravicah in Pogodbi o delovanju EU je prepovedana kakršna koli oblika diskriminacije invalidov (Uršič in drugi, 2015), a se ti še vedno soočajo z ovirami na vseh ključnih življenjskih področjih. EU si preko različnih ukrepov prizadeva za izboljšanje položaja invalidov v vseh državah članicah. Te so sicer pri oblikovanju politike invalidnosti samostojne, na letni ravni pa poročajo Evropski komisiji o nacionalnih pobudah. EU bdi nad napredkom držav, dopolnjuje ukrepe tam, kjer je to treba, hkrati pa nudi nadaljnjo podporo pri razvoju politik v obliki finančnih sredstev, predvsem preko regionalne politike, ki ji je namenjen največji delež proračuna EU (Tabaj & Vidmar, 2009).

Večina držav, tako razvite države kot države v razvoju, ima oblikovano invalidsko politiko za odpravo diskriminacije in izenačevanje možnosti za invalide. Države z visokim dohodkom (predvsem v Evropi in Severni Ameriki) imajo zaradi daljše zgodovine obravnave vprašanj invalidnosti ter večjega bogastva in razpoložljivosti virov običajno tudi bolj napredne in boljše financirane institucionalne pristope k invalidnosti kot države s srednjim in nizkim dohodkom, čeprav imajo tudi te kljub omejenim možnostim razvito nacionalno politiko invalidnosti (Metts, 2000). Pri oblikovanju politike invalidnosti je ne smemo obravnavati kot statičen koncept, temveč kot dinamičen pojav (European Union, 2010).

Temelj aktivnosti EU na področju invalidnosti je primarna zakonodaja EU, ki združuje ustanovitvene in pristopne pogodbe. Omeniti velja Listino EU o temeljnih pravicah, ki prepoveduje kakršno koli diskriminacijo invalidov in invalidom priznava vse pravice do polne vključenosti v družbi, ter pogodbo o delovanju EU, ki predpisuje sprejetje potrebne zakonodaje v boju proti diskriminaciji na podlagi invalidnosti. Sekundarna zakonodaja z uredbami, odločbami in priporočili dopolnjuje pravni red, vzpostavljen s primarno zakonodajo. Medtem ko so uredbe zavezujoče in se morajo uporabljati v vseh državah članicah, direktive predpisujejo le cilj, medtem ko države same izberejo način in metode doseganja teh ciljev. Zakonodaja se dopolnjuje tudi s strateškimi oziroma razvojnimi dokumenti, kamor spada tudi Evropska strategija o invalidnosti za obdobje 2010–2020 (Uršič in drugi, 2015).

Evropska strategija o invalidnosti 2010–2020, sprejeta novembra 2010, predstavlja desetletno strategijo za pametno, trajnostno in vključujočo rast za ustvarjanje Evrope brez ovir. Cilj strategije je krepitev vloge invalidnih oseb v družbi in njihovo celovito sodelovanje v evropskem gospodarstvu, zato opredeljuje osem glavnih področij, kjer so za odstranitev ovir potrebni ukrepi na ravni EU: dostopnost, participacija, enakopravnost, zaposlovanje, izobraževanje in usposabljanje, socialna zaščita, zdravstvo in zunanji ukrepi. Izbira področij je povezana s splošnim ciljem Strategije, Konvencijo ZN o pravicah invalidov, povezanimi dokumenti institucij EU in Sveta Evrope ter akcijskim načrtom EU za invalide 2003–2010 (Evropska komisija, 2010a) ter predstavlja napredno strategijo, ki upošteva ukrepe Konvencije ZN o pravicah invalidov, hkrati pa jih nadgrajuje v skladu z bodočim delovanjem.

Konvencijo ZN o pravicah invalidov je EU podpisala 30. marca 2007. V veljavo je stopila maja 2008, od takrat naprej pa so jo podpisale vse države članice EU in še 120 držav drugod po svetu. Po zaključku ratifikacije je EU postala prva mednarodna organizacija, ki je postala uradna podpisnica Konvencije (European Commission, 2011a). Konvencija je prva mednarodna pogodba o človekovih pravicah v 21. stoletju in je pomembno vplivala na zaznavanje invalidnosti v družbi. Namesto predsodkov do invalidov, z njimi povezanimi stroški, zdravljenjem in socialno zaščito poudarja njihove (enake) pravice in jih priznava kot enakovredne člane družbe. Opredeljuje področja, ki jih je treba prilagoditi za njihovo polno vključenost v družbi, in vsaki osebi s katero koli vrsto invalidnosti priznava vse človekove pravice. Nalaga, da morajo vsi invalidi uživati enake človekove pravice in temeljne svoboščine, vključno s pravico do sodelovanja v civilnem, političnem, gospodarskem, kulturnem in socialnem okolju v družbi. Države pogodbenice so se tako s sklenitvijo Konvencije zavezale, da bodo sledile jasno zapisanim načelom in zagotovile polno uresničevanje človekovih pravic za vse invalide, sprejele ustrezno zakonodajo in ukrepe za odpravo predpisov, zakonov in ravnanj, ki so diskriminacijski do invalidov (Uršič in drugi, 2015).

Na področju kakovosti življenja invalidov je pomembna tudi regionalna politika, saj so se po največji širitvi EU v letu 2004 razlike v družbenem in ekonomskem položaju med regijami še povečale. Cilj Evropske regionalne politike je (so)financiranje projektov v manj razvitih državah za dvig ekonomskega razvoja na raven razvitih držav na področjih zaposlovanja, socialnega vključevanja, transporta, dostopnosti in drugih. Najdejavnejša sta Evropski socialni sklad, ki podpira vključevanje invalidov v družbo s sofinanciranjem projektov, ki povečujejo zaposljivost ljudi, doseganje enakosti in odpravo diskriminacije, ter Evropski sklad za regionalni razvoj, ki financira projekte predvsem na področju urbanizacije ter ustvarjanja učinkovitega okolja in infrastrukture (Evropska komisija, 2010b). Regionalni politiki je v obdobju 2014–2020 namenjenih kar 351 milijard evrov (v nadaljevanju EUR), s financiranjem projektov v državah članicah pa naj bi se povečal BDP; države, ki so se EU pridružile po letu 2004, naj bi do leta 2025 beležile dvig BDP za približno 2,4 % na leto (Evropska komisija, 2014).

## 2 INVALIDI V EU

### 2.1 Razširjenost invalidnosti

Poglavje 2.1 večinoma temelji na poročilu European Comparative Data on Persons with disabilities (Grammenos, 2018), ki povzema rezultate Evropskega vprašalnika o življenjskih pogojih iz leta 2015. Podatke moramo upoštevati z določeno mero kritičnosti zaradi naslednjih omejitev:

- vprašalnik obravnava samo osebe, starejše od 16 let, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. Število invalidnih oseb, ki so mlajše od 16 let in/ali živijo v institucijah, je v poročilu zgolj ocenjeno in lahko vpliva na reprezentativnost rezultatov;
- vzorec in število anketirancev se med državami članicami razlikuje;
- vprašalnik temelji na samooceni invalidnosti anketirancev, ki ocenijo, v kolikšni meri so bili v zadnjih 6 mesecih omejeni pri dejavnostih, kjer osebe brez invalidnosti teh težav nimajo. Pri tem določijo stopnjo svoje invalidnosti: omejen, močno omejen in neomejen. Povsem verjetno je, da med anketiranci prihaja do napačne interpretacije svoje invalidnosti ali pa celo do zanikanja, zaradi česar so rezultati zgolj ocena in ne dejansko stanje.

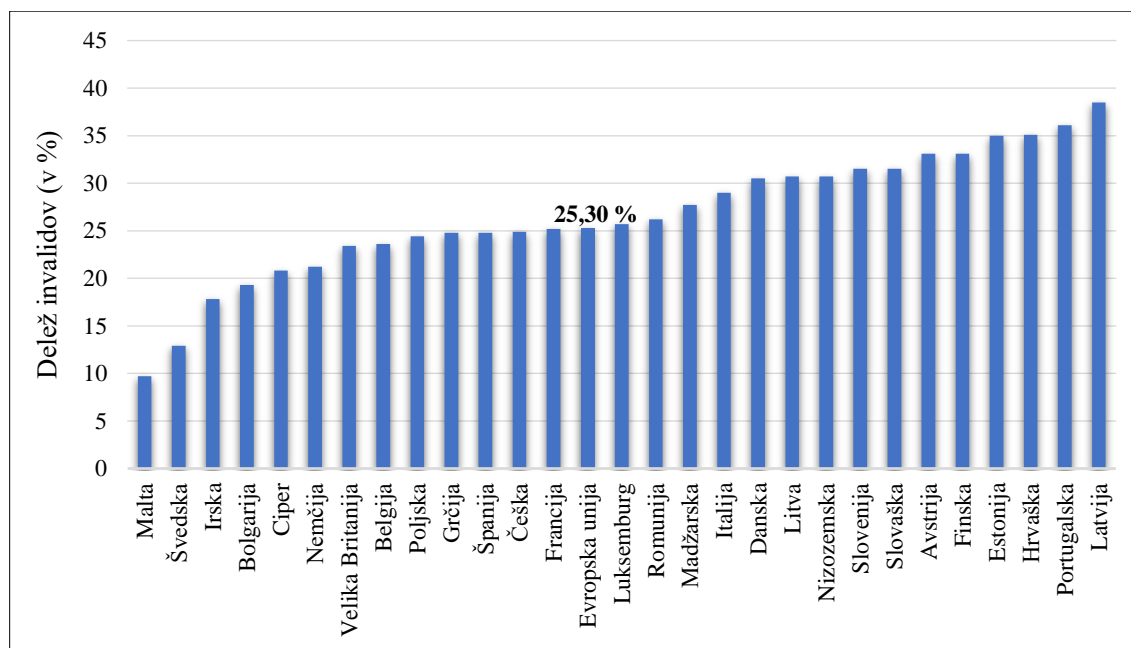
V letu 2015 je približno 25,3 % evropskega prebivalstva poročalo o neki vrsti invalidnosti oziroma omejitvi. Če primerjamo to stopnjo s stopnjami invalidnosti zadnjih desetih let, opazimo rahel trend naraščanja, predvsem zaradi staranja prebivalstva in nekaterih nihanj zaradi družbeno-ekonomskih dejavnikov. Naraščajoče število invalidnih oseb je lahko tudi odraz gospodarske krize v letu 2009, ki je verjetno negativno vplivala na posameznikovo zdravstveno stanje, saj neposredno vpliva na počutje (stres), dohodek, izobraževanje in življenjski slog (Grammenos, 2018).

Prevladuje zmerna oziroma blaga oblika invalidnosti, s katero se je soočalo približno 17,3 % oseb (70,5 milijonov ljudi), 8,0 % oseb (32,8 milijonov ljudi) pa je poročalo o težji obliki invalidnosti. Rahel vzpon predvsem zmerne invalidnosti v zadnjih letih lahko delno pripišemo trendu staranja prebivalstva, saj se z naraščanjem starosti povečuje tudi tveganje za nastanek invalidnosti ali pa poslabšanje obstoječe. Z vidika spola je invalidnost pogostejša pri ženskah (27,5 %) kot pri moških (23,0 %), predvsem zaradi starostne sestave, saj ženske v povprečju doživijo višjo starostno dobo kot moški. Delež invalidov v celotnem prebivalstvu se povečuje z doseženo starostjo, zato je tudi delež invalidov med osebami, starejšimi od 65 let (50,1 %), višji od deleža invalidov v starostni skupini 16–64 let (17,8 %) (Grammenos, 2018).

Čeprav na ravni EU ni zaznanih večjih sprememb v deležu invalidov v celotnem prebivalstvu skozi leta, pa so te razlike vidnejše v državah članicah, tako v deležu invalidnega prebivalstva kot v značilnostih invalidov. Slika 1 prikazuje delež invalidov v celotnem prebivalstvu posamezne države članice EU v isti starostni skupini (nad 16 let) v

letu 2015. Najvišji delež invalidov v celotnem prebivalstvu beležijo Latvija, Portugalska, Hrvaška in Estonija, kjer je delež invalidov v celotnem prebivalstvu višji od 35 %, medtem ko je delež invalidov najnižji na Švedskem, Irskem, v Bolgariji in na Malti (pod 20 %). Razlika med Latvijo, ki beleži najvišji delež invalidov, in Malto, ki beleži najnižji delež invalidov, znaša kar 28,8 odstotnih točk.

*Slika 1: Delež invalidov v celotnem prebivalstvu posamezne države EU v letu 2015*



*Prirejeno po Grammenos (2018).*

Stopnje, o katerih države poročajo, so sicer bolj »surove« kot zanesljive, predvsem zaradi različnega pojmovanja in opredelitve invalidnosti ter upravičencev v nacionalnih zakonodajah (Grammenos, 2018).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2011) države z nizkim in srednjim dohodkom beležijo nižji delež invalidov kot države z višjim dohodkom. Razlog najverjetneje leži v tem, da se v razvitih državah vprašalniki za merjenje invalidnosti osredotočajo tako na invalide s prizadetostjo v določeni telesni strukturi kot tudi na informacije o izvoru poškodbe, zagotovljeni pomoči, dostopnosti storitev, neizpoljenih potrebah ipd., medtem ko države v razvoju zbirajo podatke le s popisom ozkega nabora okvar. Z razširjenostjo invalidnosti naj bi se soočale predvsem države srednje in vzhodne Evrope, saj so utrpeli poslabšanje življenjskega standarda pri zasledovanju uspešnosti zahodnih držav in prehodu v tržno gospodarstvo (Mussida & Sciulli, 2016). Različne študije primerov v številnih državah kažejo, da so višje stopnje invalidnosti povezane z nepismenostjo prebivalstva, slabim prehranjevanjem, višjo brezposelnostjo in nižjo poklicno mobilnostjo (Elwan, 1999).

## 2.2 Invalidi na trgu dela

Invalidi spadajo med najbolj ranljive skupine v družbi, ki so s trga dela zaradi različnih dejavnikov pogosto izključene. Tisti, ki so zaposleni, bolj verjetno delajo krajši delovni čas in, razen če niso visoko izobraženi, dobivajo precej nižje dohodke kot osebe brez invalidnosti (World Health Organization, 2011). Stopnja zaposlenosti je med invalidi v povprečju za 40 odstotkov nižja od splošne stopnje zaposlenosti, brezposelnost pa dvakrat višja od skupne ravni, kar vodi v visoke socialne stroške (OECD, 2010). Vključitev invalidov na trg dela prinese številne osebne in gospodarske koristi; zaposlitev povečuje posameznikovo blaginjo in prispeva k gospodarskemu rezultatu države, poleg dohodka pa tudi spodbuja človekovo dostojanstvo, socialno vključenost in razvoj talentov ter sposobnosti. Zaposlovanje invalidov lahko vodi do večje gospodarske samozadostnosti, saj je manj posameznikov odvisnih od socialne pomoči, kar znižuje stroške socialnih programov in povečuje potencialno davčno osnovo države. Banks in Polack (2014) izpostavita, da lahko trajna izključitev invalidov iz družbe in trga dela dolgoročno prinese višje stroške od tistih, ki jih je treba nameniti za oblikovanje politike vključevanja.

S podpisom Konvencije ZN o pravicah invalidov so se države podpisnice zavezale, da bodo spoštovale predpise in odstranile ovire na področjih, ki jih Konvencija predpisuje; 27. člen tako jasno določa, da invalidi pri zaposlovanju ne smejo biti diskriminirani zaradi invalidnosti. V Kodeksu o ravnanju z invalidnostjo na delovnem mestu, ki ga je leta 2002 pripravila Mednarodna organizacija dela (ILO), je invalid opredeljen kot »posameznik, čigar možnosti, da najde, si ohrani, se vrne in napreduje v ustrezni zaposlitvi, so zaradi pravilno ugotovljene telesne, senzorne, umske ali duševne invalidnosti znatno zmanjšane« (Tabaj & Vidmar, 2009, str. 26).

Zaradi omejenih možnosti pri zaposlovanju je tako delež brezposelnih invalidov v vseh državah članicah EU znatno višji kot med osebami brez invalidnosti. Po nekaterih ocenah invalidi predstavljajo kar šestino delovno sposobnega evropskega prebivalstva (Tabaj & Vidmar, 2009), a je delež aktivnih invalidov v letu 2015 na ravni EU znašal le 59,5 %, medtem ko je delež aktivnih oseb brez invalidnosti znašal 81,9 % (Grammenos, 2018). Razlika tako znaša 22,4 odstotne točke in predstavlja velik problem; nižji kot je delež aktivnih invalidov na trgu dela, manjša možnost je, da pridobijo delo in se delež brezposelnih zniža.

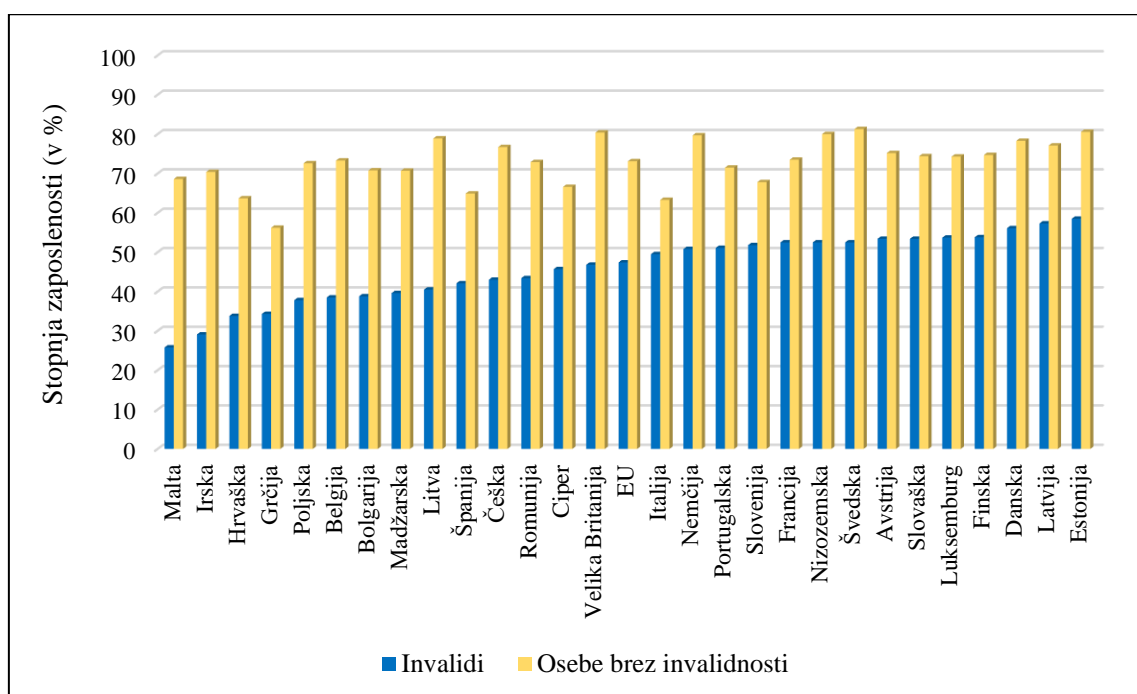
Najvišji delež aktivnih invalidov beležijo Portugalska, Finska in Latvija (nad 60 %), precej nižji pa Malta (31,3 %), Irska (40,5 %) in Romunija (45,3 %). Od leta 2010 se delež aktivnih invalidov na ravni EU sicer povečuje v vseh starostnih skupinah, kar je posledica učinkovite politike invalidnosti (predvsem politike zaposlovanja) v vseh državah članicah EU, a je brezposelnost med invalidi še vedno dvakrat višja kot med osebami brez invalidnosti (Grammenos, 2018). V prihodnosti se bo zaradi staranja prebivalstva število invalidov še povečalo, zato je ključnega pomena na trg dela vključiti čim več delovno sposobnih invalidov.



V letu 2015 je stopnja brezposelnosti med invalidi na ravni EU znašala 20,2 %, med osebami brez invalidnosti pa 10,8 %. Največ brezposelnih invalidov beležijo Hrvaška, Španija in Grčija, kjer delež brezposelnih invalidov presega 30 %, najmanj pa Romunija, Nizozemska in Velika Britanija, kjer je delež brezposelnih invalidov nižji od 12 % (Grammenos, 2018). Stopnja brezposelnosti ni najboljši kazalnik položaja invalidov na trgu dela; ker invalidi pogosto ne iščejo zaposlitve in se zato ne štejejo kot del delovne sile, stopnja brezposelnosti morda ne pokaže celotne slike njihovega položaja na trgu. Namesto tega je boljši kazalnik stopnja zaposlenosti, katere ocena temelji na invalidih, ki dejansko aktivno sodelujejo na trgu (World Health Organization, 2011).

Slika 2 prikazuje delež zaposlenih invalidov in oseb brez invalidnosti v celotnem prebivalstvu posamezne države članice EU v letu 2015.

*Slika 2: Delež zaposlenih invalidov in oseb brez invalidnosti v EU v letu 2015*



*Prirejeno po Grammenos (2018).*

V letu 2015 je na ravni EU stopnja zaposlenosti invalidov znašala 47,4 %, med osebami brez invalidnosti pa 73,1 %. V večini držav EU je delež zaposlenih oseb brez invalidnosti višji od 70 %, a je v kar petnajstih državah delež zaposlenih invalidov nižji od 50 %. Najvišji delež zaposlenih invalidov beležijo Danska (56,1 %), Latvija (57,3 %) in Estonija (58,5 %), medtem ko najnižji delež beležijo Malta (25,8 %), Irska (29,1 %) in Hrvaška (33,8 %). Na ravni EU razlika med stopnjo zaposlenih invalidov in stopnjo zaposlenih oseb brez invalidnosti znaša 25,7 odstotne točke, med državami pa se razlika giblje od 14 odstotnih točk na Malti do 43 odstotnih točk v Italiji. Zaposlenost je najvišja v starostni skupini 34–44 let, najnižja pa, deloma zaradi nižje izobrazbe in nižje stopnje aktivnosti, v starostni skupini 16–24 let (Grammenos, 2018).

Gledano z geografskega vidika imajo višji delež zaposlenih invalidov (kot tudi oseb brez invalidnosti) predvsem države severne Evrope, medtem ko je ta delež v državah centralne in jugovzhodne Evrope precej nižji. Razlike v deležu zaposlenih invalidov med državami članicami so posledica različnih definicij invalidnosti, zakonodaje na področju politike invalidnosti in številnih družbeno-ekonomskih dejavnikov. Invalidnost naj bi bila problem predvsem v državah srednje in vzhodne Evrope, kjer se znatno število prebivalstva sooča s slabšim zdravstvenim stanjem in invalidnostjo, kar ima velike posledice pri udeležbi delovne sile na trgu in produktivnosti (Metts, 2000), prav tako naj bi bil negativni učinek invalidnosti na zaposlovanje v srednjih in vzhodnih državah Evrope kar dvakrat višji kot pri zahodnih in anglosaksonskih državah (Mussida & Sciulli, 2016).

Na zaposlitev močno vplivata vrsta in stopnja invalidnosti. Možnost, da invalid dobi delo, je višja pri osebah z zmerno kot s težjo obliko invalidnosti (Grammenos, 2018). Mussida in Sciulli (2016), ki sta proučevala povezavo med invalidnostjo in različnimi dejavniki, ki onemogočajo zaposlitev v šestih državah srednje in vzhodne Evrope, izpostavita, da je prav oblika invalidnosti najpomembnejši dejavnik pri možnostih zaposlitve. V vseh proučevanih državah so bili invalidi s težjo okvaro v slabšem položaju na trgu dela. Razlike se pojavljajo tudi po spolu, saj je zaposlenih manj žensk kot moških invalidov, katere velikokrat zaslužijo skoraj pol manj kot zaposleni moški (Ebersold, Schmitt & Priestley, 2011; Greve, 2009).

Ena izmed ovir pri zaposlovanju je tudi dostopnost okolja, saj invalidi težje dostopajo do trga dela, ne le zaradi svoje invalidnosti, temveč tudi zaradi fizičnih ovir v družbi, kot so dostop do javnih zgradb in javnega prevoza (World Health Organization, 2011). Čábelková (2015) pravi, da morajo imeti invalidi možnost polnega koriščenja infrastrukture in javnega prevoza, da lahko povečajo svoje možnosti za zaposlitev in opravljanje dela. Nizka stopnja zaposlenosti invalidov je povezana tudi s predsodki širše skupnosti in predvsem delodajalcev, ki se pogosto bojijo, da je invalid manj produktiven na delovnem mestu kot oseba brez invalidnosti. Napačne predstave o njihovih zmožnostih so pomemben razlog za nadaljnjo brezposelnost (World Health Organization, 2011).

Na zaposlovanje invalidov pomembno vpliva pridobljena izobrazba, saj poveča možnosti zaposlitve, hkrati pa deluje kot zaščitni dejavnik pred tveganjem brezposelnosti, revščine in materialnega pomanjkanja (Greve, 2009). Izobraževanje in usposabljanje invalidu zagotovita znanja, veščine in kompetence, s čimer se lažje osamosvoji in vključi v skupnost. Invalidi brez ustrezne izobrazbe so kot nizko kvalificirani delavci v slabšem položaju in le malo teh lahko dostopa do boljše plačanih delovnih mest. Tisti, ki so zaposleni, običajno delajo več ur, imajo manjšo varnost zaposlitve in manj možnosti za napredovanje. Zaradi nižje možnosti prehoda, predvsem v srednje šole in univerze, neprilagojenega dostopa, neustreznega strokovnega kadra in metodoloških orodij predvsem mladi invalidi težje pridobijo potrebno izobrazbo in veščine kot mladi ljudje brez invalidnosti (Ebersold, Schmitt & Priestley, 2011). Tako v razvitih državah kot v državah v razvoju je višja možnost opustitve šolanja med invalidi kot med vrstniki brez invalidnosti.

Čeprav je opuščanje šolanja bolj izrazito v revnejših državah, tudi v državah z visoko stopnjo vpisov (kot so na primer države vzhodne Evrope) mnogi otroci ne obiskujejo šol (World Health Organization, 2011).

V EU višji delež invalidov z doseženo terciarno izobrazbo beležijo Irska, Estonija, Ciper, Danska, Nizozemska in Švedska, nižji pa Hrvaška, Romunija, Bolgarija in Češka (Grammenos, 2018), kar je posledica razvitosti izobraževalnega sistema in politike vključevanja otrok v šole. V razvitih državah je viden preobrat sistema izobraževanja v inkluzivno izobraževanje, medtem ko se ta v državah v razvoju šele začne. V večini držav so invalidi del rednega izobraževalnega sistema (Avstrija, Ciper, Italija, Grčija, Norveška, Španija, Slovenija, Estonija, Portugalska, Malta, Irska, Velika Britanija) in obiskujejo šole skupaj z vrstniki brez invalidnosti, drugje so vključeni v posebne razrede znotraj običajnih šol (Švedska, Švica, Danska), ponekod pa so nastanjeni v posebnih prilagojenih šolah (Belgija, Nemčija, Bolgarija, Latvija, Luksemburg) ali v posebnih centrih za poklicno usposabljanje (Ebersold, Schmitt & Priestley, 2011).

