

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

ZAKLJUČNA STROKOVNA NALOGA VISOKE POSLOVNE ŠOLE

**DETERMINANTE GIBANJA JAVNOFINANČNIH IZDATKOV ZA
ZDRAVSTVENO VARSTVO**

ERIKA SAVIČ

IZJAVA

Študent/ka Erika Savič izjavljam, da sem

avtor/ica te zaključne strokovne naloge, ki sem jo napisal/a pod mentorstvom

mag. Jožeta Sambta.

V Ljubljani, dne 05. Marec 2008

Podpis:

KAZALO

1	UVOD	1
2	DETERMINANTE IZDATKOV ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO	2
2.1	Determinanta 1 – demografski dejavniki	3
2.1.1	Možni scenariji vzdržnosti javnih financ do leta 2050 za EU-25	5
2.1.2	Dejavniki izdatkov za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo	8
2.2	Determinanta 2 – nedemografski dejavniki	9
2.2.1	Delež stroškov zdravstva, ki ga krije javni sektor	9
2.2.2	Dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstveni oskrbi	10
2.2.3	Ponudbena stran	11
2.2.4	Medicinska inflacija	11
2.2.5	Naraščajoči delež ostalih javnofinančnih izdatkov v BDP-ju	11
2.3	Izdatki za zdravstveno varstvo v EU	12
3	ZELENA KNJIGA	12
3.1	Zelena knjiga: »Soočanje z demografskimi spremembami: nova solidarnost med generacijami«	12
3.1.1	Predlogi rešitev problemov, navedenih v Zeleni knjigi	13
3.1.2	Izzivi evropski demografiji	14
3.1.3	Prispevek priseljevanja	14
3.2	Nova solidarnost med generacijami	15
3.2.1	Boljše vključevanje mladih	15
3.2.2	Iskanje novega prostora za »starejše ljudi«	16
3.2.3	Solidarnost do zelo starih	16
3.3	Sklep: Kakšno naj bo vodilo EU	17
4	PRIKAZ DEMOGRAFSKEGA STANJA V SLOVENIJI	17
4.1	Rodnost	17
4.2	Prebivalstvena politika v Sloveniji	18
4.3	Staranje prebivalstva v Sloveniji	19
4.4	Strategije varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva	19
4.4.1	Izhodišča Strategije	19
4.4.2	Cilji Strategije	21
5	ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI	21
5.1	Slovenski zdravstveni sistem	21
5.2	Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje	22
5.3	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	22
6	SKLEP	23
	LITERATURA	24
	VIRI	25
	PRILOGE	26

1 UVOD

Svet, v katerem živimo, se z naglico spreminja. Spremembe je čutiti tako v tehnološkem razvoju, v spremembah vrednot ljudi, v medsebojnih odnosih, pa tudi kot vzrok ali posledico tega, v demografskih spremembah. Te spremembe so dokaj močno zaznamovale Evropo in tudi Slovenijo kot enakovredno članico Evrope v vseh pogledih. Izražajo se v staranju prebivalstva, kar je posledica dveh dejstev: po eni strani nizke rodnosti in po drugi strani boljše zdravstvene oskrbe in s tem podaljševanja življenjske dobe. Podaljšanje življenjske dobe predstavlja enega največjih dosežkov družbe 20. stoletja, po drugi strani pa staranje prebivalstva postavlja človeštvo pred nove naloge, ki jih je treba reševati.

Posledice staranja prebivalstva so številne in zelo pomembne za posameznika in družbo. Staranje prebivalstva povzroča sociološke, socialne in ekonomske probleme. Posledice se kažejo tudi v zagotavljanju sredstev za zdravstveno zavarovanje, saj se manjša razmerje med tistimi, ki vplačujejo in ne potrebujejo v tolikšni meri teh storitev, in tistimi, ki vplačujejo in v zelo veliki meri potrebujejo ta sredstva. Razmerje se nagiba v prid slednjih.

Temeljna misel, ki me bo vodila skozi vso nalogo, bodo dejavniki, ki vplivajo na izdatke za zdravstveno varstvo, kar pa je ob predvidenih demografskih trendih povezano tudi z dolgoročno vzdržnostjo javnofinančnega sistema v prihodnje. Namen naloge je ugotoviti, kateri so možni pritiski, ki bodo v prihodnje aktualni za politiko zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Poudarek bo na zdravstvenem varstvu, vendar pa je le-to tesno povezano z dolgotrajno oskrbo, tako da ju je v praksi težko razmejiti in bom večkrat obravnavala hkrati tudi dolgotrajno oskrbo.

Skozi nalogo bom skušala prikazati, kakšne posledice za seboj puščajo nekatera demografska dogajanja druge polovice prejšnjega stoletja in tega trenutka. Posledice se odražajo tako pri demografskih kot pri nedemografskih dejavnikih in oboji skupaj določajo višino izdatkov za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo. Ključno vprašanje je, ali so javne finance zmožne te izdatke kriti, in če, v kolikšni višini. Prikazati želim, da se s problemi srečuje tako Slovenija kot tudi ostala Evropa.

V drugem poglavju bom skušala opredeliti splošen pomen besede determinanta v smislu določanja višine javnofinančnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Determinante – dejavnike bom, zaradi lažje lastne predstave, razdelila v dve skupini in jih poimenovala determinante 1 in determinante 2. V nadaljevanju bom najprej opisala determinante 1. Pod to skupino dejavnikov bom v smiselno celoto strnila demografske dejavnike, ki pogojujejo obnašanje in odločanje sedaj in v prihodnje. Odbor za ekonomsko politiko (EPC – European Policy Committee) in Evropska komisija, ki sta reagirala s predpostavko treh možnih scenarijev dogajanj, poskušata simulirati demografsko dogajanje do leta 2050 in na podlagi tega ustrezno ukrepati. Demografskim dejavnikom lahko kot vzporednico potegnemo faktorje povpraševanja, kot jih omenjata Odbor za ekonomsko politiko in Evropska komisija, kar bom

v nadaljevanju tudi predstavila. Nedemografske dejavnike sem strnila pod determinanto 2. Ti dejavniki so v glavnem nujna posledica demografskih. Kot primer lahko navedem to, da se populacija stara in iz tega tudi izhaja povpraševanje po vedno novih tehnologijah za diagnosticiranje in zdravljenje še do nedavnega neozdravljivih bolezni, saj so kupci zagotovljeni.

V zvezi z učinki staranja prebivalstva je Evropska komisija izdala tudi Zeleno knjigo, ki se ukvarja predvsem z demografskimi spremembami. Prikazala jo bom v tretjem poglavju. Te spremembe so po mojem mnenju ključne, saj hkrati vplivajo tudi na vse ostale dejavnike. Knjiga se dotakne vseh starostnih skupin, začeni z nizko stopnjo rodnosti, ki v Evropi znaša približno 1,5 otroka na žensko in se bo do konca leta 2050 v vseh regijah držav članic po njihovem mnenju povišala na od 1,6 do 1,8 otrok na žensko. Knjiga nadaljuje s tegobami mladostnikov, se dotakne priseljavanja in nato išče nov prostor za starejše ljudi.

V četrtem poglavju bom prikazala demografsko dogajanje v Sloveniji, posebej po letu 1991, ko je stopila na samostojno pot. Situacija pri nas je podobna kot drugod v Evropi. Slovenija se sooča z enakimi problemi in njen odziv na Lizbonsko deklaracijo in Zeleno knjigo je Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. V petem poglavju bom predstavila financiranje zdravstva v Sloveniji in tako smiselno zaključila naslovno temo.

2 DETERMINANTE¹ IZDATKOV ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO

Celotno prejšnje stoletje, predvsem pa čas po drugi svetovni vojni, je zaznamoval hiter razvoj gospodarstva, ki mu lahko vzrok poiščemo v hitrem razvoju tehnologije, manjšanju razlik med različnimi in zelo oddaljenimi deli sveta. Svoj prispevek k napredku je prispevala tudi t. i. globalizacija.² Nagle spremembe v gospodarstvu prinašajo drugačen pogled tudi na druge sfere življenja, med drugim je posledice čutiti tudi na demografskem področju. Do sprememb je prišlo predvsem v »razvitem« svet, tako tudi Evropa in z njo Slovenija nista izjemi. Spremembe so prinesle veliko pozitivnih stvari, olajšale so delo in življenje, to pa je za seboj potegnile posledice, ki niso bile pričakovane, a se moramo z njimi vseeno soočiti. Življenjske razmere se izboljšujejo in zaradi izboljšanja življenjskih razmer in zvišanega življenjskega statusa se življenjska doba daljša, število rojstev se zmanjšuje, posledica pa je staranje prebivalstva in višanje izdatkov za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje in oskrbo starejših ljudi.

Če na isti problem pogledamo s strani razvoja tehnologije, ugotovimo, da le-ta omogoča lajšanje in podaljševanje življenja, saj se s pomočjo razvoja znanosti in tehnologije razvijajo zdravila za nekatere prej neozdravljive bolezni in tudi aparature, ki omogočajo odkrivanje in

¹ Kar kaj določa, pogojuje.

² Globalizacija pomeni proces približevanja med posameznimi subjekti. Nekoč oddaljeni posamezniki se s pomočjo najnovejše tehnologije lahko znajdejo drug poleg drugega.

zdravljenje do pred nedavnega smrtonosnih bolezni. Tu bi bilo treba poudariti tudi razvoj na področju kirurgije. Ti in podobni razlogi pogojujejo politiko posameznih držav, in ker govorimo o širšem problemu, tudi politiko EU in finančnega vidika. Gledano s stališča naslova naloge, torej preučevanja pogojev, ki vplivajo na javnofinančne izdatke, vsi zgoraj naštet dejavniki determinirajo – pogojujejo le-te. Determinante – pogoje lahko razdelimo v dve širši skupini: na demografske in nedemografske.

2.1 Determinanta 1 – demografski dejavniki

Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez primere (Green Paper »Confronting demographic change: a new solidarity between the generations«, 2005). Ta poved je uvodna misel zgoraj navedenega dokumenta. Že sam začetek nakazuje, da dokument obravnava vitalna vprašanja evropske kulture in družbe glede problematike staranja družbe in vseh problemov, ki so s tem povezani. Dokument deluje kot izdelana strategija za reševanje problemov oz. izzivov, povezanih z demografskimi spremembami.

V prihodnje bodo velik del prebivalstva predstavljali stari ljudje, ki nikakor ne smejo postati breme aktivnemu prebivalstvu in zgolj opazovalec dogajanj, temveč kreativen tvorec dogajanj s poudarkom na usmeritvah in izhodiščih programa kakovostnega staranja in medgeneracijskega sožitja.

- Staranje generacij³, ki so se rojevale v obdobju izbruha rodnosti po drugi svetovni vojni (1945-1965) – v dokumentu imenovane »baby-boom« generacije. V tem obdobju se je rodilo dvakrat več otrok kot sedaj, in ker se življenjska doba daljša, bo v naslednjih letih (do 2010 in naprej) njihov delež hitro naraščal. V skladu z demografskimi projekcijami je v letu 2050 pričakovati dvakrat večji delež prebivalstva, starega 65 let in več, kakor je danes, delež oseb 85 in več pa se bo predvidoma potrojil.
- Nižja stopnja rodnosti⁴ prej omenjenih generacij. Vzrok za to so mnogi dejavniki, kot so težave pri iskanju služb, visoki stroški urejanja bivalnih pogojev, relativno visoka starost staršev ob rojstvu prvega otroka, težaven in dolgotrajen študij, spremenjeno mišljenje ljudi itd. Rodnost je v večini držav EU daleč pod obnovitveno ravniyo in znaša v veliko članicah EU manj kot 1,3 otroka na žensko (Slovenija z 1,18 otroka na žensko v letu 2004 spada med države z najnižjo stopnjo in upada že zadnjih sto let). Nove članice in kandidatke imajo nižjo rodnost od preostale Evrope; izjema je le kandidatka za članstvo Turčija, kjer se bo prebivalstvo med letoma 2005 in 2030 predvidoma povečalo za 25 %, to je za 19 milijonov. Kljub vsemu upanje vzbuja podatek, da si prebivalci Evrope želijo imeti 2,3 otroka na žensko.

³ Skupina oseb, rojenih v istem koledarskem letu.

⁴ Stopnja totalne rodnosti nam pove število otrok, ki jih v povprečju rodi ena ženska v svoji rodni dobi, s predpostavko, da je doživela 49. leto starosti. Vrednost stopnje totalne rodnosti 2,1 pomeni, da bo prebivalstvo s takšno stopnjo rodnosti imelo enostavno reprodukcijo.

- Podaljševanje življenjskega pričakovanja v višjih starostnih razredih. Do sedaj so se pripadniki srednje generacije hitro upokojevali in tako so ostale sposobnosti kontingenta »starega prebivalstva«⁵ (65 let in več) neizkoriščen kapital na robu človeške družbe. Čas, ki ga preživijo v pokoju, hitro narašča zaradi daljšanja življenjske dobe. Kaže, da bodo ti ljudje bolj zdravi, premožnejši, aktivnejši in mobilnejši ter sposobni ostajati dalj časa v zaposlitvi.
- Naslednji dejavnik spreminjanja demografskega stanja so migracije,⁶ natančneje rečeno neto migracije.⁷ Priseljevanje za nekaj časa ublaži udarec nizke rodnosti v državah EU, tako na področju obnavljanja prebivalstva kot delovne sile. Priseljevanje iz drugih držav v EU bi lahko ublažilo upadanje prebivalstva do leta 2025, čeprav je to le začasna rešitev in ne more nadomestiti resnih ekonomskih in političnih reform. Predmet teh reform pa je vzpostavljanje enakopravnosti, iskanja ravnotežja med pravicami in obveznostmi med priseljenci iz držav izven Evrope in domačim prebivalstvom, saj so priseljenci ne samo vir delovne sile, temveč bodo mednarodne migracije v prihodnjih desetletjih v državah z moderno reprodukcijo prebivalstva zelo pomembne za odpravljanje večjih motenj reprodukcijskega procesa (Malačič, 2006, str. 231).