Invalidi so zaposleni v širokem razponu delovnih mest, pri čemer je velik delež zaposlen na nizko kvalificiranih delovnih mestih. Razlike v delovnih mestih med državami odražajo razlike v sestavi trga dela, strukturi in razvoju gospodarstva ter razlike v nacionalnih politikah trga dela. Nedavni razvoj trga delovne sile v evropskih državah kaže, da se nove politike vključevanja invalidov na trg dela ne poslužujejo več vidika nezmožnosti dela invalidov, temveč se usmerjajo v modernejši vidik invalidnosti, ki se osredotoča predvsem na to, kaj oseba kljub svoji omejitvi lahko dela. Tako se povečujejo oblike zaposlitve s polovičnim oziroma skrajšanim delavnikom in oblike fleksibilne zaposlitve (Greve, 2009).

Po podatkih Evropske komisije (European Commission, 2018) je delež delovnih mest s krajšim oziroma polovičnim delavnikom najvišji v regijah Nizozemske, Danske, Velike Britanije, Nemčije in Avstrije, najnižji pa v regijah vzhodne Evrope: v Bolgariji, na Češkem, Hrvaškem, v Romuniji, na Poljskem in Slovaškem. Ker invalidi bodisi zaradi zmanjšane zmogljivosti bodisi zaradi osebnih/zdravstvenih težav pogosto lahko opravljajo le delo s krajšim delavnikom, imajo višjo možnost zaposlitve v državah, kjer je taka oblika dela bolj razširjena.

Poleg številnih anti-diskriminacijskih zakonov so evropske države sprejele tudi ostale uredbe, direktive in politike, povezane z vključevanjem invalidov na trg dela; subvencije, denarne spodbude podjetjem, podporno in zaščiteno zaposlovanje, davčne olajšave, kvotno zaposlovanje in ostale. V nekaterih državah organizacija in delovanje podpornega zaposlovanja nista predpisana z zakonodajo (na primer na Švedskem, v Grčiji in na Irskem), večina drugih pa ima predpise, ki to področje urejajo. Zaščiteno zaposlovanje v nekaterih državah financira vlada (na primer v Franciji, na Irskem in na Švedskem), spet v drugih je financirano na lokalni ali regionalni ravni (na primer v Belgiji, na Portugalskem in v Španiji). Zanimivi so podatki o rasti teh oblik na trgu v različnih državah; v Španiji se je število mest v zaščiteneh delavnicah več kot podvojilo, v Franciji so centri za pomoč na

delovnem mestu povečali število delovnih mest za 33 %, v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) pa se je število delovnih mest v delavnicah za težje prizadete osebe povečalo s 15.000 na 26.000. Včasih obstaja samo ena vrsta podpornega zaposlovanja, kot je primer v večini severnoevropskih držav. Medtem ko ima stopnja razvitosti države le malo vpliva na določanje delovnih pogojev v zaščitenem zaposlovanju, naj bi gospodarsko uspešnejše države namenile več subvencij tem oblikam, a to ni edino merilo uspešnosti izvajanja programov (Visier, 1998).

Na trgu dela imajo pomembno vlogo kvotni sistemi, ki so vzpostavljeni v večini držav članic EU, z izjemo v Estoniji, na Finskem, v Latviji, na Nizozemskem, Švedskem, Danskem in v Veliki Britaniji. Med prehodom v tržno gospodarstvo so predvsem države vzhodne Evrope in nekdanje Sovjetske zveze uvedle kvotno zaposlovanje in s tem spremenile prejšnji sistem, ki je temeljil na delovnih mestih, ki so bila na trgu »rezervirana« za invalide (World Health Organization, 2011). Osnovni cilj kvotnih sistemov je dvig števila zaposlenih invalidov z zavezo delodajalca, da ima ob doseženem pragu števila zaposlenih tudi določen odstotek zaposlenih invalidov. Običajno ta delež znaša med 2–7 % zaposlenih, v večini držav pa se giblje okoli 5 % (Vornholt in drugi, 2018).

V primeru, da delodajalci ne izpolnjujejo obveznosti, običajno sledijo sankcije v obliki plačila pristojbine posebnim skladom, ki nato sredstva namenijo zaposlenim invalidom in delodajalcem, ki zaposlujejo invalide. Ker so sankcije običajno premile ali pa sploh ne obstajajo, se delodajalci obveznosti zaposlovanja invalidov pogosto izognejo ali pa sankcije sprejmejo, saj smatrajo stroške adaptacije delovnega mesta in prostora, stroške uvajanja invalidne osebe in potencialne izgube zaradi možne odsotnosti invalida višje od stroška kazni. Druga težava je, da za kvoto štejejo le osebe, ki so registrirane kot invalidi, kar lahko iz tega sistema izloči znatno število drugih invalidov. Obstajajo empirični dokazi, da večina ukrepov ščiti delovna mesta že zaposlenih oseb, a le malo pripomorejo k zaposlitvi novih, zato naj bi na splošno kvotni sistemi prinašali majhen neto učinek zaposlovanja invalidov (Fuchs, 2014; OECD, 2010), poleg tega podjetja velikokrat zaposlijo invalide samo zaradi doseganja zakonske obveznosti in ne z vidika zaposlitve dela sposobne osebe (Vornholt in drugi, 2018). Države, ki imajo vpeljane kvotne sisteme ter dajatve in subvencije za delodajalce, imajo običajno višje stopnje zaposlenih invalidov, čeprav obstajajo tudi države z enakimi stopnjami, kjer ti ukrepi niso uvedeni (Fuchs, 2014; Greve, 2009; OECD, 2010).

### **2.3 Dostopnost okolja in mobilnost invalidov**

Dostopnost okolja in mobilnost invalidov je eno izmed ključnih področij vključevanja invalidov v družbo. Čeprav noben prebivalec ne bi smel biti diskriminiran pri vsakodnevni mobilnosti, se velik delež invalidov dnevno srečuje z oteženim dostopom do javnih institucij in javnega transporta. Tako so jim kratene osnovne človekove pravice, vključno s

pravici državljana EU. Nedostopna okolje in transport povečujeta verjetnost, da bodo invalidi izključeni iz storitev, socialnega sodelovanja in dejavnosti v družbi, kar vodi v zmanjšanje socialnih, kulturnih in ekonomskih priložnosti (Roberts & Babinard, 2004). Sze in Christensen (2017) pravita, da dostopnost prevoznih sredstev in institucij okrepi sodelovanje ljudi v družbi ter izboljša kakovost življenja predvsem ranljivejših skupin, kot so invalidi in starejše osebe. Ukrepe na tem področju opredeljuje 9. člen Konvencije o pravicah invalidov, ki jasno opredeljuje obveznosti držav pogodbenic, da morajo biti grajeno okolje, transport ter informacijska in komunikacijska tehnologija dostopni invalidom (Tabaj & Vidmar, 2009; Uršič in drugi, 2015). Predvsem zaradi trenda staranja prebivalstva bo vedno več ljudi odvisnih od dobro razvitega transporta in infrastrukture (Bekiaris in drugi, 2018).

Glavne ovire pri dostopnosti okolja so nizko število invalidom prilagojenih vozil (predvsem avtobus, vlak ...), nizka uporaba socialnih medijev v sektorju, ovire v vozliščih (prestop iz lokalnega v intermodalni transport) ter nizka dostopnost v primestnih in podeželskih območjih. Za večino oseb z zmanjšano mobilnostjo nedostopnost javnega prevoza močno vpliva na njihovo življenje, zato je odstranjevanje fizičnih ovir (na primer vgradnja dvigal, klančin, spuščanje robnikov, avtobus z rampo ipd.) ključno za njihovo mobilnost in višjo kakovost življenja. V vseh državah članicah EU je dostopnost veliko bolj razvita v mestih kot na podeželjih, kar iz družbe izključuje veliko število oseb, ki živijo v primestnih območjih. Poleg tega se dostopnost v večji meri izvršuje pri gradnji novih stavb ali na novonastalih prevoznih storitvah, in ne toliko na starejših (na primer obstoječe avtobusne postaje) (Bekiaris in drugi, 2018).

Ena izmed ovir pri dostopnosti je tudi pomanjkanje enotnih predpisov in neupoštevanje standardov pri gradnji. Po svetu najdemo številne primere držav, kjer je področje dostopnosti urejeno s predpisi in smernicami; zakon ADA (ang. Americans with Disabilities Act) v ZDA s projektnimi specifikacijami določa gradnjo in prilagoditve prostorov glede na posebne potrebe odraslih in otrok. V Hong Kongu se uporablja priročnik za oblikovanje, ki določa projektiranje novih stavb ali prilagoditve obstoječih. V Veliki Britaniji je Ministrstvo za promet določilo smernice za oblikovanje dostopnih prevoznih sredstev, infrastrukture in objektov javnega prevoza, ki vključujejo natančne zahteve glede širine prehodov in vrat, višino robnikov, pogostost ramp in klančin ipd. (Sze & Christensen, 2017). Zajac (2016) pravi, da je področje transporta in dostopnosti večinoma urejeno le s predpisi, sprejetimi na nacionalni ravni, zato se oblikovalci večkrat soočajo s pomanjkanjem strokovnega znanja in univerzalne specifikacije. Te bi morale biti po njegovem mnenju vključene v lokalno pravo. Roulstone in Prideaux (2009) izpostavita, da se boj proti diskriminaciji invalidov na področju dostopnosti začne s sprejetjem minimalnih zahtev na ravni posamezne države.

V vseh državah EU obstajajo splošne zahteve glede dostopnosti javnih stavb, pogosto dopolnjene s predpisi in smernicami EU ter s specifičnimi zahtevami za določene kategorije zgradb. V skoraj vseh državah tako obstaja splošna obveznost dostopnosti javnih

institucij, ki temelji na antidiskriminacijski zakonodaji in se dopolnjuje z nacionalnimi predpisi in kodeksi. Na primer Direktiva 89/654/EEC predpisuje minimalne standarde o zdravstvenih in varnostnih zahtevah na delovnem mestu invalidnih oseb (prehodi, sanitarije, stopnišča), Direktiva 95/16/ES pa določa zahteve glede dostopnosti dvigal. Dostopnost je tako opredeljena kot ena izmed glavnih meril, ki jih je treba upoštevati pri dejavnostih, ki jih sofinancirajo strukturni skladi, zlasti Evropski sklad za regionalni razvoj (Priestley, 2013). Osnovo za gradnjo in smernice na področju dostopnosti v EU predstavlja Zakon o diskriminaciji invalidov (ang. Disability Discrimination Act), ki predpisuje obvezno »razumno« prilagoditev zgradb in prostorov (Roulstone & Prideaux, 2009).

Poročilo Agencije EU za temeljne pravice o dostopnosti volišč navaja, da ima 15 držav (Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Finska, Francija, Madžarska, Irska, Italija, Litva, Luksemburg, Poljska, Portugalska, Španija in UK) obvezne standarde na področju gradnje in sprememb državnih in javnih institucij. V večini teh držav spremembe glede dostopnosti narekujejo gradbeni predpisi, ki za pridobitev dovoljenja za gradnjo ali spremembo obstoječih stavb zahtevajo doseganje standardov dostopnosti. Četudi so standardi vzpostavljeni, njihovo dosledno uveljavljanje ni zagotovljeno. Na primer v Španiji so standardi glede dostopnosti enaki za nove in obstoječe stavbe, a se sprememba obstoječih zaradi zakona o varovanju zgodovinskih stavb pogosto ne izvede. V nekaterih državah, na primer na Švedskem, Cipru in v Nemčiji, pa se zahteva samo delna uporaba standardov (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Za zmanjšanje »transportne vrzeli« imajo države različne ukrepe; na primer Latvija, Slovaška, Danska in Ciper omogočajo denarne dajatve posamezniku za nakup ali prilagoditev zasebnih prevoznih sredstev. Latvija, Velika Britanija, Bolgarija in Ciper nudijo posebne dogovore pri koriščenju javnega transporta. Na Češkem lahko posameznik pridobi subvencijo za prilagoditev vozil. V nekaterih državah je javni prevoz omejen glede na število razpoložljivih prilagojenih vozil (Madžarska), pomoč oziroma asistenco pri prevozu glede na kraj (samo na glavnih železniških postajah – Islandija, Italija) ali pa je zahtevano predhodno obvestilo o uporabi prevoza (Islandija), s čimer se dostopnost zelo omejuje. Ker transportne sheme pogosto padejo v okvir lokalnih oblasti, so geografsko gledano zelo različne (Shima & Rodrigues, 2009).

Poročilo Komiteja Evropskega parlamenta za transport in turizem (ang. TRAN Committee) razdeli države članice EU glede na razvitosti lokalnega transporta, intermodalnega transporta in dostopnosti okolja za turizem v naslednje kategorije:

- **vodilni** (ang. front-runners); med vodilne države na področju dostopnosti se uvrščajo Ciper, Estonija, Latvija, Luksemburg in Malta. Skupno tem državam je, da so relativno majhne, a je zato dostopnost lažje doseči in kontrolirati. Ovire za vzpostavitev vseh komponent dostopnosti tako v lokalnem kot intermodalnem transportu so pogosto nezadostna sredstva;

- **samoregulativni** (ang. self-regulated); v samoregulativnih državah, kot so na primer Danska, Švedska in Velika Britanija, je dejanska raven dostopnosti dobra ali zelo dobra, vendar se razlikuje tako znotraj držav kot pri načinu prevoza, saj večinoma temelji na družbenih normah, smernicah, kodeksih ravnanja in samoregulaciji, ne toliko na strogi in podrobni zakonodaji;
- **izboljševalci** (ang. improvers); v to kategorijo se uvrščajo Francija, Finska, Nemčija in Nizozemska. Delujejo tako na ravni zakonodaje kot na izvajanju, da bi dosegli visoko stopnjo prometne dostopnosti, prav tako naj bi imele te države zadostna sredstva za izboljšave. V Avstriji, Belgiji, Italiji in Španiji se dostopnost med regijami in pokrajinami zelo razlikuje, prav tako lokalna raven dostopnosti ni znana po vsej državi;
- **mešane** (ang. mixed); Češka in Slovaška spadata med mešane države, imata dobro razvito dostopnost predvsem za prevoz za dolge razdalje, a manj za lokalni transport;
- **vrzel v izvajanju** (ang. gap of implementation); Romunija, Bolgarija, Grčija in Portugalska se uvrščajo v države z vrzeljo izvajanja, saj imajo ustrezen zakonodajni okvir, a predvsem zaradi finančnih omejitev zaostajajo v izvajanju;
- **pozni začetniki** (ang. late-starters); Hrvaška, Slovenija in Litva se uvrščajo med pozne začetnike, saj imajo sicer urejeno področje dostopnosti, a je izvajanje predvideno šele v prihodnosti, manjka pa tudi splošni načrt dostopnosti za vse vrste prevoza;
- **nizko uspešni** (ang. low-achievers); v kategorijo nizko uspešnih držav z najslabše urejeno dostopnostjo, kjer tako pravni okvir kot izvajanje zahtevata izboljšave, se uvrščajo Poljska, Irska in Madžarska.

EU je sprejela številne pobude za izboljšanje transporta in mobilnosti, ki vključujejo zakonodajo, ki določa tehnične standarde za prevozna sredstva in prometno infrastrukturo, tehnične predpise za dostopnost vozil za mestne potnike, zahteve glede oznak in informacij ter obvezna usposabljanja prevoznikov in prevoznega osebja o posebnih potrebah invalidov. Najboljša dostopnost v EU je zagotovljena v intermodalnem prevozu (dolge razdalje), deloma zaradi obstoja številnih direktiv za vsako vrsto tega prevoza in visokega vpliva predpisov EU, medtem ko je lokalni prevoz različno urejen v vsaki državi članici, razlikuje pa se celo med mesti/regijami znotraj posamezne države. Majhne države članice in pa velika mesta imajo na splošno boljšo raven dostopnosti, medtem ko ostajajo druge države članice (predvsem podeželske regije) precej nedostopne (Bekiaris in drugi, 2018).

Pomemben dejavnik na področju dostopnosti predstavlja koncept univerzalne zasnove (ang. Universal Design), ki predvideva standardizacijo na področju oblikovanja proizvodov in storitev ter grajenega okolja in transportnih sredstev (Zajac, 2016). Namen univerzalne zasnove je omogočiti enak dostop in uporabo izdelkov, storitev in grajenega okolja ne le invalidom, temveč vsem prebivalcem. Oblike univerzalne zasnove so na primer prevozna sredstva z nizkimi tlemi, dvigala ali rampe na tranzitnih vozilih, vizualni ali opozorilni sistemi na robu platform, ograje in steze, prebarvane v svetle barve, zvočni znaki, ki pomagajo ljudem z vizualnimi težavami najti izhod, ipd. Univerzalna zasnova se

vse pogosteje uporablja predvsem v državah z visokim dohodkom (World Health Organization, 2011).

Zajac (2016) izpostavi, da sta večji oviri na poti do prilagoditve infrastrukture predvsem visoki stroški spremembe ter težave in pomanjkanje prostora pri prilagajanju dostopa do zgodovinskih objektov, pri transportu pa izpostavi problem razpršenosti pravil za posamezne vrste transporta. Predvsem je težko doseči načelo dostopnosti vsem pri obnovi in poseganju v zgodovinske stavbe, saj sprememba pogosto prinaša višje stroške, hkrati pa je oblikovanje oteženo zaradi različnih zakonov o ohranitvi stavb. Tako se univerzalna zasnova lažje izvaja pri grajenju novih objektov (Bekiaris in drugi, 2018).

Prilagoditve okolja ne bi smele biti analizirane le z vidika dodatnih stroškov, saj ne koristijo samo invalidom, temveč širšemu spektru ljudi. Spremembe, kot so vgradnja ramp, klančin, dvigal in znižanje robnikov koristijo tudi materam z vozički in starejšim prebivalcem (World Health Organization, 2011). Številne raziskave dokazujejo, da stroški prilagoditev bodisi transporta bodisi zgradb ne olajšajo dostopa le invalidom, temveč tudi starejšim občanom in na splošno ljudem, ki so kakor koli gibalno ali senzorično ovirani, hkrati pa naj bi bil z izgradnjo dostopne kulture bolj privlačen tudi turizem. Mestna infrastruktura, objekti in storitve, načrtovani ali prilagojeni po načelu dostopnosti oziroma univerzalnega oblikovanja, naj skorajda ne bi prinesli dodatnih stroškov ali pa bi se ti gibalni okoli 1 % investicije. Večje število potnikov, ki lahko uporabljajo javni prevoz, večje zadovoljstvo uporabnikov in večja učinkovitost so le nekatere od koristi, ki jih prinaša univerzalna zasnova (Bekiaris in drugi, 2018).

Velik korak pri univerzalni zasnovi je naredila Malta, ki je ustanovila nadzorni organ, zadolžen za preiskovanje, prepoznavanje in vzpostavitev nacionalnih politik, povezanih z invalidnostjo. Na področju grajenega okolja je spodbudila številne tehnične (sicer ne pravno zavezujoče) smernice, namenjene podjetjem oziroma delodajalcem o prilagoditvah okolja, dosegla pa je tudi, da se vsak nov industrijski razvoj oblikuje po načelu »dostopno vsem« (Roulstone & Prideaux, 2009). Dober primer posledice uvedbe univerzalne zasnove najdemo tudi na Finskem, kjer se je preoblikoval tramvajski sistem. Postaje, kjer tramvaj ustavi na sredini ceste, so v obliki varnostnega otoka, ki je na obeh straneh dostopen preko kratkih ramp, višina otoka pa je na isti višini kot vhod oziroma vstop v tramvaj (World Health Organization, 2011).

Roberts in Babinard (2004) izpostavita, da so posegi v arhitekturo pogostejši v razvitih državah in urbanem okolju, kjer je povpraševanje po storitvah visoko in mejni stroški izboljšav razmeroma nizki, medtem ko je na podeželnih zaradi nižje gostote prebivalstva in omejene gospodarske dejavnosti težje oblikovati trajnosten ali univerzalen način transporta. Univerzalna zasnova ni skupek pravil ali standardov, temveč koncept, ki služi predvsem kot smernica izvajalcem in državi pri oblikovanju dostopnejšega okolja, ki na dolgi rok prinese več koristi kot stroškov. Kljub prizadevanjem oblikovanja enotnega sistema dostopnosti je v številnih državah sedanjí sistem grajenih stavb, vključno s



transportnim sistemom, običajno namenjen mladim in sposobnim uporabnikom. V zadnjih dveh desetletjih je v ZDA in nekaterih evropskih državah zaradi zaostrenja zakonodaje sicer viden napredek na področju zmanjševanja ovir, a predvsem v državah s srednjim in nizkim dohodkom te smernice še vedno niso obravnavane kot prednostne naloge. Prevzem in uporaba zahodnih standardov za zagotavljanje univerzalnega dostopa v prometnih sistemih in arhitekturi predstavlja visoke stroške predvsem državam z nizkim dohodkom (Roberts & Babinard, 2004).

## **2.4 Socialno varstvo invalidov**

Relativna gospodarska blaginja je povezana s strukturo socialnega sistema in višino socialnih nadomestil oziroma dajatev. Izdatki za socialno varstvo so v večini držav članic največji porabnik BDP in so ključen kazalnik tako razvoja države kot življenjskega standarda prebivalcev. Vključujejo nadomestila za bolezni in invalidnost, invalidske pokojnine, nadomestila za preživele, nadomestila za otroke in družine, nadomestila za brezposelnost ter ostala nadomestila. Lahko se izplačujejo v denarni obliki ali v obliki storitev (brezplačen transport, subvencionirana hrana, prost dostop do javnih storitev, subvencionirana pomožna oprema ipd.) (Grammenos, 2018). Najbolj ugodna nadomestila predstavljajo denarna nadomestila, saj invalidu neposredno zvišajo razpoložljiv dohodek ter mu s tem omogočajo izbiro in nakup storitev in dobrin po lastni presoji, sploh kadar se ta srečuje z dodatnimi stroški, povezanimi z invalidnostjo. Ti se nanašajo tako na nakup splošnih dobrin kot tudi na specifične, invalidom prilagojene predmete (pomožne naprave, rehabilitacija, adaptacija prostorov) (World Health Organization, 2011).

Organizacija in financiranje sistema socialne zaščite sta odgovornost vsake države članice, zato so kriteriji za upravičenost do prejemanja nadomestil iz naslova invalidnosti med državami različni. V večini (predvsem razvitih) držav politika invalidnosti temelji na socialnem modelu, ki upošteva posameznikovo zmožnost za delo in deluje po principu integracije ljudi v družbo (na primer na Danskem), medtem ko v nekaterih državah še vedno prevladuje medicinski model (na primer na Češkem, Portugalskem, v Grčiji, Estoniji in Islandiji (Shima & Rodrigues, 2009).

Večina držav pri dodeljevanju invalidskih nadomestil uporablja prag, po katerem se okvara/omejitev osebe šteje kot invalidnost. Na primer na Češkem mora imeti oseba za pridobitev invalidske pokojnine priznано vsaj 35 % zmanjšano sposobnost za delo, na Islandiji in v Italiji 50 %, na Slovaškem pa 40 %. Tako obliko sistema najdemo tudi v Grčiji, Španiji, Luksemburgu in na Nizozemskem. Različni so tudi plačilni razredi; v Črni Gori ima invalidska pokojnina šest stopenj, na Češkem pa tri. V nekaterih državah (na primer na Portugalskem, Islandiji, v Litvi in Romuniji) je skrb za invalida v celoti preložena na družinske člane, kar jih izloči s trga dela. Ker ne dobivajo prihodkov iz zaposlitve, se skupna kupna moč gospodinjstva zniža, kar omeji njihov življenjski standard. Nekatere države imajo v zakonodaji določeno, do katerih pripomočkov je invalid

upravičen (na primer Hrvaška, Latvija, Italija in Islandija), spet druge nimajo tako omejenih zakonov in invalidom omogočajo večjo svobodo izbire med pripomočki (Sainsbury, Lawson & Priestley, 2017). V nekaterih državah socialni sistem temelji na univerzalnosti (ang. mainstreaming), medtem ko druge države uporabljajo preračunana nadomestila (ang. mean-tested), kjer odločitev, ali je posameznik/družina upravičena do prejemanja državne pomoči, temelji na oceni, ali ima posameznik/družina dovolj sredstev za življenje brez prejemanja te pomoči (Shima & Rodrigues, 2009).

V nekaterih državah je določena storitev (na primer osebna asistenca) zagotovljena oziroma subvencionirana, medtem ko v drugih pomoč države ni predvidena in je skrb preložena na invalida in družinske člane. Na primer v Španiji dodatni stroški zaradi invalidnosti znašajo 40–70 %, v Bosni 14 %, v Vietnamu 9 %, na Irskem 23 %, v Avstraliji 29–37 % in v Veliki Britaniji 11–64 % povprečnega letnega dohodka. Višina dodatnih stroškov je odvisna od stopnje invalidnosti, življenjskega cikla posameznika in sestave gospodinjstva; višje dodatne stroške naj bi imele predvsem osebe s težjo stopnjo invalidnosti, osebe, ki živijo same, in osebe, živeče na podeželju. Na primer strošek osebne nege oziroma oskrbe invalida naj bi bil pogostejši v državah v razvoju kot v razvitih državah, saj v prvih na splošno ni programov za vzdrževanje dohodka in je oskrba invalida preložena na družinske člane, medtem ko imajo razvite države sistem oskrbe invalidov dobro vzpostavljen (Elwan, 1999). Velik delež invalidov si na primer na Irskem, v Latviji, na Češkem, v Grčiji, Nemčiji, Estoniji, na Malti in na Slovaškem oskrbe ne more privoščiti, ker so v teh državah nadomestila omejena, konstantna ali pa prenizka za kritje stroškov (Shima & Rodrigues, 2009).