Vsi ti dejavniki so razlog za zaskrbljenost in za potrebo po čim hitrejšem ukrepanju tako na regionalnem kot tudi na širšem področju. Na njihovi podlagi je potrebno oblikovati krajevne in nacionalne strategije. Evropa to nalogo prepušča posameznim članicam, uspešne strategije in programe pa bo potem širila naprej – Slovenija torej lahko na tem področju izkoristi možnosti v okviru EU (Strategija varstva starejših do leta 2010, Vlada RS, 2006, str. 6). Demografske spremembe, ki zahtevajo drugačno politiko od te, ki je bila do sedaj, različni viri različno obravnavajo. Zgoraj naštetim demografskim spremembam na stari celini lahko potegnemo vzporednico s faktorji na strani povpraševanja, kakor tudi nedemografske dejavnike vzporedno primerjamo s faktorji ponudbe, ki jih bom opisala v poglavju Determinante 2 – nedemografski dejavniki. Dejavnike izdatkov za zdravstveno varstvo sta za svoje potrebe izdelala Odbor za ekonomsko politiko in Evropska komisija. Demografski dejavniki in faktorji povpraševanja, ki izhajajo iz poročila Evropske komisije, so skoraj enaki, razhajajo se samo v točki »dohodek«, ki jo bom jaz obravnavala pri nedemografskih dejavnikih. Demografske spremembe bodo imele za posledico velik pritisk na javne finance. Kako velik bo v resnici ta pritisk, je težko napovedati, zato so izdelane tri možne predpostavke, glede na to, kako naj bi se razvijale različne možne spremembe v demografski strukturi. Različne predpostavke oziroma scenariji si sledijo od manj optimistične k bolj optimistični varianti.

⁵ Prebivalstvo, razčlenjeno na večje starostne razrede, običajno imenujemo kontingenti. Poleg otrok (0-14 let) in kontingenta starega prebivalstva (65 let in več) je pogosto uporabljena kategorija tudi delovni kontingent (15-65 let za moške in 15-59 let za ženske) (Malačič, 2006, str. 19).

⁶ Spreminjanje stalnega ali začasnega bivališča, zlasti iz gospodarskih vzrokov; selitev, preseljevanje.

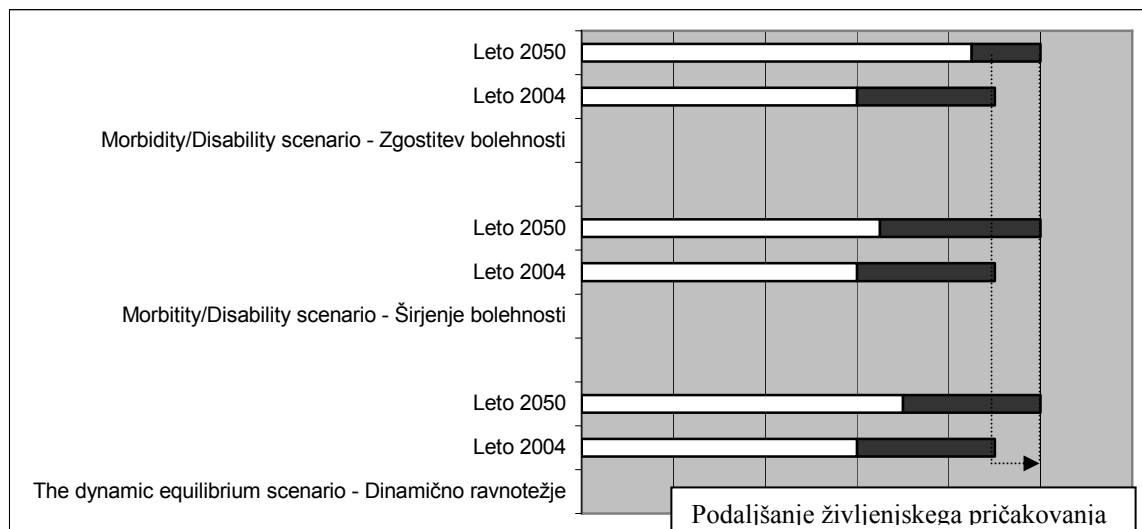
⁷ Neto selitve, torej razlika med priselitvami in odselitvami.

2.1.1 Možni scenariji vzdržnosti javnih financ do leta 2050 za EU-25

Zgoraj omenjeni organ Evropske komisije (DG ECFIN) je v letu 2006 izdelal projekcijo za države članice EU-25 za obdobje 2004-2050. Scenariji niso napovedi, temveč projekcije prihodnjih demografskih sprememb (Senjur, Ekonomsko-razvojne posledice demografskih sprememb v Sloveniji, 2007). Na podlagi projekcije ugotavljajo, kaj bi se zgodilo z javnimi financami, če se uresničijo posamezne demografske variante, ob predpostavki, da vsi ostali pogoji ostanejo nespremenjeni. Njihov namen je spodbuditi pravočasno ukrepanje. Faktorji povpraševanja za zdravstveno varstvo so odvisni od zdravstvenega stanja in opravičnih sposobnosti starejših ljudi in ne od starosti teh istih ljudi. Leta kot taka so koristen pokazatelj zdravstvenega stanja starejših populacij (kažejo na nagnjenost k izdatkom za zdravstveno varstvo, ki so pogojeni s starostjo). Tako na izdatke za zdravstveno varstvo vplivajo:

- zdravstveno stanje prebivalstva (slika 1),
- ekonomska rast in razvoj,
- nove tehnologije in razvoj medicine,
- organiziranost in financiranje zdravstvenih sistemov,
- vlaganje v zdravje tako s strani kapitala kot človeškega dela.

Slika 1: Različne predpostavke razvoja življenjskega pričakovanja



Vir: Delavnica o evropskih in slovenskih projekcijah izdatkov povezanih s staranjem prebivalstva, 2006.

Zadnje raziskave, ki temeljijo na podatkih raziskav v industrijsko razvitih državah, kažejo, da je skupna zdravstvena oskrba v povprečju za osebo, staro nad 65 let 2,7- do 4,8-krat višja kot zdravstvena oskrba povprečne osebe v starosti 0-64 let (Anderson and Hussey, 2000). Prikazano še drugače, 35-50 % skupnih izdatkov za zdravstveno varstvo je porabljen za starejše ljudi v starosti 65 in več let (Jacobzone, 2001).

Zdravstveno stanje prebivalstva je eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na izdatke za zdravstveno oskrbo. Kot že rečeno, ni ustrezno govoriti o napovedih, temveč so narejene variante projekcij naraščanja življenjskega pričakovanja. Te projekcije so razdeljene v tri scenarije, ki si sledijo v zaporedju od manj k bolj optimistični različici, glede ohranjanja dobrega zdravja v višjih starostnih razredih in z njim povezanimi izdatki.

2.1.1.1 Scenarij povečevanja obolevnosti (»Expansion of morbidity scenario«)

Ta scenarij je najbolj črnogled izmed teh treh navedenih scenarijev. Predpostavlja, da ko življenjsko pričakovanje narašča, starejši ljudje postajajo bolj nagnjeni k obolevanju za kroničnimi boleznimi in preživijo večino svojega časa bolni. Povedano drugače, velik delež ljudi, ki dočaka visoko starost, se sooča z zdravstvenimi težavami, kar je posledica:

- medicinske pomoči, ki podaljša preživetje kronično bolnih ljudi, vendar ne izboljša njihovega zdravstvenega stanja; posledično so leta podaljšanega življenja preživeta v bolniški postelji;
- naraščanje števila ljudi, ki se ohranjajo pri življenju, pomeni, da je velik del prebivalcev starejših in bolj nagnjen k obolevanju za kroničnimi boleznimi: vzroki so preskok od usodnih k neusodnim obolenjem, ki so prevladujoči med starejšo populacijo;
- kronična obolenja so lahko povzročitelj ostalih obolenj. Bolezni, ki jih je posameznik prebolel v mlajših letih, lahko imajo negativne posledice, ne na višjo umrljivost, temveč na višjo obolevnost in nezmožnost v starejšem obdobju posameznika.

Bistvo tega scenarija je v predvidevanju, da naj bi v isti starosti v prihodnje (ko se bo življenjsko pričakovanje podaljšalo) potrebovali isto zdravstveno oskrbo kot v izhodiščnem letu.

2.1.1.2 Scenarij konstantnega zdravja (»Constant health scenario«, včasih tudi »Dynamic equilibrium scenario«)

Gre za srednje optimističen scenarij izmed teh treh navedenih. Življenjsko pričakovanje preživeti zdravo narašča v enakem obsegu kot celotno življenjsko pričakovanje. Posamezna oseba naj bi svoje podaljšano življenje preživela v boljšem zdravstvenem stanju in z zmanjšano potrebo po zdravstveni oskrbi. Konkretno to pomeni, da če bi npr. živel čez nekaj desetletij v povprečju 5 let dlje, potem naj bi se tudi potreba po zdravstveni in dolgotrajni oskrbi zamaknila približno za 5 let (Sambt, 2005, str. 94).

2.1.1.3 Scenarij zmanjševanja obolevnosti (»Compression of morbidity scenario«)

Ta scenarij predpostavlja, da je s tem, ko življenjsko pričakovanje narašča, nastop nezmožnosti za življenje preložen na pozneje, v višjo starost, zahvaljujoč zdravemu načinu življenja in dejstvu, da sodobna tehnologija in farmacija ponujata vedno več zdravil, ki so zmožna pozdraviti kronične bolezni. Po tem scenariju se bo življenjsko pričakovanje brez bolezni in potrebe po dolgotrajni oskrbi podaljšalo za več kot življenjsko pričakovanje ob rojstvu.

Zgoraj naštetih trije osnovni scenariji so podlaga za izdelavo simulacij možnega razvoja faktorjev povpraševanja oziroma demografskih dejavnikov in faktorjev ponudbe oziroma nedemografskih dejavnikov. Glede na to, da so različni scenariji pripravljeni za soočanje z demografskimi (prvi trije scenariji, ki izhajajo iz zgoraj naštetih predpostavk razvoja življenjskega pričakovanja – I, II, III)) in nedemografskimi dejavniki (zadnji trije naštetih – IV, V in VI), je potrebno, da jih še enkrat omenim:

- **Čisti demografski scenarij (»Pure ageing scenario (I)«)** - navdih zanj izhaja iz scenarija »Expansion of morbidity«. Vse podaljšanje življenjskega pričakovanja je preživeto v slabem zdravstvenem stanju, tako da leta, ko je oseba zdrava, ostanejo nespremenjena. To je najbolj črnogleda predpostavka, kar se zdravstvenega stanja tiče in s tem tudi projekcij izdatkov za zdravstvo.
- **Scenarij konstantnega zdravja (»A constant health scenario«) (II)** – scenarij konstantnega zdravja izhaja, ki se včasih poimenuje tudi scenarij »dinamičnega ravnotežja« (lasten prevod izraza »dynamic equilibrium«).
- **Scenarij, povezan s stroški umiranja (»A death-related scenario«) (III)** – ta scenarij predpostavlja, da je velik delež celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo posamezne osebe skoncentriran na zadnja leta življenja.
- **Scenarij, ki upošteva učinek dohodkovne elastičnosti povpraševanja po zdravstvenih storitvah (»A scenario looking at income effects«) (IV)**, ki naj bi bila večja od 1 - omenjeni scenarij je povsem enak čistemu demografskemu scenariju (I), z eno razliko. Ta razlika izhaja iz predpostavke, da je dohodkovna elastičnost povpraševanja v izhodiščnem letu 2004 enaka 1,1 in se s približevanjem letu 2050 linearno približuje 1.
- **Scenarij, kjer se stroški gibljejo v skladu z rastjo BDP na zaposlenega (V)** - scenarij izhaja iz čistega demografskega scenarija (I), le da predpostavlja, da se bodo stroški na predstavnika posamezne starostne skupine povečevali z BDP na zaposlenega (torej s produktivnostjo dela). Glede na demografske projekcije in projekcije zaposlenih bo namreč razlika med rastjo BDP na prebivalca in BDP na zaposlenega v posameznih obdobjih velika.

- **Referenčni scenarij AWG-skupine⁸ (»An AWG reference scenario«) (VI)** - je kombinacija elementov scenarijev, ki so naštet v zgornjih petih točkah in se zdi AWG skupini najbolj verjeten.

2.1.2 Dejavniki izdatkov za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo

Odbor za ekonomsko politiko in Evropska komisija sta v svojem poročilu (European Commission, EPC, 2006) opredelila dejavnike, ki vplivajo na izdatke, povezane z zdravstvom, v dve skupini. Prva skupina so tako imenovani faktorji povpraševanja. Ti so:

- velikost in starostna struktura prebivalstva,
- zdravstveno stanje prebivalstva, posebej še starejših kohort,⁹
- stroški, povezani z umiranjem,
- dohodek.