Ti stroški so velikokrat razlog, da invalid ali celotno gospodinjstvo živi na pragu revščine, predvsem v primeru brezposelnosti ali zaposlitve z nizkim prihodkom. Dodatni stroški invalidnosti so še posebej pomembni pri določanju praga revščine in pri dodeljevanju zadostnih sredstev oziroma zagotavljanju ustrezne invalidske podpore (Mitra, Palmer, Kim, Mont & Groce, 2017). Revščina in socialna izključenost se pojavljata v različnih oblikah; medtem ko je prihodek osebe ali gospodinjstva eno glavnih meril pri merjenju revščine, socialno izključenost in večje tveganje revščine povzročajo tudi otežen dostop do trga dela in družbe ter materialna prikrajšanost. Na splošno imajo vsi prebivalci določeno stopnjo tveganja revščine, a je ta med nekaterimi skupinami (ženske, otroci, osebe z nižjo izobrazbo, mladi, brezposelni, invalidi) precej višja. V letu 2016 je bilo 25,9 % evropskega prebivalstva na meji revščine, po prejemu socialnih transferjev pa 17,3 %. Socialna nadomestila so tako znižala stopnjo revščine za 8,6 odstotne točke (European Commission, 2018). Če to velja za vso prebivalstvo, je tveganje revščine med invalidi še višje. Socialna nadomestila naj bi znižala število invalidnih oseb na meji revščine za kar 50 %, s 68,9 % na 19,2 % (Čábelková, 2015).

Tveganje invalidnosti in revščine je v tesni povezavi s splošnim zdravstvenim stanjem prebivalstva, saj slabši družbeno-ekonomski status oseb povečuje možnosti nastanka bolezni in dejavnikov tveganja, ki so glavni vzroki za invalidnost in nižjo kakovost

življenja. Na primer v EU kar 78 % ljudi v kvintilu z najvišjim dohodkom poroča o dobrem zdravstvenem stanju, medtem ko ta odstotek v kvintilu z najnižjim dohodkom znaša 61 %. Nižja dohodkovna neenakost je zaznana v nordijskih državah ter v nekaterih državah srednje in vzhodne Evrope (na primer v Sloveniji, na Češkem in na Slovaškem), v državah zahodne Evrope se giblje okoli povprečja EU, nadpovprečno visoka pa je v vseh južnoevropskih državah (OECD Centre for Opportunity and Equality, 2017). Predvsem naj bi bilo tveganje revščine med invalidi pogostejše v vzhodnih državah EU, kar lahko povežemo z na splošno slabšim zdravstvenim stanjem ljudi (Elwan, 1999).

Sánchez in Pérez-Corral (2018) sta proučevala vpliv socialnih izdatkov na dohodkovno neenakost med državami v vzponu (države, pridružene EU po letu 2004) in razvitimi državami (stare države) EU. Ugotovila sta, da je del neenakosti v dohodkih mogoče pojasniti z razlikami v fiskalni politiki med državami; izdatki za socialno varstvo negativno vplivajo na dohodkovno neenakost v obeh skupinah držav, kar pomeni, da sta znižanje socialnih izdatkov in zvišanje dohodkovne neenakosti povezana. Za vsako odstotno točko višjih socialnih izdatkov od povprečja EU se v državah v vzponu pričakuje znižanje Ginijevega koeficienta za 0,45 točke, v razvitih državah pa 0,21 točke. To prikaže, da imajo v državah v vzponu socialni izdatki višjo vlogo pri omejevanju dohodkovne neenakosti kot v ostalih državah, saj naj bi bili na splošno socialni izdatki v prvih nižji, davčna struktura pa manj napredna. Čeprav so te države izboljšale svoje makroekonomske kazalce v primerjavi s starimi državami, še niso dokončale svoje tranzicije v države blaginje (Sánchez & Pérez-Corral, 2018).

Tudi Ulu (2018) v svoji raziskavi vpliva različnih dejavnikov na dohodkovno neenakost v državah OECD izpostavi pomen socialnih izdatkov, saj se z vsakim dodatnim odstotkom BDP za socialne izdatke Ginijev koeficient in dohodkovna neenakost znižata za 0,0015 %. Socialna nadomestila vplivajo na zmanjševanje dohodkovne neenakosti, saj invalidu neposredno zvišajo razpoložljiv dohodek. Na splošno naj bi bila dohodkovna neenakost nižja, če je delež socialnih nadomestil v državi visok. Socialna nadomestila pozitivno vplivajo na porazdelitev dohodka, a avtor izpostavi, da morajo predvsem države v razvoju za vzpostavitev pravične socialne strukture razviti učinkovitejšo socialno politiko (Ulu, 2018).

Najvišji delež BDP socialnim izdatkom namenijo države severne in severozahodne Evrope (Danska, Nizozemska, Belgija, Finska, Švedska, Avstrija), prav tako so izdatki na prebivalca v teh državah najvišji. Na drugi strani imamo baltske države ter nekatere države centralne in jugovzhodne Evrope (Romunija, Latvija, Litva, Estonija, Bolgarija, Hrvaška), kjer sta tako delež BDP za socialne izdatke kot izdatki na prebivalca nizki. Izdatki na prebivalca so najvišji v Luksemburgu (14.988 SKM), najnižji v Romuniji (2.504 SKM), v povprečju pa na ravni EU znašajo 8.229 SKM. Pri primerjavi držav članic je na splošno pozitivna povezava med deležem izdatkov za socialno varstvo v BDP in izdatki za socialno zaščito na prebivalca, merjenih v standardu kupne moči (Eurostat, 2014).

OECD (2010, str. 88) je razvil tipologijo politike invalidnosti z oblikovanjem treh modelov, kjer vsak model predstavlja skupek držav s podobnim nizom politik in socialnih paketov. Čeprav so modeli namenjeni prikazu in primerjavi socialnih sistemov, pa se tudi socialni sistemi med državami znotraj posameznega modela med seboj razlikujejo.

- **Model socialno-demokratske invalidske politike** (Danska, Švica, Nizozemska, Nemčija, Švedska, Norveška, Finska): paket socialnih nadomestil je na splošno velikodušen in dostopen, značilna je univerzalna pokritost, nizek vstopni prag za delno invalidnino in velikodušne dajatve za bolezen in invalidnost. Obstaja sveženj politik vključevanja oseb s poudarkom na poklicni rehabilitaciji, omogočena je celovita podpora tistim, ki lahko in ki želijo delati, ter znatne spodbude za dolgotrajno nezmožne dela. Obveznosti delodajalcev so v tem modelu najmočnejše, sistem pa budno spremlja izkoriščanje socialnih nadomestil in odsotnosti. Ta sistem poudarja pojem enakosti; socialne določbe so urejene tako, da rešujejo dohodkovne neenakosti, ki jih ustvarja trg dela. Visoko vlogo imajo pritiski nižjih razredov (delavski razred), kar se odraža na visoki ravni razporejanja in pokritosti prebivalcev. Za ta model sta značilni celovita podpora in aktivna politika trga dela (Yalcin, 2016).
- **Model liberalne politike invalidnosti** (Avstralija, Nova Zelandija, Velika Britanija, ZDA, Kanada, Japonska): nadomestila so skromnejša, prag za upravičenost je višji in strožji ter temelji na oceni delovnih sposobnosti. Glavna metoda pri dvigu zaposlovanja sta pomoč pri iskanju zaposlitve in ocenjevanje delovne zmogljivosti, medtem ko je poklicna rehabilitacija relativno nerazvita. Ugodnosti se nekoliko zmanjšajo v primeru zavrnitve dela. Razvoj socialnih pravic je pogojen z gospodarskim razvojem, uživanje pravic pa temelji na pogoju udeležbe na trgu dela. V tem sistemu se predpostavlja, da je pogoj za doseganje gospodarske rasti gospodarsko delovanje, h kateremu mora doprinesiti vsak državljan. Prevladuje prepričanje, da nagrajevanje v obliki socialnih nadomestil ne bo povečalo udeležbe na trgu dela na želeno raven (Handler v Yalcin, 2016).
- **Model korporativistične politike invalidnosti** (Avstrija, Belgija, Madžarska, Grčija, Luksemburg, Francija, Poljska, Slovaška, Češka, Irska, Italija, Portugalska): koristi so relativno dostopne in razmeroma velikodušne, programi zaposlovanja so precej razviti, vendar osredotočenost na poklicno rehabilitacijo in podprto zaposlovanje ni tako močna kot v nordijskem modelu. Značilnosti so močan poudarek na lastni oceni zaposlitve, manjša pokritost prebivalstva, omejena fleksibilnost koristi in spodbud za delo. Zajema veliko držav, večinoma na jugu, vzhodu in zahodu Evrope, med njimi pa so precejšnje razlike.

Skandinavski sistemi (Danska, Finska, Islandija, Švedska, Norveška) naj bi bili najbolj učinkoviti v boju proti revščini, saj zagotavljajo najvišjo stopnjo pokritosti prebivalstva, ne glede na ekonomski položaj oseb, kar kaže na univerzalnost socialne politike. Sistemi v sredozemskih državah (Ciper, Španija, Italija, Portugalska, Grčija) ter državah srednje in vzhodne Evrope (Češka, Slovaška, Slovenija, Poljska, Madžarska) naj bi bili bolj

kategorizirani ter naj bi imeli zato manjšo pokritost, prav tako te države poročajo o višjem deležu socialnih izdatkov in nižji učinkovitosti v boju proti revščini. Socialni sistemi v anglosaksonskih državah (Irska, Malta, UK) imajo relativno visoko pokritost revnejših oseb, a hkrati relativno nizko pokritost ostalih oseb, kar je značilnost liberalne socialne države, ki nudi pomoč v obliki univerzalnih transferjev. Ti koristijo predvsem osebam z nizkimi dohodki, zato naj bi se tudi stopnja revščine po prejemu socialnih transferjev v teh državah najbolj znižala (Baldini, Gallo, Reverberi & Trapani, 2016).

Shima in Rodrigues (2009) izpostavita, da stare države, pridružene EU pred letom 2004, članice zagotavljajo relativno visoke dohodke invalidom, medtem ko so za novo pridružene države, pridružene EU po letu 2004, značilna nižja javna poraba in nižji zneski nadomestil. Če upoštevamo na primer invalidske pokojnine, višji delež BDP in višje zneske nadomestil namenijo nordijske države (Švedska, Nizozemska), nasprotno pa Italija, Grčija in Španija namenijo nižje. Zmanjšanje števila prejemnikov invalidskih pokojnin skupaj s povišanjem socialnih izdatkov in zneskov dajatev kaže na učinkovitost socialnih shem, saj manj invalidov prejema višje zneske nadomestil (Finska, Danska, Islandija). Velika Britanija, Poljska in Latvija znižujejo število prejemnikov nadomestil in hkrati raven socialnih izdatkov ter raven invalidskih pokojnin. Te države beležijo tudi znižanje % BDP, porabljenega za invalidske pokojnine. V nekaterih državah (Grčija, Avstrija, Španija, Luksemburg, Finska) zmanjšanje deleža BDP za invalidske pokojnine in prejemnikov nadomestil spremljajo višji zneski pokojnin, a je to lahko odraz resnejšega stanja; moralo bi pomeniti, da je več invalidov vključenih na trg dela in dobiva prihodke, a so verjetno indirektno del druge skupine prejemnikov nadomestil (na primer za brezposelnost). Na primer na Nizozemskem, Poljskem, v Latviji in Veliki Britaniji se je znižalo število prejemnikov nadomestil in delež BDP za invalidske pokojnine, hkrati pa so se zmanjšali tudi zneski nadomestil, kar je poslabšalo ekonomski položaj invalidov. Nekatere države smatrajo finančni položaj invalidov za prioriteto nalogo (Bolgarija, Islandija, Italija, Švedska, Francija, Madžarska), medtem ko v nekaterih to področje ni prednostna naloga (Latvija, Finska, Danska) (Shima & Rodrigues, 2009).

Na splošno socialni sistemi varujejo prebivalce (tako invalide kot osebe brez invalidnosti) v primeru brezposelnosti, bolezni/invalidnosti, starosti in drugih dejavnikov ter s tem do določene mere pripomorejo k znižanju števila oseb na meji revščine (World Health Organization, 2011), poleg tega pripomorejo k izenačevanju dohodka. Programi socialne zaščite lahko tudi povečajo produktivnost, zaposljivost in gospodarski razvoj invalidov (Devandas Aguilar, 2017). Socialni sistem je tako v tesni povezavi z revščino; ugoden socialni sistem bistveno pripomore k znižanju ljudi na pragu revščine (Sainsbury, Lawson & Priestley, 2017), čeprav obstajajo tudi dokazi o obratnem učinku ugodnega socialnega sistema. Čábelková (2015) izpostavi, da večji kot je vpliv socialnih transferjev na stopnjo revščine, višja je brezposelnost predvsem med invalidi z osnovno omejitvijo, kar kaže na odločitev oseb, da bodo namesto zaposlitve raje prejeli nadomestila.

### 3 GOSPODARSKE RAZMERE IN ŽIVLJENJSKI STANDARD

Kakovost življenja vseh ljudi je odvisna od družbenih in gospodarskih razmer v državi, v kateri živijo. Na podlagi pregleda literature zasledim več dokazov, da obstaja povezava med gospodarsko razvitostjo države in položajem invalidnih oseb. Že samo zdravstveno stanje prebivalstva naj bi bilo povezano z nacionalnim dohodkom; predvsem v državah v razvoju imajo revnejši prebivalci tudi slabše zdravstveno stanje, zato je tudi invalidnost kot posledica nalezljivih, prirojenih in prenatalnih bolezni ter poškodb bolj razširjena kot v razvitih državah (Elwan, 1999), kronične bolezni, podhranjenost otrok, razširjenost bolezni in ostale pa so pogostejše v revnejših državah vzhodne Evrope. Slabše zdravstveno stanje imajo tudi manj izobraženi in revnejši prebivalci v primerjavi s prebivalci, ki živijo v ugodnejših družbeno-ekonomskih okoliščinah. V EU je na primer kar štirikrat več ljudi, ki poročajo o neizpoljenih potrebah v skupini z nizkimi dohodki v primerjavi z osebami z višjimi dohodki (OECD Centre for Opportunity and Equality, 2017).

Slabe gospodarske razmere in revščina povečujejo tveganje za nastanek invalidnosti (nizka porodna teža otrok, podhranjenost, pomanjkanje čiste vode, nevarno delo in življenjske razmere ipd.), nasprotno pa lahko invalidnost človeka pahne v revščino (World Health Organization, 2011). Nacionalni dohodek povezujemo tudi z materialnim pomanjkanjem; države z višjim dohodkom naj bi imele tudi nižje stopnje revščine, države z nižjim dohodkom pa pogosto višje stopnje materialnega pomanjkanja. Materialno pomanjkanje je na splošno izraz življenjskega standarda države in je v tesni povezavi s prihodkom na prebivalca (Grammenos, 2018). V nekaterih raziskavah (Banks & Polack, 2014) je kar 80 % primerjalnih študij potrdilo pozitivno povezavo med invalidnostjo in gospodarsko revščino.

Gledano z geografskega vidika naj bi višji BDP na prebivalca beležile predvsem severne in zahodne regije Evrope (Belgija, Nizozemska, Luksemburg, Velika Britanija, Irska, Švedska), čeprav je prisoten že v nekaterih regijah Italije, medtem ko naj bi nižji BDP na prebivalca beležile vzhodne regije oziroma države, kot so Latvija, Grčija, južna Italija, Slovenija, Hrvaška, Španija in Portugalska (European Union, 2018). Višja enakost razpoložljivega dohodka je bila zaznana v zahodnih državah EU in predvsem v nordijskih državah, obratno pa je bila enakost dohodkov nižja v državah vzhodne Evrope in v baltskih državah (European Commission, 2018).

Mosquera, Gonzalez-Rabago, Martín in Bagigalupe (2018) so prikazali razlike med državami EU na področju izobrazbe, zaposlovanja, prihodkov iz zaposlitve ter ekonomskega položaja posameznikov in gospodinjev ter jih povezali s pričakovano (doseženo) starostjo prebivalstva. Rezultati kažejo, da ljudje v državah z boljšim gospodarskim položajem v povprečju živijo dalj časa, več let z dobrim zdravstvenim stanjem in manj let s slabšim, kar lahko povežemo tudi z invalidnostjo, saj invalidnost narašča s starostjo in pogosto nastane kot posledica slabih življenjskih razmer. Večje neenakosti na omenjenih področjih so bile zaznane v srednji in vzhodni Evropi, zahodnem

Balkanu in državah bivše Sovjetske Zveze, v primerjavi z nordijskimi državami, Irsko, Veliko Britanijo, kontinentalno Evropo in mediteranskimi državami.

Nekateri avtorji (Del Campo, Monteiro & Soares, 2008; Palevičienė & Dumčiuvienė, 2015) so regije EU razdelili na grozde, kjer vsak grozd predstavlja skupino držav z določenimi karakteristikami. Rezultati raziskav so potrdili v povprečju višjo zaposlenost, višji BDP na prebivalca in višje stopnje ljudi z doseženo terciarno izobrazbo predvsem v skandinavskih in baltskih državah (ki so smatrane za bogatejše regije) ter nekaterih regijah srednje Evrope, medtem ko regije vzhodne Evrope (in večina novo pridruženih držav v letu 2004) beležijo slabše rezultate na omenjenih področjih.

Stec, Filip, Grzebyk in Pierscieniak (2014) so proučevali gospodarski razvoj držav članic EU med leti 2005 in 2010, kjer so primerjali stare (gospodarsko močnejše) pridružene države in države, ki so v EU vstopile v letu 2004 in so pred tem veljale za slabše razvite države. Od novo pridruženih držav članic je imela večina držav (razen Slovenija, Malta in Ciper) postkomunistično ekonomijo in so se v tržna gospodarstva začele razvijati šele proti koncu 20. stoletja, z njihovim vstopom v EU pa se je težnja po transformaciji in zasledovanju uspešnosti gospodarsko močnejših držav še povečala. Najvišji družbeno-ekonomski razvoj so tako beležile Švedska, Luksemburg, Danska, Avstrija, Nizozemska in Finska, razmeroma visoka stopnja razvoja je bila dosežena na Češkem, v Sloveniji in Estoniji (od držav, ki so se priključile leta 2004), najslabši razvoj pa je bil dosežen v Romuniji, Bolgariji in na Madžarskem.

Zanimiva je tudi raziskava trajnostnega razvoja in položaja držav članic EU na ekonomskem, socialnem in okoljskem področju. Z analizo kriterijev, izbranih za vsako področje (BDP na prebivalca, odstotek javnega dolga v BDP, geografska porazdelitev prebivalstva, naravni prirast prebivalstva, produktivnost, stopnja zaposlenosti v delovno aktivnem prebivalstvu, število in količina izpustov ipd.), rezultati prikazujejo vidno prednost severnih držav ter slabšo uvrstitev držav srednje in vzhodne Evrope na ekonomskem in socialnem področju. Na ekonomskem področju vodijo Luksemburg, Švedska, Danska, Finska, Avstrija in Nizozemska, medtem ko najslabši položaj beležijo Grčija, Portugalska, Madžarska, Romunija in Bolgarija. Na socialnem področju se med najboljše uvrščata še Ciper in Irska, med najslabše pa Latvija, Malta in Hrvaška (Anna, 2016).

## **4 RAZISKAVA POLOŽAJA INVALIDOV V IZBRANIH DRŽAVAH**

### **4.1 Opredelitev raziskovalnega problema**

Medtem ko se je v preteklosti invalidnost pogosto »skrivalo«, se z razvojem socialne družbe položaj invalidov počasi izboljšuje in invalidnost vse bolj postaja vprašanje človekovih pravic. Aktivno sodelovanje v kulturnem in socialnem okolju je tesno

povezano s kakovostjo življenja posameznika (European Commission, 2018), zato EU razvija politike in vzpostavlja programe, s pomočjo katerih bi se izboljšal družbeno-ekonomski položaj invalidov.

Med državami so definicije invalidnosti različne, prav tako imajo države različen zgodovinski, socialni in politični razvoj (Molden & Tøssebro, 2012), zato se tudi število invalidov med državami razlikuje. Na splošno pa najdemo povezavo med gospodarskim razvojem države in invalidnostjo; višje deleže invalidov naj bi zaradi slabšega zdravstvenega stanja beležile predvsem revnejše države in države v razvoju (Elwan, 1999), invalidnost pa je pogostejša med osebami z slabšim družbeno-ekonomskim položajem (OECD Centre for Opportunity and Equality, 2017).

Invalidi zaradi različnih ovir in omejitev težje pridobijo in obdržijo delo ter, razen če niso visoko izobraženi, pogosto prejemajo nižje plače kot osebe brez invalidnosti (World Health Organization, 2011). Država na trg dela posega na različne načine; v nekaterih državah je ena izmed ključnih oblik zaposlovanja invalidov kvotno zaposlovanje, v drugih prevladuje podprto ali zaščiteno zaposlovanje, v nekaterih pa fleksibilna delovna mesta (fleksibilen urnik, polovičen delovni čas ipd.) (Greve, 2009).

Če invalid ne more vstopiti v javne zgradbe (bolnišnice, upravne enote, šole ...) ali pa ne more v celoti koristiti javnega prevoza (neprilagojena transportna sredstva), to močno oteži njegove socialne in ekonomske priložnosti (Roberts & Babinard, 2004). Večina držav članic ima obvezne standarde in predpise glede dostopnosti (Priestley, 2013), a je njihovo uveljavljanje v praksi pogosto neustrezno oziroma pomanjkljivo. Čeprav je EU sprejela številne pobude za izboljšanje transporta in mobilnosti (Bekiaris in drugi, 2018), je dostopnost transporta in grajenega okolja še vedno ena glavnih ovir tako v razvitih državah kot državah v razvoju (World Health Organization, 2011).

Zaradi nizke stopnje udeležbe na trgu in dodatnih stroškov invalidnosti so pogosto edini vir dohodka invalida socialni transferji, ki so odvisni od oblike socialnega sistema v posamezni državi. Ugodnejši socialni sistem in »bogatejša« socialna nadomestila resda zvišajo razpoložljiv dohodek invalida in s tem znižujejo tveganje revščine (Sainsbury, Lawson & Priestley, 2017), po drugi strani pa lahko vodijo v nižjo udeležbo na trgu dela, saj se invalidi odrečejo zaposlitvi na račun prejemanja socialnih nadomestil, predvsem ko je njihova višina sorazmerno enaka prihodkom iz zaposlitve (Čábelková, 2015).

Države članice EU so si zaradi oblike nekdanjih geografskih sistemov, različne stopnje globalizacije, razpoložljivosti virov in drugih dejavnikov družbeno ter ekonomsko različne (European Union, 2018). Številni avtorji so prikazali te razlike; Mosquera, Gonzalez-Rabago, Martín in Bagigalupe (2018) pravijo, da osebe v državah z boljšim gospodarskim položajem tudi same beležijo boljše zdravstveno stanje, kar lahko povežemo z razširjenostjo invalidnosti. Predvsem na področju izobrazbe, zaposlovanja in ekonomskega položaja oseb so večje neenakosti zaznane v srednji in vzhodni Evropi ter državah bivše



Sovjetske zveze, nižje pa v nordijskih državah. Del Campo in drugi (2015) prav tako potrjuje višjo zaposlenost, višji BDP na prebivalca in višje stopnje dosežene izobrazbe v skandinavskih in baltskih državah ter nižje v regijah vzhodne Evrope. Tudi Anna (2016) prikaže vidno prednost držav severne Evrope in slabšo uvrstitev držav srednje in vzhodne Evrope na ekonomskem in socialnem področju.

## 4.2 Metodologija

Družbeno-ekonomski položaj invalidov je sicer odvisen od mnogih dejavnikov, v osnovi pa je posledica nekaterih ekonomskih in socialnih kazalcev. Na podlagi pregleda literature in statističnih podatkov ugotavljam, da imajo države EU različne gospodarske in družbene razmere, kar vpliva na življenjski standard in posledično verjetno tudi na družbeno-ekonomski položaj invalidov. Empirični del magistrskega dela za preverjanje tega predstavljata tako kvantitativna kot kvalitativna metoda raziskovanja.

V kvantitativnem delu najprej prikažem razlike v življenjskem standardu med državami članicami EU. Za prikaz življenjskega standarda v svojem magistrskem delu uporabim kazalnik indeks obsega BDP na prebivalca v standardu kupne moči, kateri sicer ponudi površen vpogled v življenjski standard države, a ni zadostni pokazatelj celovitega stanja družbene blaginje. Za prikaz blaginje je potrebno vključiti še vrsto drugih kazalnikov, ki nam omogočijo celovit pregled nad življenjskimi razmerami, kot so revščina, zaposlovanje, zdravstveno stanje in drugi (European Commission, 2018, str. 26). Tudi Palevičienė in Dumčiuvienė (2015), ki sta preučevala razlike med regijami EU, izpostavita, da uspešnost procesa evropske integracije ne moremo meriti samo z uporabo kazalnika rasti BDP, temveč je potrebno vključiti še socialni vidik, vidik trga dela in demografski vidik. Tako poleg indeksa BDP na prebivalca v standardu kupne moči izberem še nekaj ključnih socialnih in družbenih kazalnikov in s pomočjo linearne regresijske funkcije preverjam vpliv različnih dejavnikov na družbeno-ekonomski položaj invalidov.

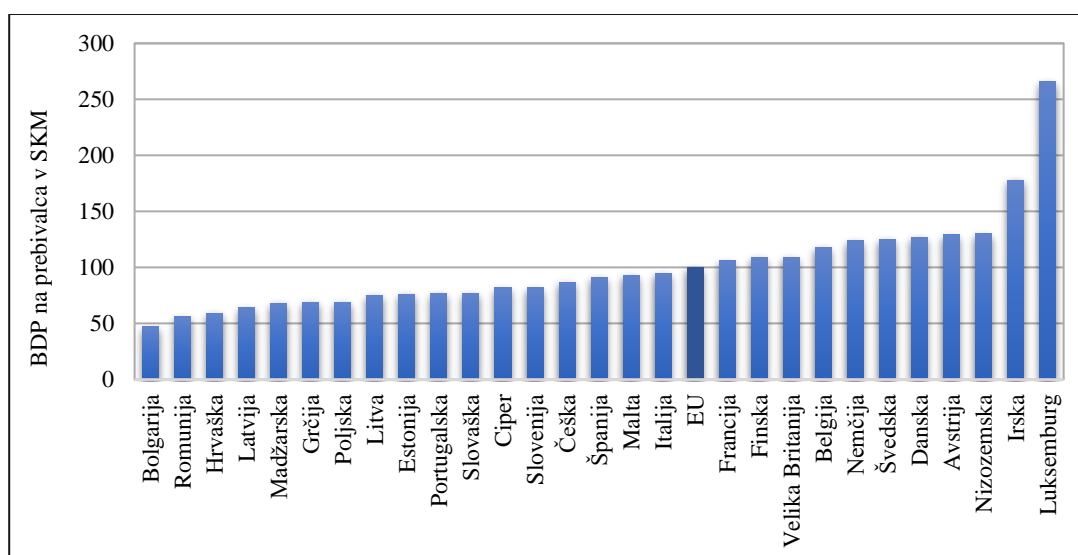
Kvalitativno metodo moje raziskave predstavlja primerjalna analiza, ki je raziskovalna metoda, s katero preučujemo družbo na različnih stopnjah razvoja. Število enot je pri tej metodi zmerno, namen metode pa je prikaz razlik in podobnosti med raziskovanimi primeri (Fink, 2012). Primerjalno analizo izvedem med štirimi državami članicami EU: Švedsko, Slovenijo, Portugalsko in Romunijo. V poglavju 5.1. prikažem gospodarske in družbene razmere v izbranih državah. V poglavju 5.2. primerjam glavne značilnosti populacije invalidov. V poglavju 5.3. prikažem položaj invalidov na trgu dela in izpostavim glavne značilnosti trga ter oblike zaposlovanja invalidov. V poglavju 5.4. prikažem področje dostopnosti okolja, kjer izpostavim glavne razlike v razvitosti in prilagojenosti infrastrukture. V poglavju 5.5. primerjam še socialni sistem, kjer se osredotočim na socialna nadomestila in njihov vpliv na življenje invalidov.