Druga skupina faktorjev, ki so prav tako povezani z izdatki za zdravstvo, pa so faktorji ponudbe:

- tehnologija,
- sorodni izdatki v zdravstvenem sektorju,
- vladna politika in izvajanje le-te.

2.1.2.1 Dejavniki izdatkov za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo – faktorji povpraševanja

- **Velikost in starostna struktura prebivalstva** določata potrebo po zdravstvenih uslugah. Stopnja obolevnosti narašča hitro v poznejših letih življenja, kar je tudi pričakovati pri visoki starosti prebivalstva. Dosedanji podatki kažejo na naraščanje števila starejših ljudi. Predviden scenarij, po katerem se bo do leta 2050 razvijal ta faktor, je čisti demografski scenarij (I), torej najbolj črnogled od navedenih scenarijev. Rezultat tega bi po predvidevanjih bil velik pritisk na zmanjšanje stroškov za zdravljenje in zdravstveno oskrbo starejših.
- **Zdravstveno stanje prebivalstva, posebno starejših kohort.** Sprememba v stopnji umrljivosti po starostnih skupinah (življenjsko pričakovanje se viša, kar je razvidno iz tabele 1 in 2 (glej priloge), kjer je predstavljen najbolj črnogled scenarij – Morbidity/disability scenario) bo potegnila za seboj povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Iz podatkov je v tem trenutku težko napovedati, ali se zdravstveno stanje po posameznih razredih izboljšuje ali ne. Za razvoj tega faktorja je predviden Constant health scenario (II). Razvoj v omenjeni smeri nakazuje na zvišanje izdatkov, posebej če jih primerjamo z omenjenim scenarijem.

⁸ Ageing Worknig Group – Skupina za staranje prebivalstva. Gre za organ znotraj Evropske komisije, ki se sestoji iz predstavnikov držav članic Evropske unije in se ukvarja s proučevanjem posledic staranja prebivalstva.

⁹ Kohorta je skupina oseb (prebivalcev), ki so doživele ali se jim je dogodil kakšen dogodek v istem časovnem obdobju ali v istem trenutku (Malačič, 2006, str. 41).

- **Stroški, povezani z umiranjem.** Velik del celotnih izdatkov, povezanih z zdravstveno oskrbo, je zabeležen predvsem v zaključni fazi življenja, ko se človek bliža smrti. Po predvidevanjih se bo ta faktor razvijal po scenariju III – Death related cost scenario. Učinki na izdatke zdravstvene blagajne bodo ob tej predpostavki vsekakor nižji, kot če se bo dejavnik razvijal po Pure ageing scenario. Skupaj s povečevanjem življenjskega pričakovanja in s tem odlaganjem smrti v višjo starost se bodo tudi stroški pomaknili v višjo starost in se bodo tako v istih starostnih razredih zmanjšali.
- **Dohodek.** Ob predpostavki, da je zdravje (zdravstvene storitve) luksuzno blago, je dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah višja od 1. Delež izdatkov za zdravstveno oskrbo v BDP naj bi se tako s poviševanjem življenjske ravni v prihodnje povečeval.

Do sedaj so bili prikazani le demografski dejavniki vpliva na javnofinančne izdatke. S prikazom nekaterih demografskih dejavnikov in predpostavk razvoja življenjskega pričakovanja je bilo omenjeno kar nekaj nedemografskih dejavnikov. Po mnenju nekaterih imajo ti dejavniki še večji vpliv na javnofinančne izdatke za zdravstveno varstvo kot demografski dejavniki (Jacobzone, 2001).

2.2 Determinanta 2 – nedemografski dejavniki

V Evropi je delež izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP naraščal skozi celotno drugo polovico prejšnjega stoletja. Ob upoštevanju vsote izdatkov javnega sektorja in zasebnikov se je delež v BDP-ju v primerjavi z obdobjem 1960-1990 približno podvojil. Najbolj zaskrbljujoče je to, da javnofinančni izdatki naraščajo hitreje od sprotnega kritja iz naslova zdravstvenega zavarovanja. Kot že rečeno, staranje prebivalstva ni ključni vzrok naraščanja izdatkov za zdravstvo. Rezultati raziskav so pokazali, da so na povišanje izdatkov za zdravstveno varstvo med leti 1960 in 1990 vplivali drugi bolj vplivni dejavniki, kot so:

- delež stroškov zdravstva, ki ga krije javni sektor,
- dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstveni oskrbi,
- ponudbena stran,
- medicinska inflacija,
- naraščajoči delež ostalih javnofinančnih izdatkov v bruto domačem proizvodu.

2.2.1 Delež stroškov zdravstva, ki ga krije javni sektor

Ta delež je naraščal v preteklosti in trendu naraščanja smo priča še naprej. Težko je sicer napovedati prihodnja gibanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo na osebo, saj nanje vpliva kar nekaj dejavnikov, ki tudi niso konstantni, temveč se skozi čas spreminjajo. V nekaterih državah so si pri poskusu napovedi trendov gibanja izdatkov pomagali z oceno gibanja le-teh v preteklosti, zato so s pomočjo opisane metodologije naredili od referenčnega leta 1998 projekcije nazaj ter jih primerjali z dejanskim dogajanjem v preteklosti. Ta poskus sta izvedli Belgija in Velika Britanija.

Belgija je ocenjevala gibanje izdatkov v letih 1948 do 1998, in sicer z uporabo starostnih profilov tako za zdravstvo kot za dolgotrajno oskrbo. Pri ocenjevanju se je naslonila na dve projekciji, ena je predpostavljala rast izdatkov na predstavnika posameznega starostnega razreda z rastjo BDP na prebivalca, druga pa je predpostavljala rast z BDP na delavca. Ugotovili so, da je razlika med tema dvema projekcijama majhna. Po drugi strani so odkrili, da so dejanski izdatki BDP na prebivalca skozi zgodovino (analizo so naredili nazaj do leta 1948) naraščali po višji stopnji, kot so simulirale projekcije za nazaj. Povedano drugače, Belgija je v povojnem obdobju imela višjo rast javnofinančnih izdatkov za zdravstvo, kakor bi sledilo iz rezultatov projekcij, tako ob predpostavki naraščanja izdatkov na predstavnika posameznega starostnega razreda z rastjo BDP na prebivalca kot na delavca. Iz projekcij izhaja, da bi v primeru nadaljevanja teh trendov bilo v Belgiji proračunsko breme, napovedano s pomočjo projekcij v prihodnje močno podcenjeno. V Belgiji so naredili še korak dalje za prikaz prihodnjih gibanj. Regresijo so izvajali na preteklih podatkih z namenom ocenitve elastičnosti porabe v zdravstvu in odražanja v povečanju deleža v BDP na prebivalca. Rezultati so pokazali, da znaša dolgoročna mejna nagnjenost k trošenju 11 EUR na 100 EUR povečanja BDP na prebivalca.

Za Veliko Britanijo je bila izvedena dosti krajša časovna serija, saj so analizo izvajali za čas od leta 1990 do leta 1998. Vzorec, ki so ga na njeni podlagi dobili, je povsem drugačen kot v Belgiji. Iz podatkov, ki so jih dobili, izhaja, da je v letu 1990 izdatek na prebivalca naraščal počasneje kot BDP na prebivalca. Torej, če se bo tak trend devetdesetih nadaljeval v prihodnje, bo proračunsko breme, namenjeno zdravstvu, precejšeno. Različni sklepi za različni državi kažejo na težavnost napovedovanja gibanja javnofinančnih izdatkov za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo.

2.2.2 Dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstveni oskrbi

Razvoj dejstev postavlja vprašanje, ali so zdravstvene storitve luksuzna ali nujna dobrina. Odgovor je odvisen od tega, s katere strani gledamo. Če smo na strani porabnika teh storitev, smatramo, da je zdravstvena storitev nekaj, kar nam pripada. V primeru proračunskega gledanja pa je zdravstvo luksuzna dobrina. Z drugimi besedami, gre za vprašanje dohodkovne elastičnosti¹⁰ povpraševanja. Dohodkovna elastičnost povpraševanja za zdravstveno varstvo je nad 1 (okrog 1,2 – podatek je za Slovenijo¹¹) in kaže na to, da je luksuzna dobrina.

¹⁰ $E_M = (\% \text{sprememba povpraševanja}) / (\% \text{sprememba dohodka})$ in pove, za koliko odstotkov se spremeni povpraševanje po blagu (storitvah), če se potrošnikov dohodek spremeni za 1 %. Pri dohodkovni elastičnosti nastopa vprašanje, ali gre za luksuzno dobrino, normalno dobrino ali nujno življenjsko dobrino. Dobra, ki ima pozitivno dohodkovno elastičnost, je normalna dobrina. V primeru, da je dohodkovna elastičnost negativna, gre za inferiorno dobrino in pomeni zmanjšanje povpraševanja po tej dobrini.

¹¹ Ob predpostavki elastičnosti 1,2, kar je spodnja meja, ki jo kažejo mednarodni empirični izračuni. Če bi za Slovenijo veljala elastičnost 1,5, kar je empirična ocena regresije za razdobje 1992-2005, bi se delež izdatkov za zdravstvo v desetih letih povečal za okoli 2 odstotni točki BDP (Kranjec, 2007, str. 2).

2.2.3 Ponudbena stran

- **Tehnologija** je z vidika vpliva na javnofinančne izdatke dvorezen meč. Po eni strani omogoča nižanje stroškov na enoto, s tem ko omogoča učinkovitejše zdravljenje. Po drugi strani pa viša izdatke s tem, ko razvija nove tehnologije, dostopne širši javnosti. Ob napovedi možnega razvoja so si vsi avtorji enotni: po vseh predvidevanjih bo razvoj tehnologije zahteval višje izdatke.
- **Sorodni izdatki v zdravstvenem sektorju**, kot so plače (včasih so posledica kolektivnih pogodb), investicije v zdravstvo in razvoj farmacije (cene zdravil so uravnavane), se gibajo v isti smeri kot celotno gospodarstvo.
- **Vladna politika in izvajanje le-te** vpliva na celotno ponudbo zdravstvenih storitev preko zdravstvenega sistema in z izvajanjem kvalitetne ponudbe storitev (čakalne dobe).

2.2.4 Medicinska inflacija

Ko že govorimo o ponudbeni strani zdravstvenih storitev, je pomemben element, ki vpliva na izdatke za zdravstvo, razvoj in uvajanje moderne tehnologije za diagnostiko in terapijo ter nova zdravila. S tem odpira nove možnosti zdravljenja, kar spodbuja povpraševanje po njem. Ker gre za visoke tehnološke inovacije, ki zahtevajo velika sredstva za raziskave in razvoj, se stroški novih tehnologij kažejo v hitri rasti cen zdravljenja (Kranjec, 2007, str. 2). V primerjavi s splošno inflacijo (rast cen v gospodarstvu v povprečju) je bila medicinska inflacija¹² v preteklosti bistveno višja. Za primerjavo lahko pogledamo ZDA, kjer je povprečna medicinska inflacija v razdobju od 1950 do 2000 za 45 % presegla splošno inflacijo, saj je tam razvoj in uvajanje moderne tehnologije najbolj intenziven. Z modernizacijo zdravstva in sprostitev naložb privatnega kapitala v zdravstvo lahko pričakujemo, da bo ponudbena stran zdravstva z moderno tehnologijo – ki jo sedaj javni sektor ne more zagotoviti – dodatno pritiskala na zdravstvene izdatke, neodvisno od demografskih sprememb (Kranjec, 2007a, str. 2).

2.2.5 Naraščajoči delež ostalih javnofinančnih izdatkov v BDP-ju

Podatki kažejo, da se bodo izdatki za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo gibali v državah EU25 do leta 2050 predvidoma podobno. Zaradi staranja prebivalstva je pričakovati porast deleža izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v strukturi BDP-ja. Večji delež strukture BDP-ja, ki imajo glede na projekcije celo večjo tendenco naraščanja, predstavljajo izdatki za pokojnine. Ker gre za zakonsko določene obveznosti, ki jih bo potrebno nujno izpolniti, bodo imele pokojnine prednost pred zdravstvenim varstvom in dolgotrajno oskrbo, ker obseg javnofinančnega financiranja ni tako eksplicitno in pravno določen.

¹² Porast cen postopkov zdravljenja, indeks medicinske inflacije, se v Sloveniji ne računa.

2.3 Izdatki za zdravstveno varstvo v EU

Izdatki za zdravstveno varstvo so v žarišču pogajanj upravljavcev proračunov zaradi vzdrževanja stabilnosti celotnih javnih financ. Nevzdržnost javnih financ ni presenetljiva, če upoštevamo dogajanja v preteklosti. Izdatki za zdravstveno varstvo, tako javni kot zasebni, izkazani kot delež v BDP-ju, so se v zadnjih desetletjih prejšnjega stoletja v državah članicah EU močno povečali (glej prilogo, tabela 3 in slika 3). Porast je bil silovit v letih od 1960 do 1970, nadaljeval se je z upočasnjeno rastjo v osemdesetih in je znova porasel v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Skupni izdatki za zdravstvo, izkazani kot delež v BDP-ju, so naraščali v 90-ih letih v vseh državah članicah EU, z izjemo Finske, Luksemburga, Nemčije in Švedske. Na splošno so celotni stroški za zdravstvo v državah članicah EU znašali od 5 % (Latvija) do 10,9 % (Nemčija) v BDP-ju. Tudi članice z nizko začetno stopnjo so imele skozi zadnja desetletja tako hitro rast, da so ujele in postale primerljive z ostalimi članicami EU.