### 4.3 Življenjski standard v državah EU

Za prikaz življenjskega standarda držav izberem kazalnik indeks obsega BDP na prebivalca v standardu kupne moči (v nadaljevanju BDP/P v SKM). Ker se valute in cene proizvodov ter storitev med državami razlikujejo, za mednarodno primerjavo držav te razlike odpravimo s pomočjo paritet kupne moči, katere imajo vlogo prostorskega cenovnega deflatorja in pretvornika valut. Osnovni namen paritet kupne moči je torej pretvoriti bruto domače proizvode držav, izražene v različnih valutah in vrednotene v različnih nacionalnih ravneh cen, v skupno, fiktivno valuto, imenovano standard kupne moči, kjer je na ravni EU en SKM enak enemu evru. Povprečje predstavlja povprečni BDP/P v SKM na ravni EU (EU=100). Indeks obsega BDP/P v SKM izberem, ker so ti rezultati namenjeni za primerjavo med državami v enem letu, prav tako je primeren kazalnik gospodarske razvitosti držav in materialne blaginje prebivalstva (Statistični urad Republike Slovenije, 2019).

Podatke o indeksu obsega BDP/P v SKM za leto 2015 sem pridobila iz statistične baze Evropskega statističnega urada (Eurostat, 2019a). Razdelitev držav glede na višino BDP/P v SKM prikazuje slika 3. Enajst držav članic (Luksemburg, Irska, Nizozemska, Avstrija, Danska, Švedska, Nemčija, Belgija, Velika Britanija, Finska in Francija) beleži višji BDP/P v SKM od povprečja EU, medtem ko sedemnajst držav članic (Italija, Malta, Španija, Češka, Slovenija, Ciper, Slovaška, Portugalska, Estonija, Litva, Poljska, Grčija, Madžarska, Latvija, Hrvaška, Romunija in Bolgarija) beleži nižji BDP/P v SKM od povprečja EU.

Slika 3: Indeks BDP/P v SKM v državah EU v letu 2015



Prirejeno po Eurostat (2019a).

Izhodiščna predpostavka moje analize je, da imajo države članice z višjim BDP/P v SKM od povprečja EU višji, države članice z nižjim BDP/P v SKM od povprečja EU pa nižji

življenjski standard. Predpostavljam, da imajo invalidi v državah z višjim življenjskim standardom zaradi na splošno ugodnejših gospodarskih razmer tudi sami boljši družbeno-ekonomski položaj.

Zavedam se, da družbeno-ekonomski položaj invalidov ne določa le življenjski standard držav (merjen z indeksom obsega BDP/P v SKM), temveč še vrsta drugih dejavnikov, ki prikazujejo splošne gospodarske razmere države. V državah s slabšimi gospodarskimi razmerami se več otrok rodi z nizko porodno težo, več oseb je podhranjenih in živečih v gospodinjstvih s hudim materialnim pomanjkanjem. Ker je pokritost prebivalstva s cepivi nižja kot v razvitih državah, socialni sistem pa je marsikomu nedostopen, so tudi bolezni pogostejše, kar povečuje število invalidov (Elwan, 1999). Po podatkih poročila OECD (2009) je višji delež invalidov pogosto povezan v višjim deležem prosilcev za invalidska nadomestila, še posebej v državah z lažjim vstopom v socialni sistem (nizki kriteriji za vključitev) in radodarnimi socialnimi nadomestili. Tako države delež prosilcev za nadomestila zmanjšujejo z zaposlitvenimi in rehabilitacijskimi programi. Grammenos (2018) izpostavlja močno povezavo med izdatki države za ukrepe na trgu dela in stopnjo zaposlenosti v prebivalstvu. Višji izdatki države za storitve na trgu dela vodijo v višjo stopnjo zaposlenosti tako med invalidi kot med osebami brez invalidnosti. To pomeni, da lahko boljše storitve na trgu dela povečajo stopnjo zaposlenosti invalidov.

#### 4.4 Analiza vpliva različnih dejavnikov na družbeno-ekonomski položaj invalidov

Pričakovati je, da poleg življenjskega standarda države (merjenega z BDP/P v SKM) na položaj invalidov vplivajo tudi drugi družbeno-ekonomski dejavniki, zato izberem še naslednje družbeno-ekonomske kazalnike: delež izdatkov za invalidnost v BDP, delež izdatkov za socialno varstvo v BDP, delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu, delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu, delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem v celotnem prebivalstvu in delež invalidov v celotnem prebivalstvu. Vse vrednosti spremenljivk so zbrane za posamezno državo članico EU v letu 2015 in so prikazane v prilogi 1. Opisne statistike izbranih spremenljivk prikazuje tabela 1.

*Tabela 1: Opisne statistike izbranih spremenljivk*

<b>Spremenljivke</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Standardni odklon</b>
BDP/P v SKM (indeks, EU=100)	48,0	260	99,4	42,7
Delež izdatkov za invalidnost v BDP (%)	0,6	4,0	1,8	0,7
Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (%)	14,3	31,9	22,7	5,8
Delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu (%)	54,9	80,5	70,0	5,8

se nadaljuje

Tabela 1: Opisne statistike izbranih spremenljivk (nad.)

Spremenljivke	Minimum	Maksimum	Povprečje	Standardni odklon
Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi (%)	25,8	58,5	46,0	8,8
Delež oseb z dobrim zdravstvenim stanjem (%)	42,8	82,4	65,9	10,1
Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (%)	9,7	38,5	26,6	6,8

Vir: lastno delo.

Najvišja vrednost BDP na prebivalca je bila v letu 2015 ustvarjena v Luksemburgu (260 SKM), najnižja pa v Bolgariji (48 SKM). Razlika med njima znaša 212 SKM, kar pomeni, da je bila ustvarjena vrednost na prebivalca v Luksemburgu kar 5,4 krat višja od ustvarjene vrednosti na prebivalca v Bolgariji. Sklepam, da je v Luksemburgu višji življenjski standard, kar se odraža na višji kupni moči prebivalcev in ugodnejših gospodarskih razmerah.

Najvišji delež BDP je v letu 2015 izdatkom za invalidnost namenila Danska (4,0 % BDP), najmanj pa Romunija (0,6 % BDP). V povprečju izdatki za invalidnost v evropskih državah zavzamejo 1,8 % BDP. Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP se giblje med 14,3 % BDP v Romuniji in 31,9 % BDP v Franciji, v povprečju pa države izdatkom za socialno varstvo namenijo 22,7 % BDP. Po podatkih Eurostata (2014) višji delež BDP izdatkom za socialno varstvo in izdatkom za invalidnost namenijo skandinavske države ter nekatere države centralne Evrope, v katerih upravičenci prejemajo tudi višja nadomestila, medtem ko so za nekatere države centralne in jugovzhodne Evrope značilni nižji izdatki države za socialna nadomestila in nižja poraba na prebivalca.

Najvišji delež zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu je v letu 2015 beležila Švedska (80,5 %), najmanj pa je bilo zaposlenih v Grčiji (54,9 %). V povprečju je bilo v evropskih državah zaposlenih 70,0 % prebivalstva. Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu posamezne države se giblje med 25,8 % na Malti in 58,5 % v Estoniji, v povprečju pa je v evropskih državah zaposlenih 46,0 % invalidov. Nižje stopnje zaposlenih invalidov naj bi zaradi na splošno slabšega zdravstvenega stanja in posledično večjega deleža invalidov v prebivalstvu beležile predvsem države srednje in vzhodne Evrope (Metts, 2000).

Najnižji delež prebivalcev svoje zdravstveno stanje ocenjuje kot dobro ali zelo dobro v Litvi (42,8 %), najvišji delež na Irskem (82,4 %), v povprečju pa svoje zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro ocenjuje 65,9 % evropskega prebivalstva. Po podatkih OECD (2017, str. 20) prebivalci z višjim dohodkom pogosteje izražajo visoko zadovoljstvo s kakovostjo življenja, posledično pa pogosteje poročajo o dobrem zdravstvenem stanju, na podlagi česar sklepam, da je v državah s slabšimi gospodarskimi razmerami delež oseb z dobrim zdravstvenim stanjem nižji, invalidnost pa je pogostejša.

Delež invalidov v celotnem prebivalstvu se giblje med 9,7 % prebivalstva na Malti in 38,5 % prebivalstva v Latviji, v povprečju pa se z invalidnostjo sooča 26,6 % evropskega prebivalstva. Velike razlike v deležu invalidov med državami so posledica različnih definicij invalidnosti v zakonodaji držav članic; različne kulture drugače opredeljujejo zdravstveno stanje in samo invalidnost (European Commission, 2018), zato se lahko določena omejitev oziroma okvara v neki državi opredeljuje kot vrsta invalidnosti, v drugi državi pa ne (Mont, 2007).

Da bi preučila vpliv omenjenih dejavnikov na položaj invalidov, v nadaljevanju uporabim regresijsko analizo. Regresijska analiza je statistična metoda, katera nam pomaga analizirati odnos med odvisno spremenljivko in eno ali več neodvisnimi spremenljivkami. Model multiple linearne regresije zapišemo v naslednji obliki (1) (Rovan & Turk, 2008, str. 197):

$$Y_i = \alpha + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_k x_{ik} + \varepsilon_i; \quad (1)$$

-kjer  $Y$  predstavlja odvisno spremenljivko,  $X$  pa neodvisne ali pojasnjevalne spremenljivke. Oznaka  $\alpha$  predstavlja konstanto, ki nam pove vrednost  $Y$ , če je  $X$  enak 0.  $\beta$  predstavlja parcialni regresijski koeficient, kateri nam pove, kolikšna je pričakovana sprememba  $Y$  (odvisna spremenljivka), če se  $X$  (neodvisna spremenljivka) poveča za eno enoto, medtem ko se ostale spremenljivke ne spremenijo. Cilj linearne regresije je najti premico, ki se v kar največji meri prilaga modelu. Pri tem  $\varepsilon$  predstavlja slučajno variiranje okoli premice.

Pred izvedbo regresije s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije preverim povezanost med izbranimi spremenljivkami, kar prikazuje tabela 2.

Tabela 2: Povezanost spremenljivk družbeno-ekonomskega položaja invalidov

Mere povezanosti							
Spremenljivke	BDP/P v SKM (indeks, EU=100)	Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (%)	Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (%)	Delež izdatkov za invalidnost v BDP (%)	Delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu (%)	Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu (%)	Delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem (%)
Pearsonov koeficient korelacije in stopnja značilnosti							
BDP/P v SKM (indeks, EU=100)	1,000 .	-0,208 (0,289)	0,303 (0,118)	0,338 (0,078)	0,327 (0,090)	0,185 (0,346)	0,447 (0,017)
Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (%)	-0,208 (0,289)	1,000 .	0,040 (0,839)	0,231 (0,237)	-0,038 (0,847)	<b>0,532**</b> (0,004)	<b>-0,593**</b> (0,001)
Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (%)	0,303 (0,118)	0,040 (0,839)	1,000 .	<b>0,709*</b> (0,000)	0,135 (0,494)	0,374 (0,050)	0,375 (0,049)
Delež izdatkov za invalidnost v BDP (%)	0,338 (0,078)	0,231 (0,237)	0,709 (0,000)	1,000 .	0,353 (0,066)	0,487 (0,009)	0,143 (0,468)
Delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu (%)	0,327 (0,090)	-0,038 (0,847)	0,135 (0,494)	0,353 (0,066)	1,000 .	<b>0,509**</b> (0,006)	-0,063 (0,750)

se nadaljuje

Tabela 2: Povezanost spremenljivk družbeno-ekonomskega položaja invalidov (nad.)

Mere povezanosti							
Spremenljivke	BDP/P v SKM (indeks, EU=100)	Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (%)	Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (%)	Delež izdatkov za invalidnost v BDP (%)	Delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu (%)	Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu (%)	Delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem (%)
Pearsonov koeficient korelacije in stopnja značilnosti							
Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu (%)	0,185 (0,346)	0,532 (0,004)	0,374 (0,050)	0,487 (0,009)	0,509 (0,006)	1,000 .	-0,163 (0,406)
Delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem (%)	0,447 (0,017)	-0,593 (0,001)	0,375 (0,049)	0,143 (0,468)	-0,063 (0,750)	-0,163 (0,406)	1,000 .

**Legenda:** \* – močna povezanost med spremenljivkama; \*\* – zmerne povezanost med spremenljivkama

Vir: lastno delo.

V matriki korelacije izstopa visoka pozitivna vrednost ocene koeficientov bivariatne linearne korelacije med spremenljivkama »delež izdatkov za invalidnost v BDP« in »delež izdatkov za socialno varstvo v BDP«, saj njun koeficient korelacije znaša 0,709 pri stopnji značilnosti  $p < 0,001$ . Sklepam, da države, ki v povprečju izdatkom za socialno varstvo namenijo višji delež BDP, tudi izdatkom za invalidnost namenijo višji delež BDP. Zmerno negativno povezanost opazim med spremenljivkama »delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem« in »delež invalidov v celotnem prebivalstvu«, saj njun koeficient korelacije znaša -0,593 pri stopnji značilnosti  $p = 0,001$ . Sklepam, da je v državah z višjim deležem oseb z dobrim zdravstvenim stanjem tudi manj invalidov. Zmerno povezanost opazim tudi med spremenljivkama »delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi« in »delež invalidov v celotnem prebivalstvu«, saj njun koeficient korelacije znaša 0,532 pri stopnji značilnosti  $p = 0,004$ . Sklepam, da je v državah z višjim deležem invalidov v celotnem prebivalstvu tudi delež zaposlenih invalidov višji. Zmerna povezanost obstaja tudi med spremenljivkama »delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi« in »delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu«, saj njun koeficient korelacije znaša 0,509 pri stopnji značilnosti  $p = 0,006$ . Sklepam, da je v državah z višjim deležem vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu tudi delež zaposlenih invalidov višji.

V nadaljevanju z linearno regresijsko analizo preverjam naslednje hipoteze.

**Hipoteza 1:** Delež invalidov v celotnem prebivalstvu posamezne države je odvisen od življenjskega standarda in deleža oseb z dobrim zdravstvenim stanjem.

Na podlagi pregleda literature (World Health Organization, 2011; Evropska komisija, 2010a) zasledim, da se zaradi trenda staranja prebivalstva povprečna dosežena življenjska doba prebivalcev zvišuje, kar povečuje tveganje nastanka številnih bolezni (sladkorna bolezen, bolezni srca in ožilja, kapi, rak, duševne motnje, bolezni dihal ipd.) in posledično nastanka invalidnosti. V državah s slabšimi gospodarskimi razmerami je zaradi višjih

stopenj revščine in materialnega pomanjkanja invalidnost pogostejša (Elwan, 1999), medtem ko v državah z ugodnejšimi gospodarskimi razmerami prebivalci dosežejo višjo življenjsko dobo, prav tako pa živijo več let z dobrim in manj let s slabšim zdravstvenim stanjem (Mosquera, Gonzalez-Rabago, Martín & Bagigalupe, 2018). Na podlagi hipoteze postavim regresijski model odvisnosti med spremenljivkami (model 2).

$$\text{Delež invalidov} = \alpha + \beta_1 \cdot \text{BDP/P} + \beta_2 \cdot \text{delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem} + e; \quad (2)$$

S hipotezama  $H_0: \beta_1 = \beta_2 = 0$  in  $H_1$ : vse  $\beta_j$  niso enake 0 poskušam dokazati, da vsi parcialni regresijski koeficienti niso enaki nič, kar pomeni, da je delež invalidov v celotnem prebivalstvu odvisen vsaj od nekaterih izmed izbranih neodvisnih spremenljivk. Rezultati regresije so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Rezultati regresijskega modela 2

Model 2	Odvisna spremenljivka: Delež invalidov v celotnem prebivalstvu		t	R <sup>2</sup>	F	Sig. F
	Regresijski koeficient	Stopnja značilnosti				
Konstanta	53,271	0,000	7,356	0,36	6,89	0,004
BDP/P (indeks)	0,011	0,694	0,397			
Delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem (v %)	-0,420	0,002	-3,480			

Vir: lastno delo.

Na podlagi F testa (6,89,  $p = 0,004$ ) ugotavljam, da je model statistično značilen in da vsaj ena od izbranih neodvisnih spremenljivk vpliva na delež invalidov v celotnem prebivalstvu<sup>1</sup>. Vrednost determinacijskega koeficienta ( $R^2 = 0,36$ ) kaže, da z vplivom neodvisnih spremenljivk (BDP/P, delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem) pojasnimo 36 % variabilnosti deleža invalidov v celotnem prebivalstvu. Ugotavljam, da delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem statistično značilno vpliva na delež invalidov v celotnem prebivalstvu ( $p = 0,002$ ). Če se delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem poveča za eno odstotno točko, se delež invalidov v celotnem prebivalstvu v povprečju zniža za 0,42 odstotne točke, ceteris paribus. Pri stopnji značilnosti 5 % ne morem trditi, da BDP/P (merjen v standardu kupne moči) vpliva na delež invalidov v celotnem prebivalstvu. Sklepam, da imajo države z višjim deležem oseb z dobrim zdravstvenim stanjem bolj urejeno in dostopno zdravstvo, zaradi katerega se lahko predhodno zdravi ali odpravi marsikatera bolezen ali poškodba, ki

<sup>1</sup> V svoji raziskavi sem pri regresiji uporabila celoten delež invalidov, ki ga sestavljajo tako osebe s težjo kot z zmerno obliko invalidnosti. Opozoriti velja, da celoten delež invalidov med državami članicami močno variira, medtem ko so lahko variacije znotraj posamezne skupine nižje, kar bi lahko prikazalo bolj verodostojen rezultat regresije. Prav tako velja opozoriti na dejstvo, da je delež invalidov odvisen tudi od definicije invalidnosti v posamezni državi, kar pa v regresijski analizi ni bilo mogoče zajeti in je tudi zaradi tega lahko pojasnjevalna moč modela sorazmerno nizka.

bi se sicer v revnejših državah z neurejenim in nedostopnim zdravstvom razvila v (dolgotrajno) invalidnost, zato je tudi delež invalidov v teh državah nižji.

**Hipoteza 2:** Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi je odvisen od deleža invalidov v celotnem prebivalstvu, deleža vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu, deleža izdatkov za socialno varstvo v BDP in življenjskega standarda.

V državah z višjim deležem invalidov v celotnem prebivalstvu obstaja težnja po vključitvi čim večjega deleža invalidov na trg dela, saj se v nasprotnem primeru ustvari ekonomska izguba (Fuchs, 2014). Ugodna socialna nadomestila lahko vodijo v višji delež prosilcev za invalidska nadomestila in posledično v nižji delež zaposlenih invalidov. Čeprav je v zadnjem desetletju večina držav zaostri la pogoje dostopa do socialnih ugodnosti, v državah z obsežnejšimi socialnimi nadomestili obstaja tveganje, da se invalid odpove plačani zaposlitvi na trgu dela, sploh kadar je višina prejetih socialnih nadomestil sorazmerno enaka pričakovanemu dohodku iz zaposlitve (OECD, 2009). Sklepam, da je v državah z višjim življenjskim standardom (merjenim v BDP/P v SKM) in z višjim delež vseh zaposlenih oseb tudi delež zaposlenih invalidov višji, saj imajo te države verjetno vzpostavljene učinkovitejše programe in ukrepe za spodbujanje zaposlovanja. Na podlagi hipoteze postavim regresijski model odvisnosti med spremenljivkami (model 3):

$$\text{Delež zaposlenih invalidov} = \alpha + \beta_1 \cdot \text{delež invalidov v celotnem prebivalstvu} + \beta_2 \cdot \text{delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu} + \beta_3 \cdot \text{delež izdatkov za socialno varstvo v BDP} + \beta_4 \cdot \text{BDP/P} + e; \quad (3)$$

S hipotezama  $H_0: \beta_1=\beta_2=\beta_3=\beta_4=0$  in  $H_1$ : vse  $\beta_j$  niso enake 0 poskušam dokazati, da vsi parcialni regresijski koeficienti niso enaki nič, kar pomeni, da je delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi odvisen vsaj od nekaterih izmed izbranih neodvisnih spremenljivk. Rezultati regresije so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Rezultati regresijskega modela 3

Model 3	Odvisna spremenljivka: Delež zaposlenih invalidov v celotnem prebivalstvu		t	R <sup>2</sup>	F	Sig. F
	Regresijski koeficient	Stopnja značilnosti				
Konstanta	-32,985	0,290	-2,327	0,65	10,50	0,000
Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (v %)	0,711	0,000	4,326			
Delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu (v %)	0,708	0,002	3,598			
Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (v %)	0,403	0,052	2,047			
BDP/P (indeks)	0,013	0,653	0,456			

Vir: lastno delo.



Na podlagi F testa (10,50,  $p < 0,001$ ) ugotavljam, da je model statistično značilen in da vsaj ena od izbranih neodvisnih spremenljivk vpliva na delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu. Vrednost determinacijskega koeficienta ( $R^2 = 0,65$ ) kaže, da z vplivom neodvisnih spremenljivk (delež invalidov v celotnem prebivalstvu, delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu, delež izdatkov za socialno varstvo v BDP, BDP/P v SKM) pojasnimo 65 % variabilnosti deleža zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu, kar pomeni, da je pojasnjevalna moč modela visoka.

Ugotavljam, da delež invalidov v celotnem prebivalstvu statistično značilno vpliva na delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi ( $p < 0,001$ ). Če se delež invalidov v celotnem prebivalstvu poveča za eno odstotno točko, se delež zaposlenih invalidov v povprečju poveča za 0,71 odstotne točke, ceteris paribus. Ugotavljam, da delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu statistično značilno vpliva na delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi ( $p = 0,002$ ). Če se delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu poveča za eno odstotno točko, se delež zaposlenih invalidov v povprečju poveča za 0,71 odstotne točke, ceteris paribus. Pri stopnji značilnosti 5 % ne morem trditi, da delež izdatkov za socialno varstvo v BDP in BDP/P (merjen v standardu kupne moči) statistično značilno vplivata na delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi.

Greve (2009, str. 32) izpostavi, da imajo države članice različne strategije vključevanja invalidov na trg; nekatere imajo vzpostavljene aktivne ukrepe, namenjene invalidom, v drugih pa so ti programi del splošne politike. Države z višjimi stopnjami zaposlenosti na ravni celotnega prebivalstva vodijo vključujočo politiko zaposlovanja ob predpostavki, da vsaka oseba lahko opravlja (svoji omejitvi) primerno delo. V teh državah so fleksibilne oblike zaposlovanja (polovični delavnik, fleksibilen urnik dela, ipd.) bolj razširjene, in tako omogočajo zaposlitev predvsem invalidom, ki ne morejo opravljati dela za polni delovni čas.

**Hipoteza 3:** Delež izdatkov za invalidnost v BDP je odvisen od življenjskega standarda, deleža invalidov v celotnem prebivalstvu, deleža zaposlenih invalidov med vsemi invalidi in deleža izdatkov za socialno varstvo v BDP.

Na podlagi literature zasledim, da je v socialno-demokratskih državah socialni sistem zasnovan tako, da cilja najbolj ranljive skupine v družbi in z obsežnejšimi nadomestili znatno prispeva k zmanjšanju dohodkovne neenakosti (OECD, 2010), zato sta za te države značilna visok obseg nadomestil in visoka poraba na prebivalca (Eurostat, 2014). Skleпам, da na delež izdatkov za invalidnost vpliva delež invalidov v celotnem prebivalstvu, saj je od tega odvisen delež prosilcev oziroma upravičencev do socialnih nadomestil. Skleпам tudi, da so v primeru višjega deleža zaposlenih invalidov nadomestila za invalidnost nižja. Na podlagi hipoteze postavim naslednji regresijski model (4):

$$\text{Delež izdatkov za invalidnost v BDP} = \alpha + \beta_1 \cdot \text{BDP/P} + \beta_2 \cdot \text{delež invalidov v celotnem prebivalstvu} + \beta_3 \cdot \text{delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi} + \beta_4 \cdot \text{izdatki za socialno varstvo v BDP} + e; \quad (4)$$

S hipotezama  $H_0: \beta_1=\beta_2=\beta_3=\beta_4=0$  in  $H_1$ : vse  $\beta_j$  niso enake 0 poskušam dokazati, da vsi parcialni regresijski koeficienti niso enaki nič, kar pomeni, da je delež izdatkov za invalidnost v BDP odvisen vsaj od nekaterih izmed izbranih neodvisnih spremenljivk. Rezultati regresije so prikazani v tabeli 5.

Tabela 5: Rezultati regresijskega modela 4

Model 4	Odvisna spremenljivka: Delež izdatkov za invalidnost v BDP		t	R <sup>2</sup>	F	Sig. F
	Regresijski koeficient	Stopnja značilnosti				
Konstanta	-1,425	0,040	-2,176	0,59	8,22	0,000
BDP/P (indeks)	0,003	0,284	1,098			
Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (v %)	0,019	0,351	0,951			
Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi (v %)	0,013	0,423	0,815			
Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (v %)	0,081	0,001	3,98			

Vir: lastno delo.

Na podlagi F testa (8,22,  $p < 0,001$ ) ugotavljam, da je model statistično značilen in da vsaj ena od izbranih neodvisnih spremenljivk vpliva na delež izdatkov za invalidnost v BDP. Vrednost determinacijskega koeficienta ( $R^2=0,59$ ) kaže, da z vplivom neodvisnih spremenljivk (BDP/P, delež invalidov v celotnem prebivalstvu, delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi, delež izdatkov za socialno varstvo v BDP) pojasnimo 59 % variabilnosti deleža izdatkov za invalidnost v BDP, kar pomeni, da je pojasnjevalna moč modela visoka.

Ugotavljam, da delež izdatkov za socialno varstvo v BDP statistično značilno vpliva na delež izdatkov za invalidnost v BDP ( $p = 0,001$ ). Če se delež izdatkov za socialno varstvo v BDP poveča za eno odstotno točko, se delež izdatkov za invalidnost v BDP v povprečju poveča za 0,08 odstotne točke, ceteris paribus. Pri stopnji značilnosti 5 % ne morem trditi, da BDP/P (merjen v standardu kupne moči), delež invalidov v celotnem prebivalstvu in delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi vplivajo na delež izdatkov za invalidnost v BDP.

Ugotavljam, da zaradi razlik v definicijah invalidnosti med državami, katera je v večini držav osnova za pridobitev invalidskih nadomestil, mnogi invalidi niso upravičeni do prejemanja nadomestil, ker imajo lahko ali priznan premajhen odstotek okvare za pridobitev nadomestila ali pa se njihova okvara ne smatra kot vrsta invalidnosti. V praksi

to pomeni, da je delež upravičencev do prejemanja nadomestil iz naslova invalidnosti nižji od dejanskega deleža invalidov, kar lahko pojasni statistično neznačilen vpliv deleža invalidov v celotnem prebivalstvu na delež izdatkov za invalidnost v BDP. Pričakovati je, da bi bil delež izdatkov za invalidnost v BDP nižji v državah z višjim deležem zaposlenih invalidov, a na podlagi regresije tega ne moremo potrditi. Sklepam, da lahko invalid kljub zaposlitvi prejema (del) invalidskih nadomestil, hkrati pa je lahko invalid brezposeln in nadomestil za invalidnost ne prejema zaradi zgoraj omenjenih razlogov. Nadomestila, ki jih prejema, so lahko nadomestila druge kategorije (na primer nadomestila za brezposelnost).

Kakovost življenja določa več dejavnikov; tipologija OECD (2017, str. 23) za merjenje blaginje zajema vrsto različnih rezultatov na ravni posameznika, gospodinjstva in družbe, pa tudi človeških, družbenih, ekonomskih in naravnih virov, s katerimi lahko te rezultate ohranjamo. Življenjski standard (merjen z BDP/P v SKM) neposredno ne vpliva na delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi in na delež izdatkov za invalidnost v BDP, deloma zato, ker je sestavljen kazalec in predstavlja skupek dejavnikov, s katerimi prikažemo družbeno-ekonomske razmere v državi. Tudi v državi z visokim BDP/P so lahko invalidi v družbi diskriminirani, težje dostopajo na trg dela, kar se odraža v nizki stopnji zaposlenosti, izdatkom za invalidnost pa se lahko nameni enak delež BDP kot v državah z nižjim BDP na prebivalca in z nižjim življenjskim standardom. Kazalnik BDP/P v SKM tako lahko uporabimo za površen vpogled v življenjski standard države, a bi bilo za prikaz splošne blaginje prebivalcev in predvsem ranljivejših skupin, med katere spadajo tudi invalidi, potrebno raziskati razmeroma velik obseg družbeno-ekonomskih dejavnikov.

## **5 PRIMERJALNA ANALIZA DRUŽBENO-EKONOMSKEGA POLOŽAJA INVALIDOV V IZBRANIH DRŽAVAH**

### **5.1 Gospodarske in družbene razmere v izbranih državah**

Bruto domači proizvod je pogosto prva izbira kazalnika, s katerim prikažemo ali primerjamo ekonomske razmere držav, a za primerjavo življenjskega standarda in evalvacijo razlik med državami je primerneje uporabiti izpeljane kazalnike, ki upoštevajo tudi velikost države in razlike v cenah med državami (Eurostat, 2019a). Za prikaz gospodarskih razmer v izbranih državah uporabim nominalni BDP na prebivalca v SKM, indeks obsega BDP na prebivalca v SKM in stopnjo gospodarske rasti v letu 2015, kar prikazuje tabela 6.

Najboljše ekonomske rezultate beleži Švedska, saj ima najvišjo ustvarjeno vrednost na prebivalca tako v EUR kot v standardu kupne moči. Švedska danes spada med najmočnejša in najstabilnejša evropska gospodarstva, potrošniki pa imajo v povprečju višji življenjski standard in višjo kupno moč kot večina drugih evropskih potrošnikov. Slovenija in Portugalska beležita podobno vrednost BDP na prebivalca v EUR. Čeprav ima Portugalska

10 milijonov prebivalcev, Slovenija pa le 2 milijona, je ustvarjena vrednost na prebivalca tako nominalno kot v standardu kupne moči v Sloveniji višja kot na Portugalskem. Romunija beleži bistveno slabše rezultate na ekonomskem področju kot večina evropskih gospodarstev, saj je kljub visoki stopnji gospodarske rasti (3,9 % v letu 2015) ustvarjena vrednost na prebivalca znatno nižja kot v ostalih izbranih državah.

*Tabela 6: Gospodarske razmere v izbranih državah v letu 2015*

Država EU	Ekonomski kazalniki		
	BDP/P v SKM (v EUR)	BDP/P v SKM (indeks)	Stopnja gospodarske rasti v letu 2015 (v %)
Švedska	36.400	125	4,5
Slovenija	23.800	82	2,3
Portugalska	22.300	77	1,8
Romunija	16.300	56	3,9
EU	29.100	100	2,3

*Prirejeno po Eurostat (2019a).*

Švedska slovi kot izjemno socialna država, ki vodi učinkovito politiko vključevanja ranljivih skupin v družbo. Status države blaginje je posledica visoke stopnje zaposlenosti, visokega deleža izobraženih oseb (več kot 80 % odraslega delovno sposobnega prebivalstva je doseglo vsaj srednješolsko izobrazbo), kakovosti okolja in zdravstvenega sistema ter zaupanja prebivalcev v delovanje vladnih institucij. Prebivalci se v državi čutijo slišane in spoštovane, prav tako ne zaznavajo korupcije. Zadovoljstvo prebivalcev s kakovostjo življenja je med najvišjimi med državami OECD, kar se odraža na zvišanju pričakovane dosežene življenjske dobe in deleža oseb, ki svoje zdravstveno stanje opredeljujejo kot dobro ali zelo dobro. Neenakosti v blaginji med prebivalci so razmeroma nizke, enakost spolov in dohodka pa sta razmeroma visoka, čeprav moški še vedno dosegajo višje stopnje zaposlenosti in v povprečju prejemajo višje dohodke kot ženske (OECD, 2017).

V Sloveniji se gospodarska rast krepi kot posledica rasti izvoza in domače potrošnje, kupna moč prebivalstva se povečuje, prav tako se izboljšuje javnofinančni položaj države. Delež oseb z doseženo vsaj srednješolsko izobrazbo je višji od povprečja OECD (OECD, 2017), v mednarodnem merilu pa je delež srednje in visoko izobraženih visok in se še povečuje. Slovenija beleži visoko stopnjo enakosti spolov, nizko dohodkovno neenakost in relativno nizko stopnjo diskriminacije (Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2019). Medtem je zaupanje prebivalstva v delovanje vlade nizko, stopnja zaznavanja korupcije pa je visoka. O dobrem ali zelo dobrem zdravstvenem stanju poroča 65 % prebivalstva, kar je pod povprečjem OECD (OECD, 2017), zato izziv ostaja predvsem skrajšanje čakalnih dob na področju zdravstva, kar bi podaljšalo število zdravih let (Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2019).

Portugalska na področju kakovosti življenja dosega mešane rezultate; medtem ko beleži dobre rezultate na področju osnovnih stanovanjskih razmer in zvišanju povprečne dosežene

življenjske dobe, pa slabše rezultate dosega na področju neto razpoložljivega dohodka gospodinjstev, volilne udeležbe, izobraževanja ter socialne podpore, prebivalci pa poročajo nižje zadovoljstvo s kakovostjo življenja. Neenakosti v spolu in dohodkih so visoke, saj je prednost moških vidna na področju zdravja, volilne udeležbe in kulturnega udejstvovanja (OECD, 2017). Zaradi visoke stopnje predčasne opustitve šolanja je delež visoko izobraženih oseb nizek, kar se odraža na visoki stopnji brezposelnosti prebivalstva. Nadalje razlogov za nizko zaposlenost pritiče visoki obdavčitvi dela, kar delodajalce odvrača od zaposlovanja predvsem mladih oseb, in relativno visokim nadomestilom za primer brezposelnosti, ki prebivalce odvračajo od iskanja zaposlitve. Zaradi visoke stopnje brezposelnosti se predvsem mladi pogosto izseljujejo, ker ne morejo izkoristiti svojih sposobnosti, ostali pa se soočajo z revščino in nižjo kakovostjo življenja (OECD, 2015).

Kljub visoki stopnji gospodarske rasti v letu 2015, katera je posledica rasti predvsem storitvene panoge, se Romunija sooča s težavami predvsem na področju trga dela in splošnih bivalnih razmer (De Rosa & Kim, 2018). Gospodarska kriza v letu 2009, katera je Romunijo zaradi pomanjkanja preventivnih ukrepov pred nastankom krize in neučinkovitih ukrepov ob vstopu v krizo močno prizadela (Georgeta, 2015), in padec življenjskega standarda sta povzročila povečanje stopnje opuščanja šolanja, posledica katere je večinoma nizko ali srednje kvalificirana delovna sila. Značilnost trga dela je tudi dolgotrajna brezposelnost, zlasti med mladimi in med osebami, živečimi na podeželju. Med gospodarsko krizo so se socialne razmere še poslabšale in povzročile rast deleža oseb na meji revščine, katera ostaja visoka tudi po prejemu socialnih transferjev. Zaradi nizke stopnje zaposlenosti prebivalstva in nižjega življenjskega standarda je tudi kupna moč prebivalstva izredno nizka (Georgeta, 2015).

## **5.2 Populacija invalidov v izbranih državah**

V zadnjem desetletju se pričakovana življenjska doba v evropskih državah zvišuje zaradi izboljšanja področja izobraževanja, prestopa držav v univerzalni zdravstveni sistem in izboljšanja splošnih življenjskih pogojev, kar pripomore k zniževanju dejavnikov tveganja nastanka bolezni in invalidnosti (OECD Centre for Opportunity and Equality, 2017). Kljub temu so razlike v zdravstvenem stanju prebivalcev med državami močno vidne, kar prikazuje tabela 7.

Najvišji delež invalidov v celotnem prebivalstvu beleži Portugalska, kar je verjetno odraz na splošno slabšega zdravstvenega stanja; čeprav se v zadnjih letih pričakovana življenjska doba povečuje, svoje zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro opredeljuje le 46 % prebivalstva, kar Portugalsko uvršča med najslabše države OECD na področju javnega zdravja (OECD, 2017). Sledi Slovenija z 31,5 % invalidnega prebivalstva, kar je nad povprečjem EU. Pričakovati bi bilo nižji delež invalidov v prebivalstvu, saj se pričakovana življenjska doba zvišuje, delež oseb, ki svoje zdravstveno stanje opredeljuje kot dobro ali zelo dobro, pa je pri 64,8 % prebivalstva razmeroma visok (OECD, 2017). V Romuniji je v

letu 2015 o invalidnosti poročalo 26,2 % prebivalstva, kar je rahlo nad povprečjem EU, medtem ko je o dobrem zdravstvenem stanju poročalo 70 % prebivalstva (Eurostat, 2019b). Najnižji delež invalidov (12,6 %) beleži Švedska, kar je verjetno odraz na splošno dobrega javnega zdravja, saj svoje zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro ocenjuje skoraj 80 % prebivalstva (OECD, 2017).

*Tabela 7: Populacija invalidov v izbranih državah v letu 2015*

Država EU	Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (v %)						
	Vsi invalidi	Zmerna oblika invalidnosti	Težja oblika invalidnosti	Invalidne ženske	Invalidni moški	Starostna skupina od 16-64 let	Starostna skupina nad 65 let
Švedska	12,6	9,2	3,7	16,0	9,8	10,6	19,9
Slovenija	31,5	21,7	9,8	34,8	28,1	24,8	57,9
Portugalska	36,1	26,7	9,4	41,0	30,6	25,8	68,0
Romunija	26,2	19,4	6,8	30,4	21,6	16,3	63,1
EU	25,3	17,3	8,0	27,5	23,0	17,8	50,1

*Prirejeno po Grammenos (2018).*

V vseh izbranih državah se več invalidov sooča z zmerno obliko invalidnosti kot s težjo obliko invalidnosti. Prav tako je invalidnost v vseh državah pogostejša med ženskami in med osebami, starejšimi od 65 let, deloma zaradi drugačne starostne strukture pri ženskah in večjega tveganja nastanka ali poslabšanja bolezni ali invalidnosti zaradi starosti (Grammenos, 2018).

### 5.3 Invalidi na trgu dela v izbranih državah

V letu 2015 je bilo na ravni EU zaposlenih 47,4 % invalidov, delež zaposlenih invalidov pa se je v izbranih državah gibal med 43,4 % v Romuniji in 52,2 % na Švedskem. Stopnjo aktivnosti in stopnjo zaposlenosti invalidov glede na obliko invalidnosti, spol in starostno skupino prikazuje tabela 8.

*Tabela 8: Zaposleni invalidi v izbranih državah v letu 2015*

Država EU	Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi (v %)					
	Aktivni invalidi	Vsi zaposleni invalidi	Zaposleni z zmerno obliko invalidnosti	Zaposleni s težjo obliko invalidnosti	Zaposleni moški	Zaposlene ženske
Švedska	62,9	52,2	53,3	49,4	49,9	53,6
Slovenija	67,2	51,8	55,7	41,3	53,7	50,0
Portugalska	67,3	51,1	54,9	36,4	52,4	50,1
Romunija	45,3	43,4	51,1	14,6	52,4	36,5
EU	59,7	47,4	55,2	27,6	50,6	44,7

*Prirejeno po Grammenos (2018).*

Največ invalidov je bilo v letu 2015 zaposlenih na Švedskem (52,2 %), na trgu pa je bilo aktivnih približno 62,9 % invalidov. Več je zaposlenih invalidov z zmerno obliko invalidnosti, zaposlenih pa je več invalidnih žensk kot invalidnih moških (Grammenos, 2018). V Sloveniji je bilo v letu 2015 zaposlenih 51,8 % invalidov, kar je 4,4 odstotne točke višje od evropskega povprečja in 16 odstotnih točk manj kot med osebami brez invalidnosti. Ekonomska aktivnost invalidov je pri 67,2 % med najvišjimi v Evropi (Grammenos, 2018). Na Portugalskem je bilo v letu 2015 zaposlenih približno 51,1 % invalidov, kar je višje od evropskega povprečja. Stopnja aktivnosti je pri 67,3 % razmeroma visoka in primerljiva z drugimi evropskimi državami (Grammenos, 2018). Najnižji delež zaposlenih invalidov beleži Romunija, kjer je bila v letu 2015 zaposlena manj kot polovica vseh invalidov (45,3 % invalidov). Nizek delež zaposlenih invalidov je verjetno odraz nizke stopnje aktivnosti, saj je delež aktivnih invalidov (45,3 %) znatno nižji od deleža aktivnih invalidov na Švedskem, Portugalskem in v Sloveniji, kjer le ta presega 60 % (Grammenos, 2018).

V vseh izbranih državah je zaposlenih več invalidov z zmerno kot s težjo obliko invalidnosti. Medtem ko se na Švedskem, v Sloveniji in na Portugalskem delež zaposlenih invalidov s težjo obliko invalidnosti v povprečju giblje med 30–50 %, pa je ta v Romuniji pri 14,6 % izredno nizek (Grammenos, 2018). Čeprav sta z vidika zaposlenosti po spolu delež moških in delež zaposlenih žensk med državami dokaj primerljiva (z rahlo višjim deležem zaposlenih moških), pa so večja odstopanja vidna predvsem pri dveh državah; na Švedskem delež zaposlenih invalidnih žensk presega delež zaposlenih invalidnih moških, kar je lahko odraz učinkovite politike vključevanja žensk na trg in višje enakosti spolov, nasprotno pa je v Romuniji delež zaposlenih invalidnih žensk znatno nižji od deleža zaposlenih invalidnih moških, kar je lahko odraz večje neenakosti spolov, diskriminacije in predsodkov. V nadaljevanju je podrobneje prikazan položaj invalidov na trgu dela v izbranih državah.

### 5.3.1 Švedska

Za razvoj in usklajevanje politike trga dela je odgovorna Nacionalna agencija za zaposlovanje, medtem ko Zavod za zaposlovanje zagotavlja rehabilitacijo in poklicno pomoč invalidnim iskalcem zaposlitve (European Commission, 1999). Kvotni sistem na Švedskem ni vpeljan, vendar država preko različnih oblik pomoči pomaga pri vključevanju invalidov na trg (European Commission, 1999). Ena glavnih oblik državne pomoči je pomoč podjetjem s subvencijami stroškov plač invalidov. Spremljevalni ukrepi politike zaposlovanja so pomoč pri transportu oziroma mobilnosti, posebne davčne olajšave ali oprostitve davka, prilagodljiva invalidska pokojnina (omogoča krajši delovni čas), prilagoditve delovnega mesta, subvencije plač in druge. V okviru javnih služb za zaposlovanje sicer ni posebnih ukrepov, ki bi predpisovali delo v nestandardnem času ali delo od doma; taki dogovori še vedno obstajajo v okviru pogodb in dogovora med delodajalcem in invalidom (Gustafsson, 2018a).

Javni zavod za zaposlovanje zagotavlja tudi vrsto ukrepov pri iskanju zaposlitve, kot so na primer podpora pred zaposlitvijo, programi pripravništva in izobraževanja. Velik delež invalidov je zaposlen na subvencioniranih delovnih mestih, kjer država s finančno pomočjo (subvencija stroškov plače) delodajalce spodbuja k zaposlovanju invalidov. Ena izmed oblik zaposlovanja je tudi razvojna zaposlitev, ki predstavlja 12-mesečno zaposlitev invalida pri delodajalcu, kjer invalidov lahko razvija svoje delovne sposobnosti, delodajalec pa prejme finančno podporo s strani države. Invalidi s posebnimi potrebami, zaradi katerih zaposlitev na drugih delovnih mestih ni mogoča, se zaposlijo na zaščitениh delovnih mestih, bodisi v državnem podjetju Samhall, ki zaposluje okrog 20.000 invalidov oziroma približno 20 % vseh invalidov, bodisi na zaščitениh mestih v javnem sektorju (Gustafsson, 2018a).

Število brezposelnih invalidov na Zavodu za zaposlovanje se skozi leta znižuje, a najbolj ogrožena skupina ostajajo mladi invalidi, ki zaradi v povprečju nižje dosežene izobrazbe težje pridobijo delo. Delež invalidov, ki predčasno opustijo šolanje in imajo samo osnovnošolsko izobrazbo se sicer znižuje, medtem ko se delež invalidov z doseženo terciarno izobrazbo zvišuje in presega povprečje EU. Čeprav obstajajo številne sheme, namenjene prav mladim invalidom, pa statistični podatki javnega zavoda kažejo, da so pri zaposlovanju še vedno premalo zastopani. Skoraj polovica mladih invalidov z mentalnimi težavami se po končani srednji šoli zaposli v invalidskih delavnicah, 7 % jih šolanje nadaljuje, medtem ko se jih samo 22 % zaposli na odprtem trgu (Gustafsson, 2018b).

V zadnjih letih se delež zaposlenih invalidov na trgu dela povečuje zlasti med invalidi z zmanjšano delovno sposobnostjo, kar je verjetno odraz ugodne politike invalidnosti in gospodarskih razmer na trgu (Gustafsson, 2018b), čeprav imajo osebe z zmanjšano sposobnostjo za delo še vedno v povprečju nižjo stopnjo izobrazbe, višjo stopnjo brezposelnosti in na splošno nižjo raven dohodka v primerjavi z drugimi osebami (Boman, Danermark & Bolling, 2011). V okviru javnih služb za zaposlovanje ni posebnih ukrepov, ki bi predpisovali delo v nestandardnem času ali delo od doma; taki dogovori so stvar dogovora in pogodbe med delodajalcem in invalidov (Gustafsson, 2018a).

Za Švedsko je tako kot za druge nordijske države značilna visoka stopnja enakosti dohodka in varnost zaposlitve. Invalidi, ki so zaposleni, imajo razmeroma visoko varnost delovnega mesta, socialno nadomestilo za primer brezposelnosti pa prejmejo vsi, ki plačujejo obvezno zdravstveno zavarovanje (European Commission, 2011b). Prednost sistema zaposlovanja je nudenje podpore pri zaposlitvi, ne le iskalcu dela, temveč tudi delodajalcu, kar je pogosto s strani delodajalcev izraženo kot ključni dejavnik pri odločitvi, ali bodo zaposlili osebo s posebnimi potrebami. Druga prednost je, da obstaja več organizacij, ki zagotavljajo storitve, ki se nanašajo na različne potrebe invalidov in jim tako omogočijo izbiro. Podporno zaposlovanje je kot nacionalni program dosegljivo vsem invalidom in prav zaradi decentraliziranosti omogoča enostaven dostop do storitev (European Commission, 2011b).



### 5.3.2 Slovenija

V Sloveniji je področje zaposlovanja urejeno z več zakoni; Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI) invalida opredeli kot »osebo, pri kateri so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in ki ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev ali v zaposlitvi napreduje« (Tabaj & Vidmar, 2009, str. 29). Zakon je izredno pomemben, saj uveljavlja pravico invalidov do rehabilitacije, zaščiteno in podprto zaposlovanje, zaščitena delovna mesta, subvencije in druge, hkrati pa uvaja kvotni sistem za delodajalce. Pravni okvir vključuje še Zakon o invalidskem in pokojninskem zavarovanju, Zakon o delovnih razmerjih ter Pravilnik o tehničnih pripomočkih in prilagoditvi vozil (Zaviršek, 2018).

Pravni okvir sicer zajema samo osebe s fizičnimi in senzornimi motnjami, medtem ko so osebe z duševnimi oziroma psihosocialnimi motnjami opredeljene kot »nezaposljive« in so izločene iz statistike zaposlovanja, prav tako ne prejemajo podpore Zavoda za zaposlovanje. Invalidi so sicer del rednega izobraževalnega sistema, a imajo večinoma primarno in sekundarno stopnjo izobrazbe, čeprav se delež oseb z doseženo terciarno izobrazbo od leta 2008 povečuje; v letu 2015 je znašal 31,2 %, kar je nad povprečjem EU (29,4 %). Po končani osnovni šoli, v kateri se lahko izobražujejo do 26. leta, se nekateri invalidi (predvsem tisti z motnjami v duševnem razvoju) vpišejo v zaščitene delavnice, v katerih pa opravljajo neplačano delo in nimajo sklenjenih pogodb o zaposlitvi. Ker ne upajo zapustiti sistema socialne pomoči in preiti v status iskalca zaposlitve, jih večina iskanje zaposlitve tudi opusti (Zaviršek, 2018).

Kvotni sistem je vzpostavljen za vse delodajalce z več kot 20 zaposlenimi, kvota pa se določi glede na dejavnost delodajalca in se giblje med 2–6 % zaposlenih. Po uveljavitvi zakona o kvotnem zaposlovanju se je število zaposlenih invalidov povečalo za 36 % (Pirnat, 2016). Kljub kvotnemu sistemu najpomembnejša politika zaposlovanja ostaja poklicna rehabilitacija, saj vključuje največje število invalidov. Po končanem postopku, ki se odvija na zavodu in temelji na oceni posameznikovih zmožnosti, se lahko oseba zaposli v podjetjih (javnih in zasebnih) na odprtem trgu, v invalidskih podjetjih in v zaposlitvenih centrih. Ker se po letu 2011 znatno zmanjšuje število delodajalcev, ki krijejo stroške poklicne rehabilitacije, se večina invalidov zaposli v invalidskih podjetjih ali pa preko programov javnih del, ki zagotavljajo le začasno zaposlitev za obdobje enega leta (Zaviršek, 2018).

V invalidskih podjetjih, v katerih je od vseh zaposlenih vsaj polovica invalidov, je delodajalec oproščen plačila prispevkov dela za vse zaposlene. Čeprav zaposlujejo večino invalidov, je njihovo število s 166 podjetij v letu 2009 upadlo na 147 podjetij v letu 2016 (Pirnat, 2016). Invalid se lahko zaposli tudi na prilagodljivih delovnih mestih, ki so sicer opredeljena v splošni zakonodaji, a veljajo za vse osebe, ne glede na to, ali ima oseba invalidnost ali ne. Posebnih razmer, ki bi se nanašale samo na invalide, ni, razen tistih, ki so povezane s poklicno rehabilitacijo (Zaviršek, 2018).

Invalidi, ki so tudi po končanem postopku poklicne rehabilitacije ocenjeni kot »nezaposljivi«, prejmejo pisni nalog Zavoda za zaposlovanje za podprto ali zaščiteno delovno mesto, a naj bi bilo število dejansko zaposlenih oseb precej nižje od števila izdanih pisnih nalogov. Večina oseb v zaposlitvenih centrih ima težjo stopnjo invalidnosti; mentalne in duševne omejitve, in ne more iskati dela na odprtem trgu (Zaviršek, 2018). Število invalidov v rednem delovnem razmerju naj bi se zmanjševalo, medtem ko se zaposlovanje povečuje v posebnih delovnih ureditvah, kot so zaposlitveni centri in invalidska podjetja (Zaviršek, 2018). Problem v Sloveniji ostaja predvsem zaposlitvena politika, ki naj bi bila bolj usmerjena v rehabilitacijo za zagotavljanje kratkoročnih delovnih mest kot k dolgoročni zaposlitvi na običajnih delovnih mestih (Tabaj & Vidmar, 2009).

Predsodki delodajalcev ob zaposlitvi invalidov so vidni, k zaposlovanju pa jih največkrat spodbudijo ukrepi, kot so subvencije plač, prilagoditve delovnega mesta ter oprostitve plačila prispevkov za invalidsko in pokojninsko zavarovanje. Zaposlen invalid je na delovnem mestu sicer dobro zaščiten; če delovno mesto, ki ga je invalid opravljal, ni več na voljo ali pa se invalidu zmožnost opravljanja tega dela spremeni ali zmanjša, mora delodajalec invalidu najti primerno delovno mesto. Odpusti ga lahko šele v primeru, da so izčrpane vse možnosti in da ni primerne delovnega mesta. Problem je, ker delodajalci niso dobro seznanjeni z Zakonom o zaposlovanju invalidov, zaradi česar invalidom delovnega mesta ne znajo prilagoditi, odgovorne institucije pa ne nudijo zadostne podpore in pomoči. Večina invalidov dela za minimalno plačo in pod pritiski delodajalcev. Brezposelni invalidi so odvisni od socialnih nadomestil, ki pa ne dosežejo praga revščine (Pirnat, 2016).