Tudi načini zdravljenja in urejenost zdravstvene oskrbe so odvisni od vladne politike (čakalne dobe, velikost območja, ki ga pokrivajo storitve bolnišnice). Vse te različne ureditve zdravstvenih sistemov imajo za posledico, da faktorji niso vzeti v projekcijo in niso medsebojno primerljivi.

3 ZELENA KNJIGA

Že po odkritju Amerike, 12. oktobra 1492, ko je na tla Novega sveta stopila prva evropska noga, noga Krištofa Kolumba, italijanskega raziskovalca in trgovca, že od takrat dalje velja Evropa za Stari svet. Trenutno se kažejo njegove besede kot preroške tudi z vidika starostne strukture prebivalstva te celine. V povezavi z izrazitim in hitrim staranjem prebivalstva, ki grozi t. i. Staremu svetu, je nastal tudi dokument, imenovan Zelena knjiga.

3.1 Zelena knjiga: »Soočanje z demografskimi spremembami: nova solidarnost med generacijami«

Kot sem že na začetku navedla, se zgoraj omenjeni dokument začne s stavkom: Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so brez primere. Po evropskih državah je zaslediti upadanje prirastka prebivalstva, priseljenci so postali ključni dejavnik ohranjanja trenda rasti prebivalstva, stopnja rodnosti je daleč pod stopnjo, potrebno za naravno obnavljanje prebivalstva. Že ta, na hitro navržena dejstva, so skrb vzbujajoča. Spodbuden je podatek, da si prebivalci Evrope želijo imeti več otrok, vendar jih od tega odvrčajo problemi, ki jim zmanjšujejo svobodo lastnih odločitev. Evropa bo prisiljena najti rešitev za razne oblike družin, saj naj bi le-te imele pomembno vlogo pri razvoju demografske politike Stare celine.

Po predvidevanjih naj bi prebivalstvo Evrope počasi naraščalo do leta 2025, s 458 mio v letu 2005 na 469,5 mio v letu 2025, kar znaša 2 % prirastek, predvsem zaradi priseljevanja, nakar se bo do leta 2030 zmanjšalo na 468,7 mio. Ta trend upadanja prebivalstva je še toliko bolj opazen, če upoštevamo samo delovno aktivno prebivalstvo (15-64 let); med letoma 2005 in 2030 bo predvidoma upadlo za 20,8 mio ljudi.

Poročilo delovne skupine High Level Group pod vodstvom Wima Koka je za Lizbonsko strategijo ugotovilo pomembnost demografskih izzivov. Staranje prebivalstva lahko povzroči padec BDP-ja z 2-2,5 % letne rasti danes na 1,25 % letne rasti v letu 2040, z vsemi ostalimi možnimi posledicami. Da bi se soočili z izzivi, ki izhajajo iz lizbonskih zapisnikov, mora biti izvedena odločna izvršitev, ki ima za posledico tako politiko, ki se osredotoči, kako priskrbeti ljudem službe, posebno težje zaposljivim ljudem, kot so ženske, mladi in stari ljudje, z namenom povečanja produktivnosti. Ob tem seveda ne velja zapostaviti socialnega sistema, predvsem na področju upokojevanja.

Omenjene demografske spremembe so rezultat treh osnovnih trendov:

- **Nadaljevanje naraščanja dolgoživosti**, ki je rezultat znatnega napredka v zdravstvenem varstvu in v povišanju kvalitete življenja. Ta trend se nadaljuje z manjšanjem prepada med moškimi in ženskami. Kakor navaja zapisnik, ne bo nič presenetljivega videti štiri živeče generacije iste družine, vendar razsejane na različne konce sveta, ne pa skupaj, tako kot je bilo v preteklosti.
- Nadaljevanje povečevanja števila delavcev, starih nad 60 let.
- **Nadaljevanje nizke stopnje rodnosti**. Ljudje se odločajo za manj otrok kot v preteklosti iz mnogih razlogov. V večini države je stopnja rodnosti daleč pod 2,1, ki bi zagotavljala enostavno reprodukcijo prebivalstva.

Struktura tako družbe kot družine se drastično spreminja. Več je starejših delavcev (55-64 let), starih ljudi (65-79 let) in zelo starih ljudi (80+), manj je otrok, mladih in odraslih v mladih zrelih letih. Vsi ključni mejniki mladega človeka so se premaknili za nekaj let naprej (npr. zaključek izobraževanja, služba, rojstvo prvega otroka).

3.1.1 Predlogi rešitev problemov, navedenih v Zeleni knjigi

Za zgoraj omenjene probleme si v EU prizadevajo poiskati rešitve. Sproženi so bili postopki in politike držav, ki se skušajo odzvati na predpostavke demografskih sprememb. Evropska politika na področju zaposlovanja, izobraževanja in poklicnega usposabljanja je usmerjena v boj proti temu, da mladi opuščajo šolanje, k dvigu kvalitete začetnega usposabljanja mladih in na drugi strani k promociji »aktivnega staranja«, k postopnemu višanju starosti upokojevanja in k izboljšanju kvalitete služb.

- Reforma socialnega sistema. Preprosto dejstvo, ki izhaja iz prenovljene pokojninske sheme iz leta 2001, kliče po solidarnosti med generacijami z namenom obdržati

ravnotežje med aktivnim prebivalstvom in prebivalstvom v pokoju. Ukvarja se tudi z otroki in revnejšimi družinami.

- Upoštevati enakost spolov; primer: starševsko varstvo za otroke in deljen delavnik.
- Boj proti vsaki vrsti diskriminacije na delovnem mestu in podpora različnosti.
- Nevzdržnost javnih financ in zmanjšanje javnega dolga.