### 5.3.3 Portugalska

Glavna organizacija na področju zaposlovanja je Nacionalni zavod za zaposlovanje in poklicno usposabljanje, ki invalidom nudi podporo pri zaposlovanju z izvajanjem različnih dejavnosti in ukrepov, pogosto v sodelovanju z mrežo zaposlitvenih centrov oziroma lokalnih struktur, ki spadajo v pristojnosti zavoda. Glavna dejavnost Zavoda za zaposlovanje je pomoč pri pridobivanju zaposlitve na odprtem trgu (na običajnih delovnih mestih), v zaščiteni in podprti zaposlitvi ter pri zaposlitvi v obliki pripravništva, spremljevalne storitve pa zajemajo podporo pri vključevanju na trg dela, ocenjevanje in usmerjanje iskalcev zaposlitve (prekvalifikacija), spremljanje invalida po namestitvi na delovno mesto, prilagoditev delovnega mesta in odstranitev arhitekturnih ovir. Zanimivost je, da Zavod delodajalce, ki spodbujajo prakse vključevanja invalidov, nagradi z oznako »vključujoče podjetje«. (ang. Inclusive Employer Brand) (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a, str. 9-10).

Velik strukturni problem predstavlja visoka stopnja brezposelnosti na ravni celotnega prebivalstva; brezposelnih je kar 24,1 % invalidov in 16,7 % oseb brez invalidnosti.

Predvsem je brezposelnost visoka med mladimi invalidi in med starejšimi od 55 let (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018b). Visok delež brezposelnih invalidov je deloma posledica v povprečju nižje dosežene stopnje izobrazbe, saj je imelo v letu 2016 na Zavodu za zaposlovanje le 20 % registriranih invalidov srednješolsko in le 6 % terciarno izobrazbo. Razlog je lahko dejstvo, da šolam primanjkuje tako finančnih kot kadrovskih sredstev za prilagoditev učnih procesov invalidom. Predvsem finančna sredstva, namenjena izobraževanju in usposabljanju, se od leta 2010 znižujejo, po drugi strani pa število invalidov narašča, kar znižuje porabo na osebo. Poleg tega Portugalska nima zakonodaje, ki bi predpisovala obvezno udeležbo invalidnih študentov na višješolski stopnji, čeprav je za njih predpisana kvota 2 % prostih mest na univerzi (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a).

Portugalski sistem ne omogoča pridobivanja plače iz zaposlitve in hkrati prejetja invalidske pokojnine, a se na splošno šteje kot ekonomska prednost za iskalce zaposlitve, ki zapustijo sistem socialnih nadomestil in prevzamejo plačano delo, medtem ko pri zaposlitvi v neplačanih službah invalidi ugodnosti obdržijo. Spremljevalni ukrepi so tudi tehnični pripomočki, ugodnosti pri nastanitvi in osebni mobilnosti ter osebna pomoč pri delu, oblike podpore iz drugih delov socialnega sistema (na primer nega) pa običajno niso na voljo in si jo mora invalid zagotoviti sam (European Commission, 2011b).

Invalidi se lahko zaposlijo na zaščitene delovnih mestih, a le tisti, ki imajo priznano delovno zmogljivost med 30–90 % zmogljivosti osebe brez invalidnosti. Isto pravilo glede delovne zmogljivosti velja pri zaposlitvi na podprtih delovnih mestih. Invalidi, ki so se zaposlili pred letom 2005 (poseben režim), so upravičeni do posebnih delovnih pogojev, kot so delo s skrajšanim delovnim časom, pogosti odmori, fleksibilen delavnik ipd., a le pod pogojem, da to ne vpliva na normalno delovanje organizacije in na storitve, ki se zagotavljajo javnosti (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a, str. 20).

Kvotni sistem je vzpostavljen in v javnem sektorju predvideva 8 % invalidov, v zasebnem pa 2 %. Obveznosti delodajalcev pri zaposlitvi invalida so predvidene z zakonom, ki nalaga oblikovanje ustreznih pogojev za delo (primerno prilagoditev delovnega mesta), enakovredno plačilo, poklicno usposabljanje in strokovno napredovanje. Delodajalcem so na voljo tudi subvencije plač in donacije, namenjene kritju nekaterih stroškov prilagoditve (European Commission, 2011b).

V zadnjih letih so se oblikovali še dodatni ukrepi za spodbujanje zaposlovanja predvsem mladih invalidov. Čeprav se število delovnih mest, pripravništev in drugih oblik podprtega zaposlovanja povečuje, se delo malokrat nadaljuje v dolgoročno zaposlitev, saj številni delodajalci invalida raje odpustijo in ga nadomestijo z novim pripravnikom. Število invalidov, zaposlenih na odprtem trgu dela, je še vedno zelo nizko, deloma zaradi diskriminatornega odnosa, pomanjkanja nastanitev in splošnega pomanjkanja dostopnosti v grajenem okolju in prometnih sistemih (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a).

#### 5.3.4 Romunija

V Romuniji ni nacionalnega programa za podpiranje zaposlovanja, vseeno pa obstajajo številne pobude za zaposlovanje invalidnih oseb. Podporne službe, ki pomagajo pri vključevanju invalidov na trg dela, naj bi bile sicer pri svojem delu zelo omejene. Ukrepi za dvig zaposlovanja vključujejo davčne olajšave, prilagodljive dajatve za nezmožnost dela, tehnične pripomočke in druge. Kvotno zaposlovanje je v Romuniji vzpostavljeno od leta 2007 in nalaga obveznost 4 % zaposlenih invalidov vsem javnim organom in ustanovam ter pravnim osebam z več kot 50 zaposlenimi (European Commission, 2011b).

V praksi se pogosto zasledi neupoštevanje tega zakona; številna podjetja se izognejo obveznosti s plačilom odškodnine/kazni državi ali nakupom proizvodov ali storitev, ki jih proizvedejo invalidska podjetja, in raje zaposlijo osebe brez invalidnosti (Anghelescu in drugi, 2017; Baciu & Lazar, 2017), podjetja pa se zaposlovanju invalidov izognejo tudi zaradi predvidene nižje produktivnosti invalidov in daljših izostankov zaradi zdravstvenih težav (Dănciță & Cîrnu, 2014).

Projekte in programe za usposabljanje in zaposlovanje invalidov v Romuniji večinoma financirajo lokalne agencije in nevladne organizacije, medtem ko je vloga nacionalnih agencij izredno nizka; le majhen delež invalidov je vključen v programe zaposlovanja, še manjši delež pa se preko agencij dejansko tudi zaposli (Baciu, Alexiu, Lazar, Tveit & Fylling, 2016). Pri zaposlovanju sodelujejo tudi pooblaščená zaščitena podjetja in organizacije v obliki pravnih in fizičnih oseb (delavnice, cehi, nevladne organizacije, sekcije itd.), kjer mora biti od skupnega števila zaposlenih vsaj 30 % invalidov. Število takih podjetij je s 400 enot v letu 2010 naraslo na 722 enot v letu 2015 (Anghelescu in drugi, 2017), taka oblika zaposlitve pa invalidnim osebam pogosto predstavlja edini vir zaposlitve (Angela, 2015).

Zaposlovanje invalidov je sicer urejeno z zakoni in uredbami EU ter zakonom št. 448/2006, ki določa primerno nastanitev in prilagoditev delovnega mesta za vsako osebo s posebnimi potrebami (Anghelescu in drugi, 2017), a je kljub temu visok odstotek invalidov brezposeln in na pragu revščine. Država trenutno še ni v koraku z globalnim trendom invalidnosti, kar se odraža v razdrobljenem segmentu informacij (na primer število oseb s certifikatom invalidnosti glede na vrsto in stopnjo ter število oseb z invalidsko pokojnino), medtem ko primanjkuje jasne, celovite, združene informacije o teh osebah, ki bi bile koristnejše pri oblikovanju učinkovite politike (Baciu, Alexiu, Lazar, Tveit & Fylling, 2016). Sama opredelitev invalida še vedno temelji na medicinskem modelu in enakih določbah kot v preteklosti (oseba z »oviro, hendikepom«), kar je lahko razlog za visoko stopnjo diskriminacije do invalidov (Baciu, Alexiu, Lazar, Tveit & Fylling, 2016) in posledično nižjo udeležbo na trgu. Tako je tudi postopek pred pridobitvijo zaposlitve (na odprtem trgu ali prek zaposlitvenih agencij) dolg in zapleten ter osnovan tako, da lahko predčasno izloči delavce, ki bi v realnosti lahko delo opravljali (Baciu & Lazar, 2017).

Med glavnimi razlogi za nizko udeležbo na trgu dela naj bi bil pomanjkljiv izobraževalni sistem, saj je incidenca opustitve šolanja kar dvakrat višja med invalidi kot med osebami brez invalidnosti. V letu 2015 je le 15,4 % invalidov končalo višješolsko izobraževanje, kar jo uvršča med države z najnižjimi stopnjami. Tudi delež oseb brez invalidnosti, ki nadaljuje izobraževanje na visokošolskem študiju, je pri 25,8 % izredno nizek (Grammenos, 2018). Invalidi poskušajo izobrazbo pridobiti s šolanjem doma ali z obiskovanjem posebnih šol, kjer pa je kakovost izobraževanja nižja od tiste, ki jo pridobijo osebe brez invalidnosti v običajnih šolah (Angela, 2015).

Romunija se sooča z velikimi težavami pri vključevanju invalidov na trg dela in po deležu zaposlenih invalidov zaostaja za drugimi evropskimi državami. Dănăciță in Cîrnu (2014) izpostavita, da trg dela na splošno zaznamujejo nizka stopnja zaposlenosti med invalidi, neučinkoviti nacionalni ukrepi v boju proti socialni izključenosti, pogosto hitra izguba dela, nemotiviranost za nadaljnje iskanje dela in fizične ovire v okolju.

## **5.4 Dostopnost okolja in mobilnost invalidov v izbranih državah**

### **5.4.1 Švedska**

Na Švedskem skoraj polovica uporabnikov javnega prevoza nima težav pri mobilnosti, medtem ko naj bi bilo iz transporta zaradi omejene mobilnosti izključenih približno 31 % oseb. Švedska sicer ima podrobne in specifične zahteve ter smernice glede dostopnosti transporta; že od leta 1979 velja zakon, ki opredeljuje transport, dostopen invalidnim osebam. Smernice na področju oblikovanja in opremljanja transportnih vozil (vlak, tramvaj, avtobus) narekujejo, da se vozila v kar največji meri prilagodi glede na potrebe invalidnih uporabnikov. Pogoji oblikovanja se nanašajo na vstop in izstop izvozila, širino vrat in prehodov, ročaje in držala, sedeže, prostore za invalidski voziček, vizualne znake, signalizacijo in druge. Invalidi ali starši invalidnega otroka lahko prejmejo subvencijo za nakup in prilagoditev invalidskega vozila (Berliner Verkehrsbetriebe, 2003).

Občinski prevozni sistem invalidom omogoča prevoz s taksiji ali posebej prilagojenimi vozili, a je ta pravica pogosto omejena na določeno število potovanj ali prevoženo razdaljo, cene storitev pa se med posameznimi krajevnimi oblastmi razlikujejo (Lilja, Mansson, Jahlenius & Sacco-Peterson, 2003). V mnogih občinah so skoraj vsi avtobusi, tako lokalni kot regijski, prilagojeni osebam z zmanjšano mobilnostjo (na primer spuščena tla avtobusa za lažji vstop/izstop). V mestu Helsingborg se že več kot desetletje uporablja prevozni sistem, posebej zasnovan za uporabnike z omejeno mobilnostjo, medtem ko je v mestu Borås dostopen prevozni sistem prisoten še dalj časa in območja za pešce nimajo pločnikov ali drugih pregrad, sistem pa omogoča neomejeno uporabo in nizke cene transporta (Wretstrand, Svensson, Fristedt & Falkmer, 2009).

Na področju gradbene politike sta za izvajanje odgovorni dve ravni vlade; zakonodaja in financiranje sta odgovornost države, dejanska izvedba pa je v pristojnosti lokalnih organov. Švedska ima sicer dolgoletne predpise o grajenju stavb, ki nalagajo, da morajo biti vse zgradbe in stanovanja (zgrajene in tiste v postopku grajenja) ter celotno zunanje okolje dostopne in uporabne za posameznike s posebnimi potrebami, zato je prilagoditev okolja pristojnost in strošek države, ne invalida. Univerzalna zasnova ima tako na Švedskem velik pomen (Lilja, Mansson, Jahlenius & Sacco-Peterson, 2003). Predvsem v glavnem mestu (Stockholm) se dostopnost izboljšuje z urejanjem prehodov za pešce (zvočni signal ob zeleni luči, kontrastne oznake), vključno z gradnjo klančin oziroma ramp za invalidske vozičke. Vedno bolj dostopne postajajo tudi športne in kulturne ustanove (športni centri) in avtobusna postajališča, ki z višjimi robniki olajšajo vstop in izstop z invalidskimi vozički (Swenden Sverige, 2018).

#### 5.4.2 Slovenija

Osnovo za področje dostopnosti predstavljajo Splošna deklaracija o človekovih pravicah iz leta 1948, Ustava Republike Slovenije, Konvencija ZN o pravicah invalidov in Zakon o izenačevanju možnosti invalidov, ki predvidevajo enake možnosti in pravice invalidov ter prepovedujejo kakršno koli obliko diskriminacije. Sledi Akcijski program za invalide 2014–2021, ki vsebuje cilj odstranitve arhitektonskih ovir. Zakon o prostorskem načrtovanju, ki je leta 2007 nadomestil Zakon o urejanju prostora, opredeljuje javna zemljišča in na njih zgrajene objekte, namenjene splošni rabi. Nalaga obvezno dostopnost vsem osebam pod enakimi pogoji in določa, da morajo biti posegi v prostor urejeni tako, da se dostop do objektov omogoči funkcionalno oviranim osebam (Brecelj, Sajko & Tabaj, 2014).

Kljub zakonodaji in predpisom je po podatkih EU (Flash Eurobarometer, v viru Brecelj, Sajko & Tabaj, 2014, str. 10) v Sloveniji v letu 2012 kar 69 % invalidov pritrnilo, da nedostopnost okolja omejuje njihovo participacijo v družbi; v šolah, volitvah, preživljanju prostega časa ipd. Večina predstavnikov invalidskih društev in invalidov, ki so funkcionalno omejeni (osebe s cerebralno paralizo, distrofiki, paraplegiki, osebe z multiplo sklerozo), poudarja težavo stopnic, odsotnost ali nedelovanje dvigal, neprehodne in previsoke pločnike in robnike, neustreznost klančin, preozka vrata in prehode, neustrezne sanitarije ipd. Vsi invalidi imajo več težav pri dostopu v objekte zasebne narave (lokali, frizerski saloni ipd.) kot javne narave (bolnišnice, banke ipd.), pravijo pa tudi, da je dostopnost najbolj urejena v Ljubljani in večjih mestih (Brecelj, Sajko & Tabaj, 2014).

Največjo oviro torej predstavljajo vstop v stavbo ali javni prostor, arhitektonske ovire, kot so na primer pločniki in prečkanje ceste, ter javni prevoz. Med vrstami prevoza naj bi bila najbolj problematična medkrajevni avtobusni prevoz in železniški prevoz (Sendi & Kerbler-Kefo, 2009, str. 10). Kljub zasledovanju evropskih smernic in številnim predpisom na področju dostopnosti je v Sloveniji narejeno premalo; glavni vzrok naj bi bilo predvsem

neučinkovito izvajanje ukrepov in nezadostno upoštevanje zakonov in ostalih predpisov ter pomanjkanje predlogov dejanskih deležnikov – invalidov (Sendi & Kerbler-Kefo, 2009, str. 18). Po podatkih poročila o dostopnem turizmu (Bekiaris in drugi, 2018) se Slovenija na področju dostopnosti in odprave ovir uvršča med pozne začetnike, za katere je značilno, da pravni okvir in predpisi na področju dostopnosti sicer obstajajo, a njihova implementacija ni časovno določena. Izvajanje je torej načrtovano bolj v prihodnosti kot pa eden trenutnih ciljev. Nekateri izmed predlogov izboljšanj so pokrivanje vseh področij transporta z enotnim zakonom, ki vključuje tudi »mehke« dejavnike, kot so na primer izobraževanje kadra in upoštevanje vladnih shem pri implementaciji.

#### 5.4.3 Portugalska

Na Portugalskem obstaja velika težnja k modernizaciji mestne infrastrukture in posodobitvi javnega prevoza, saj je pomanjkanje dostopnosti v grajenem okolju in prometnem sistemu težava po vsej državi. Leta 1997 je bil sicer uveden zakon, ki je državo prisilil v prilagoditev javnih zgradb, vendar ga je bilo zaradi neupoštevanja treba podaljšati še za 10 let. Rok za izvedbo je bil leta 2017, a se razmere niso bistveno izboljšale (Watson Peláez, 2017). Protidiskriminacijski zakon iz leta 2006 določa norme glede dostopnosti za večino grajenega okolja (dvigala, hodniki, galerije, stranišča ipd.) in za posebne vrste zgradb, kot so šole, koncertne dvorane, in druge objekte za družbeno-kulturne dejavnosti. Specifične zahteve, predpisane z zakonom 163/2006, se uporabljajo tudi za stanovanjske stavbe (Priestley, 2013).

Na področju dostopnega transporta uredba 58/2004 določa standarde dostopnosti za nove javne avtobuse, a se nanaša le na novo pridobljena javna vozila, tako bo preteklo kar nekaj časa, preden se vsa vozila preoblikujejo v vozila, dostopna invalidom. Norme obstajajo tudi pri oblikovanju podzemnih postaj, kjer so predvidena dvigala in rampe. Ena izmed študij navaja, da naj bi bilo dostopnih le okoli 12,4 % postajališč, večina dvigal na podzemnih postajah pa je nedelujočih. Na primer v Lizboni je invalidom prilagojenih samo 50 %, v Portu pa 57 % avtobusov (Campos Pinto & Teixeira, 2012).

Nacionalna zakonodaja opredeljuje specifične zahteve samo za taksi službe, a si tega načina prevoza invalidi zaradi nizkih dohodkov pogosto ne morejo privoščiti. V Lizboni lahko invalid pridobi posebno prevozno kartico za prevoz od doma do zelenega kraja, pa tudi invalidsko kartico za brezplačno parkiranje. Čeprav so osebe upravičene do znižanja davka na dodano vrednost pri nakupu prilagojenega avtomobila, pogosto nimajo zadostnih finančnih sredstev za nakup, postopki za pridobitev avtomobila kot dopolnilne tehnologije pa so zelo dolgi in zapleteni (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a).

Za izboljšave transporta primanjkuje jasnih predpisov, strožje zakonodaje in finančnih sredstev za razvoj. Veliko število invalidov na Portugalskem (razen v Lizboni in Portu) nima ustreznega dostopa do infrastrukture in transporta, kar jih izolira od družbe, zdravstvenih domov, šol in ostalih nujnih institucij. Na žalost nedavne spremembe

zakonov ne prispevajo k napredku na tem področju (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a). Ustrezna politika dostopnosti in transporta tako ostaja eden najpomembnejših področij v nadaljnji politiki Portugalske.

#### 5.4.4 Romunija

Po nekaterih ocenah se približno 200.000 oseb sooča s prirojeno ali pridobljeno okvaro mobilnosti, a se pomanjkanje prilagoditev okolja kaže že v osnovni infrastrukturi; pločniki so pogosto neprehodni zaradi parkiranih vozil, robniki so previsoki in neprilagojeni, na prehodih primanjkuje jasne zvočne signalizacije za slepe osebe, redke klančine pa so pogosto prestrme, da bi jih invalid lahko varno prevozil. Mnoge komunistične stavbe v prestolnici niso bile zasnovane za invalide in se tudi po vključitvi v EU (ter sprejetjem njene zakonodaje in predpisov) niso izboljšale. Zakonodaja sicer predvideva prilagoditve določenih stavb, a je njena interpretacija večkrat nejasna in nepravilno uveljavljena, med prebivalci pa še vedno prevladuje sovražnost in diskriminatorno vedenje proti »drugачnim«, kar lastnikom omogoči izognitev zakonskim obveznostim in dodatnim stroškom prilagoditve (Horvath, 2014).

V Bukarešti so bila sicer nameščena dvigala na večini postaj metroja, a ker so znotraj etaže z več stopnicami, so nameščena električna dvigala. Ta so pogosto v okvari, če pa so delujoča, jih invalid ne more neodvisno uporabljati, saj potrebuje pomoč. Ko uporabi gumb za alarm, asistence pogosto ni. Ena izmed redkih invalidom prilagojenih institucij naj bi bili nakupovalni centri. Razlog za to najverjetneje leži v tujem lastništvu in posledično prevzeti infrastrukturi (Horvath, 2014).

Zadnja leta so se na področju dostopnosti končno začele izvajati večje spremembe; v letu 2010, ko je Romunija ratificirala Konvencijo ZN o pravicah invalidov, se je ustanovil tudi Nacionalni svet za boj proti diskriminaciji (ang. National Council for Combating Discrimination), zadolžen za izvajanje načrta za izboljšanje pogojev za invalide. Nov predlog Sveta navaja, da se 4 % državnega proračuna nameni izboljšanju dostopa za invalide ter imenuje gradbeni inšpektorat za preverjanje javnih stavb in izdajanje glob tistim, ki niso v skladu z zakonom (McGrath, 2014).

Organizacija Motivation Romanian Foundation je aktivirala skupino, ki od leta 2012 sodeluje z arhitekti pri načrtovanju in prilagoditvah javnih institucij. Njihov cilj je vključiti čim več invalidov v družbo, predvsem tistih, ki so odvisni od invalidskega vozička. Eden največjih dosežkov organizacije je izdelava Karte dostopnosti (ang. Accessibility Map), ki vključuje več kot 1.000 stavb in jih deli glede na dostopnost: dostopne, delno dostopne in nedostopne. Karta je invalidom vsekakor v pomoč, a hkrati prikazuje slabo prilagojenost institucij: dostopnih naj bi bilo samo okoli 23 % javnih stavb in 18 % domov, kjer prebivajo invalidi na vozičkih (Horvath, 2014).



## 5.5 Socialno varstvo v izbranih državah

Po podatkih Evropskega statističnega urada (Eurostat, 2017) so izdatki za socialno varstvo v letu 2015 na ravni EU zavzeli približno 27,4 % BDP, delež izdatkov za socialno varstvo v izbranih državah pa se je gibal med 14,3 % BDP v Romuniji in 28,8 % BDP na Švedskem. Izdatki za invalidnost kot ena izmed kategorij izdatkov za socialno varstvo so na ravni EU zavzeli 2 % BDP, v izbranih državah članicah pa se je delež gibal med 1,1 % BDP v Romuniji in 3,3 % na Švedskem. Višino izdatkov za socialno varstvo in izdatkov za invalidnost v BDP v izbranih državah prikazuje tabela 9.

Tabela 9: Izdatki za socialno varstvo in invalidnost v izbranih državah v letu 2015

Država EU	Delež izdatkov v BDP (v %)	
	Izdatki za socialno varstvo	Izdatki za invalidnost
Švedska	28,8	3,3
Slovenija	23,3	1,3
Portugalska	24,7	1,8
Romunija	14,3	1,1
EU	27,4	2,0

Prirejeno po Eurostat (2017).

Več raziskav kaže, da so v svetu največje porabnice izdatkov za socialno varstvo prav evropske države, čeprav so med njimi vidne velike razlike, ki so večinoma posledica zgodovine in oblike socialnih sistemov. Skandinavske države (Švedska) nudijo največjo pokritost s socialnim sistemom, medtem ko je socialni sistem v sredozemskih (Portugalska) in nekaterih državah srednje (Slovenija) in vzhodne Evrope (Romunija) bolj kategoriziran, zaradi česar je stopnja pokritosti nižja. Te države naj bi bile tudi manj uspešne pri zniževanju stopnje revščine. Ker je bistvo socialnih izdatkov prerazporejanje dohodka, zmanjšanje stopnje revščine na splošno beležijo tako države, ki imajo politiko univerzalnega socialnega sistema, kot tiste, v katerih socialni sistem temelji na določanju ciljnih skupin (Baldini, Gallo, Reverberi & Trapani, 2016).

### 5.5.1 Švedska

Na Švedskem zakonodaja in zdravstveni sistem temeljita na integraciji, polni vključenosti in enakosti prebivalcev. Švedski sistem blaginje temelji na zagotavljanju splošne podpore družbi in njenem dopolnjevanju z individualno podporo invalidnim osebam. Nacionalna politika invalidnosti je bila sprejeta že v letu 2000 in določa, da morajo imeti invalidi enake možnosti in obveznosti kot vsi ostali v družbi. V zadnjem desetletju je viden trend v smer večje decentralizacije odgovornosti, kar je preneslo večji del odgovornosti z države na lokalne oblasti in povzročilo vzpostavitev zasebnih akterjev v medicinskih in socialnih storitvah (Lilja, Mansson, Jahlenius & Sacco-Peterson, 2003).

Po reformi pokojninskega sistema v letu 2003 je invalidska pokojnina postala del zdravstvenega zavarovanja, nadomestila za invalidnost in bolezen pa so se spremenila v nadomestilo za bolezen in nadomestilo za dejavnost. Nadomestilo za dejavnost se dodeli mladim invalidom, ki imajo dolgoročno vsaj 25 % zmanjšano sposobnost za delo, a so do njega upravičeni šele po dopolnitvi 19 let in ga lahko prejemajo do tri leta, vendar največ do dopolnjenega 30-tega leta. Po 30. letu prejemajo nadomestilo za bolezen ali invalidnost, za pridobitev katerega prav tako velja vsaj za 25 % zmanjšana sposobnost za delo zaradi invalidnosti ali bolezni, prejemajo pa ga lahko do dopolnjenega 65-tega leta (Gustafsson, 2018a).

Invalidi so upravičeni do prejemanja nadomestila za bolezen ali dejavnost, če imajo vsaj 25 % zmanjšano delovno zmogljivost, če so zavarovani in če živijo ali delajo na Švedskem. Nadomestilo za bolezen se dodeli glede na pretekle dohodke; invalidi, ki so pred prejemanjem nadomestila prejeli dohodek, so upravičeni do nadomestila v višini 64,7 % povprečnega dohodka v zadnjih letih, a največ 1.600 EUR mesečno, invalidi, ki prej niso prejeli dohodkov ali pa so bili ti izjemno nizki, pa prejmejo zajamčeno nadomestilo v višini 800 EUR. Invalidi lahko prejmejo tudi nadomestilo za pokrivanje dodatnih stroškov zaradi invalidnosti; kriteriji za pridobitev nadomestila so potreba po osebni pomoči vsaj dve uri na dan, potreba po pomoči pri izobraževanju ali zaposlitvi ali dodatni stroški zaradi invalidnosti. Višina dajatev se vsako leto prilagaja, v povprečju pa se giblje med 117 in 226 EUR mesečno. Starši otroka s posebnimi potrebami lahko prejmejo nadomestilo za nego otroka, ki se giblje med 207-835 EUR, a le do njegovega dopolnjenega 19-tega leta (Gustafsson & Danermark, 2017).

Za pokrivanje dodatnih stroškov invalidnosti lahko invalidi ali starši invalidnih otrok prejmejo državno pomoč za nakup in prilagoditev storitev (Lilja, Mansson, Jahlenius & Sacco-Peterson, 2003). Če potrebuje invalid pomoč vsaj 20 ur na teden pri osnovnih dejavnostih, kot so prehranjevanje, oblačenje, nega, gibanje in druge, je upravičen do dodatka za asistenco. Pomoč na domu ima organizirano vsaka lokalna oblast. Invalid je pri izbiri asistentov svoboden, prav tako pri razporejanju njihovega dela, omejen je le s številom ur asistence (Gustafsson, 2018a).

Invalidi lahko prejemajo tudi nadomestilo za brezposelnost in otroški dodatek (za otroke z invalidnostjo, mlajše od 16 let). Ostale koristi so tudi stanovanjski dodatek, dodatek za nakup prilagojenega vozila in nepovratna (občinska) sredstva za prilagoditve stanovanja (na primer odstranitev pragov, vgradnja rampe na vhodu ipd.). Nepovratna sredstva zajemajo vse vrste invalidnosti, ki pa mora biti trajna ali dolgotrajna (Gustafsson & Danermark, 2017).

Upravičenost do prejemanja socialnih oziroma invalidskih nadomestil določa Agencija za socialno zavarovanje, ki s programi rehabilitacije oceni posameznikove zmožnosti. Od leta 2008 se za dodelitev nadomestila za bolezen/invalidnost uporabljajo strožja pravila; sposobnost prosilca za delo za odprtem trgu mora biti trajno zmanjšana (vsaj za četrtno

delovne zmogljivosti), izčrpana pa mora biti tudi možnost rehabilitacije. Namen zaostritve pravil je poenostaviti proces bolniške odsotnosti in povečati možnost vrnitve na delo (Gustafsson, 2018a).

Švedska je kot industrializirana država oblikovala obsežen sistem za zagotavljanje socialnih storitev in zdravstvene oskrbe, ki zadovoljuje širok spekter potreb in zagotavlja storitve, kot so osebna nega, gospodinjstva pomoč, prevozne storitve, dnevna oskrba, institucionalna oskrba, podporni pripomočki in prilagoditve doma. Socialni sistem pokriva vse prebivalce, ne glede na vzrok invalidnosti ali njihovo premoženjsko stanje. Na Švedskem imajo invalidi popolno izbiro in nadzor nad podporo, ki jo potrebujejo za samostojno življenje, s (skoraj) enakim dostopom do glavnih storitev kot ostali državljani (Pinto, 2011).

### 5.5.2 Slovenija

Tveganje revščine med invalidi je v Sloveniji veliko višje kot med osebami brez invalidnosti in še narašča. Socialni transferji so na splošno nizki, zaradi politike varčevanja pa je postal prag za upravičenost do prejemanja nadomestil strožji (Zaviršek, 2018, str. 20). Pri številnih nadomestilih se je tako število prejemnikov znižalo, kar je posledica dviga praga za upravičenost in dejstva, da so nekatera postala vračljiva. V letu 2015 se je sicer povečalo število prejemnikov socialne pomoči zaradi poslabšanja dolgotrajne brezposelnosti in posledično revščine, vpliv socialnih transferjev na zmanjšanje tveganja revščine pa se je še dodatno znižal (Zaviršek, 2018).

Za pridobitev invalidske pokojnine se upoštevajo tri lestvice invalidnosti, ki merijo procentualno izgubo delovne zmogljivosti. Invalid, ki ni zaposlen in ki je dolgotrajno nezmožen za delo, lahko dobi denarno nadomestilo v višini 288,81 EUR na mesec, če živi sam, in 219,50 EUR, če živi v skupnem gospodinjstvu. Tisti, ki potrebujejo nego, lahko prejmejo še dodatek za nego (varstveni dodatek), a le do maksimalnega določenega zneska 470,76 EUR. Če skupna vsota nadomestil ne doseže 470,76 EUR, lahko prejme še dodatek za postrežbo v višini te razlike. Najvišji znesek, ki ga invalid lahko prejme, je 470,76 EUR na mesec, kar je pod pragom revščine (Zaviršek, 2018).

V letu 2011 se je zaradi vladne konsolidacije iz socialnih transferjev, ki jih zagotavlja država, ukinil dodatek na nego (varstveni dodatek). Ta denar je bil dodeljen invalidom in osebam, starejšim od 65 let, z minimalnimi pokojninami (znesek se je gibal med 50 in 100 EUR na mesec). Do leta 2017 je veljalo, da mora dodatek za nego po smrti invalida njegova družina vrniti državi. Glede na prag revščine, ki od leta 2014 znaša 596 EUR na mesec za eno osebo, 447 EUR za dve osebi v gospodinjstvu in 313 EUR za gospodinjstvo z dvema otrokoma, so socialni transferji v Sloveniji komaj zadostni za pokrivanje osnovnih življenjskih potreb, kaj šele za doseganje kakovostnega standarda življenja (Zaviršek, 2018, str. 20). Predvsem invalidske pokojnine so v Sloveniji izredno nizke; ker minimalna pokojnina ni določena in je odvisna od plačanih prispevkov, morajo tisti, ki so se zgodaj

invalidsko upokojili, preživeti z manj kot 300 EUR na mesec. Kot že omenjeno, lahko invalid sicer pridobi varstveni dodatek, ki mu omogoča doseganje 470 EUR mesečno, a se večina temu dodatku odpove, saj si po njegovi smrti država iz njegove dediščine izplača stroške dodatka (Pirnat, 2016).

Nacionalno združenje invalidov je ocenilo, da v Sloveniji ni vladne invalidske politike, ki bi bila v skladu s socialnim modelom invalidnosti in bi podpirala invalidne osebe med procesom izobraževanja, prehodom v samostojno življenje in na trg dela. Kljub stabilizaciji oseb na meji revščine se dolgoročno tveganje povečuje v skupinah, ki so najbolj odmaknjene s trga dela, kamor spadajo tudi invalidi (Zaviršek, 2018).

### 5.5.3 Portugalska

Po gospodarski krizi, ki je Portugalsko močno prizadela, so se merila za upravičenost do prejemanja socialnih prejemkov zaostрила. Med letoma 2011 in 2016 je zaradi varčevalnih ukrepov vlada zamrznila vse pokojnine in nadomestila, vključno z invalidskimi dajatvami. Za manj kot en odstotek se je zvišala le invalidska pokojnina (za invalidnost, pridobljeno pri delu), če je bila le ta nižja od 628,82 EUR na mesec. Ker so nadomestila in dajatve že na splošno zelo nizke, invalidom in njihovim družinam pa pogosto predstavljajo edini vir prihodka, je zamrznitev prispevala k zvišanju stopnje revščine med invalidi. Kljub stabilizaciji gospodarstva v zadnjih letih višina nadomestil ostaja pod pragom tveganja revščine (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018b).

Na resen strukturni problem opozarja podatek, da je tveganje revščine višje med delovno aktivnimi invalidi (38,1 %) kot med invalidi, starejšimi od 65 let (25,2 %) (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018b), kar je mogoče povezati z na splošno visoko stopnjo brezposelnosti v državi. Sicer so invalidi upravičeni do številnih socialnih nadomestil, kot so invalidsko nadomestilo, invalidska pokojnina, socialno invalidska pokojnina, družinski dodatki iz naslova invalidnosti, pomoč tretje osebe ipd. Družine z invalidnim otrokom lahko prejemajo različne socialne dodatke; dodatek k družinskemu proračunu (družina z otrokom invalidom do 24 let lahko prejme med 59 in 115 EUR na mesec), poseben dodatek za izobraževanje (velja tako za javne kot zasebne šole, znesek dodatka se določi glede na višino šolnine), dodatek za dolgotrajno invalidnost (za otroke, starejše od 24 let, lahko starši ali skrbniki prejmejo 176,76 EUR na mesec) in dodatek za pomoč tretje osebe (88 EUR) (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a).

Invalidi, starejši od 24 let, ki niso bili nikoli zaposleni in so nezmožni za delo, so upravičeni do dodatka za invalidnost v višini 177,64 EUR na mesec, a veljajo za pridobitev tega nadomestila stroga pravila o doseženem mesečnem dohodku invalida. Invalidom, ki potrebujejo stalno nego in oskrbo, je na voljo dodatek za pomoč tretje osebe. V letu 2015 je višina dodatka znašala 88,37 EUR in se je v letu 2017 povišala na 101,68 EUR, a osebe, ki prejemajo ta dodatek, ne morejo delati in ne smejo imeti zaposlitve. Ostala merila so zelo stroga in zahtevajo, da dohodek osebe ne presega 168,53 EUR na mesec in družinski

mesečni dohodek ne presega 631,98 EUR. Invalid, ki ima priznано več kot 60-odstotno okvaro, lahko zaprosi za dodatne pripomočke, kot je na primer invalidski voziček, vendar je postopek pridobitve zelo dolg, saj lahko včasih traja tudi več kot eno leto (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a).

Portugalski sistem še vedno sprejema paradigme, kjer sta skrb in nega v domeni družine, medtem ko država predvideva le dodatno vlogo. Ta družina je pogosto mati, od katere se pričakuje, da se odpove plačani zaposlitvi ter skrbi in neguje invalidnega otroka, zato je delež žensk, izključenih s trga dela, znatno višji od deleža moških. Invalidi lahko prejema tudi druge vrste osebne pomoči, a nimajo nadzora nad njegovim načrtovanjem ali izvajanjem (Pinto, 2011). Če invalidi pridobijo plačano zaposlitev, bodisi s polnim bodisi polovičnim delovnim časom, preko katere prispevajo k socialnemu sistemu, če se udeležujejo poklicnega usposabljanja in prejema mesečno štipendijo, se jim dajatve ukinejo. Večina invalidov je zato odvrnjena od iskanja zaposlitve (Campos Pinto & Kuznetsova, 2018a).

#### 5.5.4 Romunija

Najslabši življenjski standard beleži Romunija, kjer je prag tveganja revščine najnižji v EU. Kar 40 % prebivalcev je izpostavljenih tveganju revščine, kar je največ v EU in dvakratno evropsko povprečje. Čeprav so invalidi upravičeni do prejemanja različnih nadomestil, so ta izredno nizka in ne prispevajo dosti h kakovostnem življenju. Odrasla oseba s težjo obliko invalidnosti v povprečju zasluži 290,00 EUR mesečno, kar vključuje mesečno nadomestilo (52,00 EUR), osebni dopolnilni račun (23,50 EUR) in nadomestilo za osebnega pomočnika (215,00 EUR). Najvišji znesek, ki ga lahko prejme odrasla invalidna oseba, je 290,00 EUR, invalidni otrok pa 257,00 EUR (Tudose, 2017).

Pogosto so družine in sorodniki tisti, ki skrbijo za invalida, in je nadomestilo za osebnega pomočnika njihov edini vir prihodka. Invalidska pokojnina se dodeli glede na oceno invalidnosti in variira med 136,00 EUR za težjo invalidnost in 68,00 EUR za zmerno obliko. Invalidi s težjo obliko, ki so upokojeni zaradi invalidnosti, imajo tudi pravico dodatka za negovalca v višini 155,00 EUR, lahko pa zaprosijo tudi za osebnega pomočnika. Invalidi lahko prejmejo tudi druge koristi, kot so na primer brezplačen prevoz, oprostitev plačila cestnin ali kartico za brezplačno parkiranje. Invalid se lahko predčasno upokoji, če je bila invalidnost pridobljena, preden je oseba postala zavarovanec, in če je prispeval v sistem pokojnin (Tudose, 2017).

Druge koristi socialnega varstva so še oprostitev davkov na stavbe in zemljišča, na avtomobile in ostala vozila (prilagojena invalidu). Problem romunskega socialnega sistema je, da je stopnja tveganja revščine med invalidi znatno višja kot med osebami brez invalidnosti. Tudi v primeru, ko je paket socialnih prejemkov kumuliran, je vrednost teh dajatev še vedno tako nizka, da invalid ostaja na pragu revščine. Zdi se, da država niti ne upošteva dodatnih stroškov invalidnosti, s katerim se invalid sooča. Edina splošna socialna

pomoč, namenjena pokrivanju dodatnih stroškov invalidnosti, je osebni dopolnilni račun, vendar je vrednost tega izjemno nizka (med 9 in 24 EUR). Drugič, skrbniki invalidov so največkrat starši ali sorodniki, ki prevzamejo skrb in nego invalida v škodo plačanih delovnih mest. Invalidi sicer lahko zaprosijo za mesto v posebnih institucijah, namenjenih negi, ali pa za socialno stanovanje, a so postopki zelo dolgi, hkrati pa se spreminjajo glede na vložene vloge. Na splošno invalidi v Romuniji uživajo slab življenjski standard, ki ga povzroča finančna prikrajšanost, pogosto pa tudi druge vrste ovir, kot so nedostopnost okolja, diskriminacija, otežen dostop do izobraževanja in trga dela (Tudose, 2017).

## 6 IZSLEDKI PRIMERJALNE ANALIZE

### 6.1 Izbira držav in področij raziskovanja

V magistrskem delu sem raziskovala družbeno-ekonomski položaj invalidov v EU. Najprej sem ugotavljala, ali je življenjski standard tisti dejavnik, ki vpliva na kakovost življenja invalidov. Za prikaz življenjskega standarda v svoji raziskavi uporabim kazalnik indeks obsega BDP/P v SKM. Države članice EU sem razdelila glede na višino BDP/P v SKM v letu 2015 in ugotovila, da ima sedemnajst držav članic nižji BDP/P od povprečja EU (nižji življenjski standard), enajst držav članic pa višji BDP/P od povprečja EU (višji življenjski standard). Izhodišče moje raziskave je, da imajo invalidi v državah z višjim življenjskim standardom boljši družbeno-ekonomski položaj kot v državah z nižjim življenjskim standardom.

Ker je življenjski standard kot prikaz blaginje prebivalstva skupek različnih družbeno-ekonomskih dejavnikov (zdravstveno stanje, ravnovesje med delom in zasebnim življenjskem, izobraževanje, socialne povezave, kakovost okolja, osebna varnost ipd.) (OECD, 2017), izberem še naslednje demografske, ekonomske in socialne kazalnike: delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem, delež invalidov v celotnem prebivalstvu, delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu, delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi v celotnem prebivalstvu, delež izdatkov za socialno varstvo v BDP ter delež izdatkov za invalidnost v BDP in z izvedbo multiple linearne regresije preverjam tri hipoteze:

- Hipoteza 1: Delež invalidov v celotnem prebivalstvu je odvisen od življenjskega standarda in deleža oseb z dobrim zdravstvenim stanjem. Hipotezo potrdim, saj ugotavljam, da je v državah z višjim deležem oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem delež invalidov v celotnem prebivalstvu nižji.
- Hipoteza 2: Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi je odvisen od deleža invalidov v celotnem prebivalstvu, deleža vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu, deleža izdatkov za socialno varstvo v BDP in življenjskega standarda. Hipotezo potrdim, saj ugotavljam, da je v državah z višjim deležem invalidov v

celotnem prebivalstvu in z višjimi deležem vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu delež zaposlenih invalidov višji.

- Hipoteza 3: Delež izdatkov za invalidnost v BDP je odvisen od življenjskega standarda, deleža invalidov v celotnem prebivalstvu, deleža zaposlenih invalidov med vsemi invalidi in deleža izdatkov za socialno varstvo v BDP. Hipotezo potrdim, saj ugotavljam, da države, ki izdatkom za socialno varstvo namenijo višji delež BDP, tudi izdatkom za invalidnost namenijo višji delež BDP.

Ugotavljam, da življenjski standard (merjen z BDP/P v SKM) ne vpliva na delež invalidov, delež zaposlenih invalidov in delež izdatkov za invalidnost v BDP, saj je kot mera blaginje države sestavljen iz rezultatov različnih družbeno-ekonomskih kazalcev, vseeno pa je uporaben kazalnik za vpogled v gospodarske razmere držav.

Ker sem želela položaj invalidov v EU preveriti podrobneje, sem izbrala štiri gospodarsko zelo različne države; Švedsko, Portugalsko, Slovenijo in Romunijo. Na podlagi (laičnega) poznavanja njihovih gospodarskih in družbenih razmer sem Švedsko izbrala zaradi statusa konkurenčne in socialne države, Romunijo zaradi slabših socialnih in gospodarskih kazalcev, Slovenijo zaradi statusa matične države in Portugalsko zaradi določenih podobnosti s Slovenijo. Ker sem pri pregledu literature zasledila številne raziskave, ki so potrdile vidno prednost držav severne in zahodne Evrope na ekonomskem in socialnem področju, sem države izbrala tudi glede na geografsko lego; Švedsko kot predstavnico skandinavskih držav, Portugalsko kot sredozemsko državo, Slovenijo kot državo centralne Evrope ter Romunijo kot državo vzhodne Evrope.

V kvalitativni analizi se osredotočim na tri področja: zaposlovanje invalidov, dostopnost okolja ter socialno varstvo invalidov. Slednja sem izbrala zato, ker predstavljajo ključna življenjska področja za raziskavo položaja invalidov; če so le zmožni, želijo delati in za delo prejeti pošteno plačilo. Zaradi invalidnosti ne bi smeli biti diskriminirani, pri delu se morajo počutiti varne, spoštovane in predvsem enake osebam z normalnim zdravstvenim stanjem. Če do trga in ključnih institucij, ki jih velikokrat obiskujejo (na primer šole, banke, zavarovalnice, samo mestno središče, frizerski saloni, trgovine ipd.), ne morejo dostopati zaradi neurejenih prometnih povezav, neprilagojenega mestnega transporta (na primer za invalidske vozičke, oznake za slepe, zvočna signalizacija za gluhoneme ipd.) in neprilagojene mestne arhitekture (stopnice, robniki, odsotnost dvigal, klančine), so njihove možnosti za socialno in ekonomsko vključitev v družbo znatno zmanjšane. Zaradi nedostopnosti trga in okolja velik delež invalidov ostane doma in se preživlja izključno s socialnimi nadomestili, ki pa pogosto niso zadostna za kakovostno življenje. V tem primeru invalidnost sama po sebi morda ni ovira za vključitev v družbo, temveč ovire ustvarja sama družba.

## 6.2 Primerjava držav na izbranih področjih

Gospodarske razmere v izbranih državah se zelo razlikujejo. Na podlagi pregleda ekonomskih in socialnih podatkov ugotavljam, da so gospodarske in družbene razmere najbolj ugodne na Švedskem, za katero je značilna visoka kupna moč prebivalstva, visoka enakost spolov in dohodkov in na splošno višji življenjski standard. Portugalska in Slovenija se nahajata nekje na sredini; primerljivi sta tako na področju ustvarjene vrednosti na prebivalca kot deležu zaposlenih invalidov, medtem ko je v obeh državah prisoten problem brezposlenosti in višja stopnja tveganja revščine na ravni celotnega prebivalstva. Vidne razlike so predvsem na področju izobraževanja, kjer Slovenija beleži bistveno boljše rezultate kot Portugalska. Najmanj ugodne gospodarske in družbene razmere zasledim v Romuniji, kjer so glavni problemi gospodarstva visoka brezposlenost, nizek delež visoko izobraženih oseb, nizka kupna moč prebivalstva in visoko tveganje revščine.

Pričakovati bi bilo, da bi bil zaradi nižjega življenjskega standarda delež invalidov v celotnem prebivalstvu najvišji v Romuniji, saj naj bi bila invalidnost zaradi na splošno slabšega zdravstvenega stanja prebivalcev pogostejša v državah s slabšimi gospodarskimi razmerami (Elwan, 1999), a temu ni tako. Nižji delež invalidov namreč beleži samo Švedska, medtem ko je delež invalidov tako v Sloveniji kot na Portugalskem znatno višji in celo presega povprečje EU. Deloma lahko to pojasnimo z načinom zbiranja podatkov o populaciji invalidov, saj naj bi države z višjim dohodkom pri popisu prebivalstva uporabljale vprašalnike s širokim naborom vprašanj, ki zajemajo tako medicinski kot socialni vidik zdravja, zato se lahko v populacijo invalidov uvrsti več oseb (World Health Organization, 2011). Nasprotno države z nižjim dohodkom, kot je Romunija, uporabljajo vprašalnike z ozkim naborom vprašanj, zaradi česar se lahko zakrije dejansko višje število invalidov v celotnem prebivalstvu.

Mosquera, Gonzalez-Rabago, Martín in Bagigalupe (2018) izpostavijo, da v državah z ugodnejšimi gospodarskimi razmerami prebivalci živijo več let z dobrim in manj let s slabšim zdravstvenim stanjem, zato sklepam, da je na Švedskem zaradi na splošno ugodnih gospodarskih razmer tudi zdravstveno stanje prebivalcev boljše, zato je delež invalidov v celotnem prebivalstvu nižji. Nasprotno, na Portugalskem manj kot polovica prebivalstva svoje zdravstveno stanje ocenjuje kot dobro, kar pojasni visok delež invalidov v celotnem prebivalstvu. Vpliv zdravstvenega stanja na delež invalidov potrdim tudi z regresijskim modelom 2, ki kaže, da se z višanjem deleža oseb z dobrim zdravstvenim stanjem delež invalidov v prebivalstvu znižuje.

V vseh izbranih državah je invalidnost sicer pogostejša med ženskami kot med moškimi, prav tako v vseh državah prevladuje zmeren oblika invalidnosti. Značilnosti populacije invalidov v izbranih državah so v skladu s poročilom Svetovne zdravstvene organizacije, ki pravi, da v svetu prevladuje zmeren oblika invalidnosti, invalidnost pa je pogostejša predvsem med ženskami zaradi v povprečju višje starostne dobe (World Health Organization, 2011).



Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2011) je v številnih državah delež zaposlenih invalidov znatno nižji od deleža zaposlenih oseb brez invalidnosti. Na Švedskem, Portugalskem in v Sloveniji je zaposlenih več kot polovica vseh invalidov, kar je nad povprečjem EU, medtem ko je v Romuniji delež zaposlenih invalidov nižji za približno 10 odstotnih točk. Nizek delež zaposlenih invalidov v Romuniji je deloma posledica nizkega deleža aktivnih invalidov, saj je na trgu aktivnih samo 45 % invalidov, medtem ko delež aktivnih invalidov na Švedskem, Portugalskem in v Sloveniji presega 60 %, in pa predsodkov družbe, saj naj bi predvsem v državah vzhodne Evrope delodajalci zaznavali invalide kot neproduktivno delovno silo z mnogimi zdravstvenimi izostanki (World Health Organization, 2011), zato se za njihovo zaposlitev pogosto ne odločijo. Romunija beleži tudi zelo nizek delež zaposlenih invalidnih žensk in oseb s težjo obliko invalidnosti, kar je lahko znak višje stopnje diskriminacije glede na spol in neučinkovite politike vključevanja na trg predvsem oseb s težjo invalidnostjo.

Na Švedskem, ki je znana kot socialna država, nacionalne agencije in ostale organizacije složno sodelujejo in zagotavljajo celovito podporo invalidom. Večina invalidov se zaposli v manjših podjetjih in v invalidskih delavnicah, značilne pa so tudi druge oblike zaposlovanja, kot so fleksibilen delovni čas, podprto in zaščiteno zaposlovanje in poklicna rehabilitacija. V Sloveniji vlada s pisnimi nalogi zagotavlja delovna mesta v zavodih in zaposlitvenih centrih, a le malo invalidov delo tudi dejansko opravlja. Ostali se največkrat zaposlijo v invalidskih podjetjih in v zaščitених delavnicah. Zaposlovanje je sicer bolj usmerjeno v rehabilitacijo za kratkoročna delovna mesta kot v dolgoročno zaposlitev na običajnih delovnih mestih.

V Romuniji ni nacionalne politike zaposlovanja invalidov, kar se odraža na nizki vlogi nacionalnih agencij pri zaposlovanju, zato pa imajo vidnejšo vlogo nevladne organizacije. Število zaščitених podjetij sicer raste, a je premalo poudarka na zagotavljanju dolgoročnih delovnih mest na odprtem trgu. Nizek delež zaposlenih invalidov je verjetno tudi posledica nizkega deleža visoko izobraženih invalidov, saj je verjetnost opustitve šolanja med invalidi kar dvakrat višja kot med osebami brez invalidnosti. Na Portugalskem delo nacionalnih agencij dopolnjujejo lokalne in regionalne institucije. Zaradi dolgotrajne brezposelnosti na ravni celotnega prebivalstva je poudarek na zaposlovanju predvsem mladih oseb. Problem predstavlja nizek delež dolgoročnih pogodb o zaposlitvi, zato prevladujejo delovna mesta s kratkoročnimi pogodbami v delavnicah in pripravništva.

Vsaka država vodi svojo politiko zaposlovanja, a nekatere oblike državne pomoči, kot so na primer subvencije plač, subvencije za prilagoditve delovnega mesta, davčne olajšave in podporni pripomočki, so del politike v vsaki državi. Medtem ko kvotni sistem kot oblika spodbujanja zaposlovanja invalidov obstaja v Sloveniji, Romuniji in na Portugalskem, pa na Švedskem ni vzpostavljen. V vseh izbranih državah so invalidi pogosteje zaposleni v organizacijah, ki so ustanovljene za namen zaposlovanja teh oseb: invalidska podjetja, cehi, zavodi, delavnice ipd., medtem ko je njihov delež na odprtem trgu na običajnih delovnih mestih in v rednem delovnem razmerju nižji. Invalidi imajo verjetno višjo

možnost zaposlitve v državah, kjer je tudi splošnja stopnja zaposlenosti v prebivalstvu višja. Te države vodijo vključujočo politiko zaposlovanja, prav tako pa ukrepom na trgu dela namenijo več sredstev (Grammenos, 2018).

Švedska ima dobro razvito infrastrukturo in javni transport, univerzalna zasnova ima visok pomen, smernice za gradnjo in prilagoditve stavb ter transportnih sredstev so znane in v praksi tudi uporabljene. Medtem je v Romuniji osnovna infrastruktura (kot so robniki, klančine, vhodi v stavbe) pogosto neprilagojena invalidom, kar kaže na to, da se zakonodaja v praksi pogosto ne uveljavlja. Na Portugalskem se šele v zadnjem času izvajajo prilagoditve transportnih sredstev, a samo na določenem številu vozil. Dostopnost v nekaterih regijah in sektorjih se izboljšuje predvsem po zaslugi turizma, kljub temu pa naj bi bilo veliko postajališč in transportnih vozil invalidom nedostopnih. Slovenija sledi smernicam prilagoditve javnega transporta, prenove mestnih središč ter javnih stavb, a kljub temu invalidi še vedno poročajo o številnih ovirah, kot so stopnice, robniki in odsotnost klančin, ter nedelovanju dvigal predvsem v zasebnih objektih. V vseh izbranih državah je področje dostopnosti stavb in transporta urejeno z zakoni in predpisi, a je njihovo izvajanje in dosledno upoštevanje v nekaterih državah boljše kot v drugih.

Na področju socialne zaščite največ sredstev za socialno varstvo in za invalidnost nameni Švedska, za katero je značilen sistem univerzalnosti in visoke pokritosti prebivalstva. Švedska spada med socialno demokratične države, za katere je značilen precej velikodušen obseg nadomestil in dokaj nizek prag za vključitev v shemo družbenih koristi. Čeprav je tudi na Švedskem stopnja revščine med invalidi višja kot med osebami brez invalidnosti, je invalidom na voljo širok spekter koristi (tako denarnih nadomestil kot koristi v »naravi«), poleg tega so bolj aktivno vključeni v procese (na primer samostojnost pri izbiri asistencije).

V Sloveniji, Romuniji in na Portugalskem je socialni sistem sicer dobro oblikovan, a so programi bolj kategorizirani (kar ne omogoča visoke pokritosti prebivalstva), višina in obseg socialnih nadomestil pa sta skromnejša, kar prispeva k zviševanju tveganja revščine. Pogoji za pridobitev nadomestil so bolj zaostreni, socialna nadomestila pa so skromnejša in komaj zadostna za pokrivanje osnovnih življenjskih potreb. Tudi skrb in nega sta v teh državah večinoma preloženi na družinske člane, ki se odpovejo plačanim delovnim mestom na odprtem trgu, kar poveča tveganje revščine v gospodinjstvu.

Z regresijskim modelom 4 potrdim vpliv deleža izdatkov za socialno varstvo v BDP na delež izdatkov za invalidnost v BDP. Skleпам, da države, ki socialnim nadomestilom namenijo višji delež BDP, več sredstev namenijo tudi izdatkom za invalidnost. Te države so gospodarsko stabilnejše, v ospredju je vključujoča socialna politika in sistem univerzalnosti, socialna nadomestila pa so obsežnejša in namenjena reševanju dohodkovne neenakosti.

### 6.3 Omejitve raziskave

Koncept invalidnosti sicer ni nov pojem, se pa številni avtorji šele v zadnjem desetletju aktivno ukvarjajo z različnimi komponentami tega svetovnega problema, večina jih izpostavi pomanjkanje ali neustreznost podatkov in mednarodnih primerjav. Problem v prvi vrsti predstavlja definicija invalidnosti, ki se med državami razlikuje, kar otežuje primerjave. Primanjkuje nacionalnih poročil o razširjenosti invalidnosti in značilnostih te populacije, obstoječa poročila pa večinoma niso posodobljena, zato podatki zakrijejo sliko realnega stanja (Greeve, 2009).

V magistrskem delu na podlagi dosegljive literature in statističnih podatkov uporabim podatke za leto 2015. Prikaz družbeno-ekonomskega stanja tako ne pokaže trenutne slike, saj so se do danes programi in politike invalidnosti verjetno že nadgradili, zaradi katerih je dandanes položaj invalidov drugačen kot v letu 2015.

Raziskava bi bila bolj celovita, če bi v raziskavo vključila invalide iz izbranih držav. Tako bi pridobila relevantne podatke o vrstah ovir, s katerimi se vsakodnevno srečujejo na vseh področjih, ki sem jih proučevala, kar bi mi pomagalo pri analizi podatkov in interpretaciji rezultatov.

## SKLEP

Tako v svetu kot v EU invalidi predstavljajo ranljivejšo skupino, ki se pogosto srečuje z ovirami na vseh življenjskih področjih. Zaradi različnih telesnih in duševnih omejitev je njihova mobilnost močno omejena, težje pridobijo in obdržijo delo, pogosto delajo za manjše plačilo, zaradi predsodkov in diskriminacije pa so iz družbe in trga velikokrat izključeni (World Health Organization, 2011).

Zdravstveno stanje prebivalstva je povezano z dohodkom države. Gospodarske razmere naj bi bile ugodnejše v državah severne in zahodne Evrope ter nekaterih državah centralne Evrope. Te imajo bolj razvit socialni sistem ter na splošno ugodnejše pogoje za kakovostno življenje, medtem ko se nekatere države srednje in jugovzhodne Evrope šele razvijajo v močna gospodarstva in beležijo slabši življenjski standard. Posledično je delež zaposlenih invalidov višji predvsem v državah severne Evrope, medtem ko je delež zaposlenih invalidov v centralnih in jugovzhodnih državah Evrope nižji, deloma zaradi poslabšanja življenjskega standarda pri prehodu v tržna gospodarstva (Mussida & Sciulli, 2016).

V vseh državah, ne glede na razvitost in gospodarsko moč, se invalidi soočajo z oteženim dostopom do okolja, kar zmanjšuje njihove ekonomske in socialne priložnosti. V nekaterih državah se po zaslugi turistične panoge, ki obravnava tudi mobilnost gibalno ali senzorno oviranih oseb, dostopnost okolja znatno izboljšuje, a problem ostajajo predvsem (predvideni) visoki stroški prilagoditev infrastrukture in (zaradi zgodovinskega pomena) zaščitene stavbe. Medtem ko se predvsem v razvitih državah koncept univerzalne zasnove

vedno bolj razvija, države v razvoju zaradi finančnih omejitev tega cilja enostavno (še) ne zmorejo zasledovati.

Skandinavske države in nekatere države centralne Evrope vodijo inkluzivno socialno politiko z jasnim namenom izboljšanja položaja ranljivejših skupin, poudarek je na enakosti in enakovredni obravnavi v družbi, zato so tudi socialna nadomestila obsežnejša. Medtem so socialni izdatki v baltskih državah ter državah srednje in jugovzhodne Evrope precej nižji, socialna nadomestila so skromnejša, prag za upravičenost je strožji, sistem pa bolj kategoriziran. Vključujoča politika zaposlovanja lahko z novimi pristopi, dostopnimi službami za zaposlovanje in obveznimi elementi rehabilitacije ustvari nasprotni učinek, tako da postane možnost dela manj privlačna, sploh ker je kompenzacija pozitivno povezana s številom prejemnikov nadomestil. V nekaterih državah, ki so uvedle restriktiven pristop k dodeljevanju invalidskih dajatev, se je delež upravičencev močno zmanjšal (OECD, 2010).

Z regresijsko funkcijo sem ugotavljala, kateri dejavniki vplivajo na razširjenost invalidnosti, zaposlenost invalidov in izdatke za invalidnost v BDP. Z regresijskim modelom 2 sem potrdila, da zdravstveno stanje prebivalcev vpliva na delež invalidov. Z regresijskim modelom 3 sem ugotovila, da na delež zaposlenih invalidov vplivata delež invalidov v celotnem prebivalstvu in delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu. Z regresijskim modelom 4 sem potrdila vpliv izdatkov za socialno varstvo v BDP na izdatke za invalidnost v BDP.

Čeprav poročilo Svetovne zdravstvene organizacije navaja, da naj bi bili invalidi iz družbe večinoma izključeni ne glede na razvojno stopnjo države (World Health Organization, 2011), pa invalidi v državah z ugodnejšimi gospodarskimi in socialnimi razmerami kljub temu tudi sami beležijo boljši družbeno-ekonomski položaj. Zdi se, da so v razvitih državah invalidi bolje zastopani in slišani, družba pa jih sprejema kot enakovredne prebivalce. V praksi sicer manjka primerjalnih raziskovalnih študij glede vpliva politik EU ter njihove učinkovitosti in uspešnosti, ostale raziskave o aktivnih politikah trga dela pa so zelo omejene (Yalcin, 2016).

EU danes združuje 28 držav, ki so si družbeno in gospodarsko zelo različne, zato se razlikuje tudi življenjski standard med državami. V svoji raziskavi ne morem potrditi, da BDP na prebivalca v standardu kupne moči kot kazalnik življenjskega standarda neposredno vpliva na družbeno-ekonomski položaj invalidov. Omogoči nam sicer površinski vpogled v življenjski standard, a je družbeno-ekonomski položaj invalidov odvisen še od mnogih drugih dejavnikov in njihovega medsebojnega vpliva. Glede na trend staranja prebivalstva in porast kroničnih bolezni je predvideno, da se bo število invalidov še povečalo (World Health Organization, 2011), zato je ključno, da imajo vse države EU oblikovano politiko invalidnosti, ki bo spodbudila subjekte na trgu k zaposlovanju invalidov, odpravila diskriminacijo v družbi in invalidom izboljšala družbeno-ekonomski položaj.

## LITERATURA IN VIRI

1. Angela, B. M. (2015). Employment of persons with disabilities. *Procedia – social and behavioral sciences*, 191, 979–983.
2. Anghelescu, A., Mihai, B., Constantin, A., Andone, I., Anghelescu, L. A. M., Magdoiu, A. M. & Onose, G. (2017). Employment of people with disabilities in Romania. *International archives of medicine*, 9(365), 1–9.
3. Anna, B. (2016). Classification of the European Union member states according to the relative level of sustainable development. *Quality & quantity*, 50(6), 2591–2605.
4. Baciú, E. L. & Lazar, T. A. (2017). Between equality and discrimination: disabled persons in Romania. *Transylvanian review of administrative sciences*, 13(51), 5–19.
5. Baciú, E. L., Alexiu, T. M., Lazar, T. A., Tveit, J. S. & Fylling, I. (2016). The access of disabled persons on the Romanian labour market: an institutional ethnography of the role of social welfare. V *The European conference on the social sciences* (str. 23–32). *Official Conference Proceedings*, Japan: The International Academic Forum.
6. Baldini, M., Gallo, G., Reverberi, M. & Trapani, A. (2016). *Social transfers and poverty in Europe: comparing social exclusion and targeting across welfare regimes (No. 0145)*. Modena: Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di Economia "Marco Biagi".
7. Banks, L. M. & Polack, S. (2014). *The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities*. London: International centre for evidence in disability.
8. Bekiaris, E., Loukea, M., Spanidis, P., Ewing, S., Denninghaus, M., Ambrose, I., Papamichail, K., Castiglioni, R. & Veitch, C. (2018). *Research for TRAN committee: transport and tourism for persons with disabilities and persons with reduced mobility*. Brussels: European Parliament, Policy Department for Structural and Cohesion Policies.
9. Berliner Verkehrsbetriebe. (2003). *The accessibility of urban transport to people with reduced mobility*. Brussels: European Commission.
10. Boman, T., Danermark, B. & Bolling, J. (2011). *Report on the employment of disabled people in European countries: Sweden*. University of Leeds, ANED.
11. Breclj, V., Sajko, M. & Tabaj, A. (2014). *Izenačevanje možnosti invalidov – dostopnost do blaga in storitev*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo.
12. Buckup, S. (2009). *The price of exclusion: the economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work*. Geneva: International Labour Organization.
13. Burkhauser, R. V., Daly, M. C., McVicar, D. & Wilkins, R. (2014). Disability benefit growth and disability reform in the US: lessons from other OECD nations. *IZA Journal of labor policy*, 3(1), 4.
14. Campos Pinto, P. & Kuznetsova, Y. (2018a). *ANED 2016-17-Task Social Pillar (focus topics)*. Country report Portugal. University of Leeds, ANED.

15. Campos Pinto, P. & Kuznetsova, Y. (2018b). *European Semester 2017/2018 country fiche on disability*. University of Leeds, ANED.
16. Campos Pinto, P. & Teixeira, D. (2012). *National accessibility report – Portugal*. University of Leeds, ANED.
17. Čábelková, I. (2015). The effect of social transfers on the level of unemployment of disabled in EU countries. *Economics & sociology*, 8(1), 298–307.
18. Dănăciță, D. E. & Cirnu, D. (2014). Unemployment duration and exit states of disabled people in Romania. *Romanian journal of economic forecasting*, 17(1), 35.
19. De Rosa, D. & Kim, Y. S. (2018, 5. junij) [objava na blogu]. Romania: Thriving cities, rural poverty, and a trust deficit. Brookings. Pridobljeno 29. aprila 2019 iz <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2018/06/05/romania-thriving-cities-rural-poverty-and-a-trust-deficit/>
20. Del Campo, C., Monteiro, C. M. & Soares, J. O. (2008). The European regional policy and the socio-economic diversity of European regions: a multivariate analysis. *European journal of operational research*, 187(2), 600–612.
21. Devandas Aguilar, C. (2017). Social protection and persons with disabilities. *International social security review*, 70(4), 45–65.
22. Ebersold, S., Schmitt, M. J. & Priestley, M. (2011). *Inclusive education for young disabled people in Europe: trends, issues and challenges. A synthesis of evidence from ANED country reports and additional sources*. Leeds: Academic Network of European Disability experts.
23. Elwan, A. (1999). *Poverty and disability: a survey of the literature (Vol. 9932)*. Washington: Social Protection Advisory Service.
24. European Commission. (1999). *Compendium: good practice in employment of people with disabilities*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.
25. European Commission. (2011a). *EU ratifies UN Convention on disability rights. Press releases database*. Brussels: European Commission.
26. European Commission. (2011b). *Supported employment for people with disabilities in the EU and EFTA EEA. Good Practices and Recommendations in Support of a Flexicurity Approach*. Brussels: European Commission.
27. European Commission. (2018). *Living conditions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
28. European Union. (2010). *The European social fund and disability*. Belgium: European Union.
29. European Union. (2018). *Eurostat regional yearbook*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
30. Eurostat. (2014). *Social protection statistics*. Pridobljeno 16. marca 2019 iz [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social\\_protection\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social_protection_statistics)

31. Eurostat. (2017). *Social protection statistics – social benefits*. Pridobljeno 20. januarja 2019 iz [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social\\_protection\\_statistics\\_-\\_social\\_benefits](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_statistics_-_social_benefits)
32. Eurostat. (2018, 8. januar). *Disability statistics – employment patterns*. Pridobljeno 10. marca 2018 iz [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability\\_statistics\\_-\\_employment\\_patterns&oldid=369045](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_employment_patterns&oldid=369045)
33. Eurostat. (2019a). *National accounts and GDP*. Pridobljeno 12. avgusta 2019 iz [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National\\_accounts\\_and\\_GDP](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National_accounts_and_GDP)
34. Eurostat. (2019b). *Self-perceived health statistics*. Pridobljeno 12. avgusta 2019 iz [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived\\_health\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics)
35. Evropska komisija. (2010a). *Evropska strategija o invalidnosti za obdobje 2010–2020: obnovljena zaveza za Evropo brez ovir*. Bruselj: Evropska komisija.
36. Evropska komisija. (2010b). *Invalidi imajo enake pravice. Evropska strategija za invalide 2010-2020*. Luksemburg, Urad za publikacije Evropske unije.
37. Evropska komisija. (2014). *Politike Evropske unije*. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.
38. Fink, M. H. (2012). *Metode družboslovnega raziskovanja (gradivo za predmet)*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Pridobljeno 16. avgusta 2019 iz [https://studentski.net/gradivo/ulj\\_fdv\\_di2\\_mdr\\_sno\\_gradivo\\_1\\_del\\_01](https://studentski.net/gradivo/ulj_fdv_di2_mdr_sno_gradivo_1_del_01)
39. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *The right to political participation for persons with disabilities: human rights indicators*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
40. Fuchs, M. (2014). *Quota systems for disabled persons: parameters, aspects, effectivity*. Vienna: European Centre for social Welfare policy and research.
41. Georgeta, E. S. (2015). *The economic and social situation in Romania study*. Brussels: European Union.
42. Grammenos, S. (2018). *European comparative data on Europe 2020 & people with disabilities*. University of Leeds, ANED.
43. Greve, B. (2009). *The labour market situation of disabled people in European countries and implementation of employment policies: a summary of evidence from country reports and research studies*. Leeds: Academic Network of European Disability Experts (ANED).
44. Gustafsson, J. (2018a). *ANED 2016-17 – task social pillar (focus topics). Country report Sweden*. University of Leeds, ANED.
45. Gustafsson, J. (2018b). *European Semester 2017/2018 country fiche on disability Sweden*. University of Leeds, ANED.
46. Gustafsson, J. & Danermark, B. (2017). *ANED country report on social protection and article 28 Sweden*. University of Leeds, ANED.
47. Horvath, R. (2014). *Accessibility gains in Romania mean freedom for people with disabilities*. USAID. Pridobljeno 15. novembra 2018 iz <https://2012-2017.usaid.gov/>

news-information/frontlines/energy-infrastructure/making-private-homes-and-public-buildings

48. Lilja, M., Mansson, I., Jahlenius, L. & Sacco-Peterson, M. (2003). Disability policy in Sweden: policies concerning assistive technology and home modification services. *Journal of disability policy studies*, 14(3), 130–135.
49. McGrath, S. (2014, 9. september). Enabling Romania, one step at a time. *New internationalist*. Pridobljeno 5. maja 2019 iz <https://newint.org/features/web-exclusive/2014/09/09/disabled-romania-accessibility>
50. Metts, R. L. (2000). *Disability issues, trends, and recommendations for the World Bank (full text and annexes)*. Washington: World Bank.
51. Mitra, S., Palmer, M., Kim, H., Mont, D. & Groce, N. (2017). Extra costs of living with a disability: a review and agenda for research. *Disability and health journal*, 10(4), 475–484.
52. Molden, T. H. & Tøssebro, J. (2012). Disability measurements: impact on research results. *Scandinavian journal of disability research*, 14(4), 340–357.
53. Mont, D. (2007). *Measuring disability prevalence*. Washington, DC: World Bank.
54. Mosquera, I., Gonzalez-Rabago, Y., Martín, U. & Bagigalupe, A. (2018). *Review of socio-economic inequalities in life expectancy and health expectancy in Europe*. País Vasco: Universidad del País Vasco.
55. Mussida, C. & Sciulli, D. (2016). Disability and employment across central and eastern european countries. *IZA journal of labor & development*, 5(1), 4.
56. OECD. (2009). *OECD Employment Outlook 2009: Tackling the Jobs Crisis*. Paris: OECD Publishing.
57. OECD Centre for Opportunity and Equality. (2017). *Understanding the socio-economic divide in Europe*. Paris: OECD.
58. OECD. (2010). *Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing.
59. OECD. (2015). *OECD skills strategy diagnostic report: Portugal*. Paris: OECD.
60. OECD. (2017). *How's life? 2017: measuring well-being*. Paris: OECD Publishing.
61. Palevičienė, A. & Dumčiuvienė, D. (2015). Socio-economic diversity of European regions: finding the impact for regional performance. *Procedia economics and finance*, 23, 1096–1101.
62. Pinto, P. C. (2011). Family, disability and social policy in Portugal: where are we at, and where do we want to go? *Sociologia on line*, 2, 39–60.
63. Pirnat, T. (2016, 23. julij). Invalidi morajo v Sloveniji (pre)živeti pod pragom revščine. *Pod črto*. Pridobljeno 10. junija 2019 iz <https://podcrto.si/invalidi-morajo-v-sloveniji-prezivet-pod-pragom-revschine/>
64. Priestley, M. (2013). *National accessibility requirements and standards for products and services in the European single market: overview and examples*. Leeds: Academic network of European disability experts.
65. Roberts, P. & Babinard, J. (2004). *Transport strategy to improve accessibility in developing countries*. Washington: World Bank.



66. Roulstone, A. & Prideaux, S. (2009). Constructing reasonableness: Environmental access policy for disabled wheelchair users in four European Union countries. *Alter*, 3(4), 360–377.
67. Rován, J., & Turk, T. (2008). *Analiza podatkov s SPSS za Windows*. Ljubljana, Ekonomska fakulteta.
68. Sainsbury, R., Lawson, A. M. M. & Priestley, M. (2017). *Social protection for disabled people in Europe: synthesis report*. University of Leeds, ANED.
69. Sánchez, Á. & Pérez-Corral, A. (2018). Government social expenditure and income inequalities in the European Union. *Hacienda Publica Espanola*, 227(4), 133–156.
70. Sendi, R. & Kerbler-Kefo, B. (2009). Invalidi in dostopnost: kako uspešni smo v Sloveniji pri odstranjevanju in preprečevanju grajenih in komunikacijskih ovir? *Urbani izziv*, 20(1), 5–20.
71. Shima, I. & Rodrigues, R. (2009). The implementation of EU social inclusion and social protection strategies in European countries with reference to equality for disabled people. Leeds: Academic network of European disability experts.
72. Statistični urad Republike Slovenije. (2019). *Paritete kupne moči in bruto domači proizvod v standardih kupne moči (metodološko pojasnilo)*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
73. Stec, M., Filip, P., Grzebyk, M. & Piersceniak, A. (2014). Socio-economic development in the EU member states—Concept and classification. *Inžinerine ekonomika-engineering economics*, 25(5), 504–512.
74. Swenden Sverige. (2018, 11. januar). *Sweden's disability policy*. Pridobljeno 5. februarja 2019 iz <https://sweden.se/society/swedens-disability-policy>
75. Sze, N. N. & Christensen, K. M. (2017). Access to urban transportation system for individuals with disabilities. *IATSS research*, 41(2), 66–73.
76. Tabaj, A. & Vidmar, J. (ur.). (2009). *Spodbujanje zaposlovanja invalidov: temeljni mednarodni in nacionalni predpisi ter programi*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.
77. Tudose, E. (2017). *ANED country report on social protection and article 28 Romania*. University of Leeds, ANED.
78. Ulu, M. I. (2018). The effect of government social spending on income inequality in oecd: a panel data analysis. *International journal of economics politics humanities and social sciences*, 1(3), 184–202.
79. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. (2019). *Poročilo o razvoju 2019*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
80. Uršič, C., Tabaj, A., Vodičar, A., Murgel, J., Peterlin, D. & Žiher, M. (2015). *Vodnik po pravicah invalidov*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
81. Visier, L. (1998). Sheltered employment for persons with disabilities. *International labour review*, 137(3), 347.
82. Vornholt, K., Villotti, P., Muschalla, B., Bauer, J., Colella, A., Zijlstra, F., van Ruitenbeek, G., Uitdewilligen, S. & Corbière, M. (2018). Disability and employment

- overview and highlights. *European journal of work and organizational psychology*, 27(1), 40–55.
83. Watson Peláez, M. (2017, 2. maj). Portugal's disabled population continue to struggle for independent living. *Equal times*. Pridobljeno 5. maja 2019 iz <https://www.equaltimes.org/portugal-s-disabled-population#.XM7oXDAzbc>
  84. World Health Organization (2011). *World report on disability 2011*. Switzerland, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
  85. Wretstrand, A., Svensson, H., Fristedt, S. & Falkmer, T. (2009). Older people and local public transit: mobility effects of accessibility improvements in Sweden. *Journal of transport and land use*, 2(2), 49–65.
  86. Yalcin, B. (2016). *A comparative analysis of the active labour market policies for disabled people in the European Union member states* (doctoral dissertation). Leeds: University of Leeds.
  87. Zajač, A. P. (2016). City accessible for everyone—improving accessibility of public transport using the universal design concept. *Transportation research procedia*, 14, 1270–1276.
  88. Zaviršek, D. (2018). *ANED 2016-17-Task Social Pillar (focus topics). Country report: Slovenija*. University of Leeds, ANED.

## **PRILOGA**



## Priloga 1: Izbrani družbeno-ekonomski kazalci za izvedbo regresij

Tabela 1: Izbrani kazalniki položaja invalidov v državah EU v letu 2015

Država	BDP/P v SKM (indeks)	Delež izdatkov za invalidnost v BDP (v %)	Delež izdatkov za socialno varstvo v BDP (v %)	Delež vseh zaposlenih oseb v celotnem prebivalstvu (v %)	Delež zaposlenih invalidov med vsemi invalidi (v %)	Delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravstvenim stanjem (v %)	Delež invalidov v celotnem prebivalstvu (v %)
Avstrija	129	1,9	29,1	74,3	53,4	69,9	33,1
Belgija	118	2,4	29,0	67,2	38,5	74,6	23,6
Bolgarija	47	1,3	17,3	67,1	38,8	65,6	19,3
Ciper	82	0,7	19,4	67,9	47,7	80,3	20,8
Češka	87	1,2	18,4	74,8	43,0	61,3	24,9
Danska	127	4,0	31,0	76,5	56,1	71,6	30,5
Estonija	76	1,8	15,9	76,5	58,5	51,5	35,0
Finska	109	3,2	31,4	72,9	53,8	69,9	33,1
Francija	106	2,0	31,9	69,5	52,5	67,9	25,2
Grčija	69	1,6	25,8	54,9	34,3	74,1	24,8
Hrvaška	59	2,5	21,4	60,6	33,8	58,2	35,1
Irska	178	0,8	15,1	69,9	29,1	82,4	17,8
Italija	95	1,7	28,8	60,5	49,5	65,8	29,0
Latvija	64	1,4	14,7	72,5	57,3	46,3	38,5
Litva	75	1,4	14,8	73,3	40,5	42,8	30,7
Luksemburg	266	2,4	22,0	70,9	53,7	70,5	25,7
Madžarska	68	1,3	19,0	68,9	39,6	56,4	27,7
Malta	93	0,6	16,7	69,0	25,8	71,2	9,7
Nemčija	124	2,2	28,0	78,0	50,8	64,6	21,2
Nizozemska	130	2,7	28,1	76,4	52,5	76,2	30,7
Poljska	69	1,5	19,0	67,8	37,8	57,9	24,4
Portugalska	77	1,8	24,7	69,1	51,1	46,5	36,1
Romunija	56	1,1	14,3	66,0	43,4	70,0	26,2
Slovaška	77	1,6	17,7	67,7	53,4	66,0	31,5
Slovenija	82	1,3	23,3	69,1	51,8	64,8	31,5
Španija	91	1,7	24,2	62,0	42,1	72,6	24,8
Švedska	125	3,3	28,8	80,5	52,5	77,6	12,9
Velika Britanija	109	1,7	27,4	76,8	46,8	69,8	23,4
<b>EU</b>	<b>100</b>	<b>2,0</b>	<b>27,4</b>	<b>70,1</b>	<b>46,0</b>	<b>67,0</b>	<b>25,3</b>

Prilagojeno po Eurostat (2017), Eurostat (2019a, 2019b) in Grammenos (2018).