3.1.2 Izzivi evropski demografiji

Zgoraj navedeni povzročitelji demografskih sprememb so razlog za situacijo povsod po Evropi, vendar z različnimi razlagami:

- Priseljevanje je ublažilo upadanje stopnje rodnosti v mnogih državah.
- Stanje v državah kandidatkah poudarja ta demografski kontrast. Napoved za Bolgarijo in Romunijo kaže na negativno rast (-21 % in -11 % do leta 2030) in za Hrvaško do -19 %. Prebivalstvo Turčije naj bi se od leta 2005 do 2030 povečalo za 19 mio. V Združenih državah Amerike se bo število prebivalcev predvidoma povečevalo do leta 2050. Sosednje celine Evrope se bodo postarale mnog manj, saj je njihovo prebivalstvo v povprečju veliko mlajše, s povprečno starostjo 20 let ali manj – v primerjavi z Evropo, kjer je povprečna starost 35 let.
- **Izzivi nizke stopnje rodnosti.** Namen je povečanje produktivnosti, s poudarkom na vseživljenjskem učenju, z ustvarjanjem resničnega evropskega trga dela se približuje EU cilju povečati stopnjo rodnosti. Ob nizki rodnosti se pojavlja velik razkorak med tem, koliko otrok bi si prebivalci EU želeli (2,3) in koliko jih dejansko imajo (1,5). To pomeni, če bi obstajali ustrezni mehanizmi, ki bi dali mladim parom možnost uresničiti želje glede števila otrok, bi se stopnja rodnosti predvidoma dvignila. Sedanja nizka stopnja rodnosti pa je tudi odraz izbire posameznika, na katero vplivajo: pozen nastop prve zaposlitve, negotovost glede redne zaposlitve, ureditve stanovanjskih razmer in spodbud na področju varstva otrok, družinskih ugodnosti.

3.1.3 Prispevek priseljevanja

Priseljevanje iz držav izven Evrope bi pomagalo ublažiti učinke padanja stopnje rodnosti do leta 2025, čeprav ni edini način, da bi se rešila problematika staranja, in ni nadomestilo za ekonomske reforme. Glede na situacijo v EU bi bil večji tok priseljencev potreben tako zaradi ureditve krizne demografske situacije v Evropi kakor tudi zaradi prepotrebne delovne sile. To pomeni, da je potreba po izvedbi administrativnih mehanizmov za priseljevanje narodov tretjega sveta in ureditev take politike, ki bi zagotavljala asimilacijo priseljencev.¹³ Proučitev možnosti priseljevanja kot vira demografskih rešitev je potrebna tako na nacionalnem nivoju posameznih držav članic kot tudi na ravni celotne EU.

¹³ Vključevanje v določeno okolje s prevzemanjem njegovih značilnosti, lastnosti.

3.2 Nova solidarnost med generacijami

Demografske spremembe narekujejo novo družbo in te spremembe s silovito hitrostjo napovedujejo od leta 2010 še manj mladih ljudi in mladih odraslih, še več starejših delavcev, upokojencev in zelo starih ljudi. Sodobna družba je prisiljena najti nove poti za premostitev pregrad med vsemi vpletenimi v družbena dogajanja, ne glede na starost. To pomeni, da bi razvili nove vzajemne relacije med generacijami, nove oblike solidarnosti, ki bi temeljile na mladostni zagnanosti, podkrepljeni z modrostjo in izkušnjami starejših.

3.2.1 Boljše vključevanje mladih

Stopnja izobrazbe je pri mladih bistveno višja kot pri starejših – npr. v letu 2003 je bilo v državah EU15 skoraj 28 % 25-34 let starih ljudi z univerzitetno izobrazbo, v primerjavi s 16 % tistih, ki so v tem letu imeli 55-64 let. To dejstvo kaže na možnost višje produktivnosti in večje prilagodljivosti kot pri predhodnih generacijah. V Zeleni knjigi je poudarjeno, da je potrebno sprejeti dejstvo, da postajajo mladi ljudje redek in zaenkrat podcenjen vir. Hkrati se tudi mladi težko vključujejo v delitev dela. Podatki, ki navajajo na to, so:

- Stopnja brezposelnosti za ljudi, mlajše od 25 let, je bila decembra 2004 17,9 %, v primerjavi s 7,7 % med tistimi, ki so bili starejši od 25 let.
- Med mladimi v starosti 24 do 29 let jih je na robu revščine¹⁴ 19 %, medtem ko znaša ta odstotek za starostni razred 25 do 64 let samo 12 %. Ta odstotek je tudi višji kot pri tistih v starosti 65 let, kjer znaša 17 %.

Mladi se soočajo z diskriminacijo predvsem zaradi svoje starosti in pomanjkanja delovnih izkušenj, s poudarkom na spolni, socialni in rasni diskriminaciji idr. Spretnosti, pridobljene v šoli, niso vedno v skladu z zahtevami delodajalcev in delež mladih, ki opustijo šolanje, je skrb vzbujajoč. Leta 2002 je 16,5 % mladih v starosti 18-24 let zapustilo šolo brez kakršnekoli pridobljene stopnje izobrazbe. Za to je kar nekaj razlogov, kot so različna merila staršev pri podpori šolanja otrok in modernizacija šolskih sistemov.

- Mladi v starosti pod 15 let so tudi najbolj ogroženi, saj jih je na pragu revščine kar 19 %, posebej v enostarševskih družinah. 12 % prebivalcev, starih med 25 in 64 let, se bori z revščino, medtem ko je odstotek takih ljudi, starih 65+, 17 %. Mladi ljudje so posledično prisiljeni opustiti šolanje, kar pa zopet povzroča večje tveganje revščine med mladimi.

V sistemu izobraževanja so potrebne korenite spremembe: potrebno je dvigniti raven začetnega usposabljanja in ponuditi bolj fleksibilno usmeritev, po kateri bi si mladi izbrali smer izobraževanja in tako imeli večji uspeh pri izobraževanju in se lažje vključevali v gospodarstvo. Problem se sam po sebi ne bo odpravil, za njegovo razrešitev so potrebni

¹⁴ Neto dohodek je manjši kot 60 % povprečja.

socialni partnerji, šolstvo, vladna stran in lokalna skupnost, ki izraža potrebe po ustrezno usposobljenih kadrih.

Delež mladih odraslih (25-39 let) bo začel v letu 2005 predvidoma upadati in tak trend se bo nadaljeval še bolj izrazito po letu 2010 (-16 % med letoma 2010 in 2030). Število 40-45 let starih bo predvidoma začelo upadati po letu 2010, medtem ko bo število 55-letnikov in starejših naraslo med letoma 2005 in 2010 za 9,6 %, med letoma 2010 in 2030 pa za 15,5 %. Gospodarstvo se bo moralo opreti na izkušnje starejših delavcev, dokler ne bo pripravilo mlajših delavcev, ki jih bodo nadomestili. Mladi zaposleni bi si želeli več časa preživeti s svojimi družinami in delati kariere v kasnejšem obdobju življenja. Tak način razmišljanja bo mogoče pripeljal do novega, bolj prilagojenega in bolj fleksibilnega organiziranja delovnega časa. Tehnološki razvoj omogoča poiskati ravnovesje med časom, ki ga namenijo službi, in časom, ki ga namenijo družini. Kakovostno in prijetno vzdušje v delovnem okolju sta dejavnika, ki bi obdržala zaposlene na delovnem mestu, z zmanjšano možnostjo obolevnosti delavcev, posebno starejših.

3.2.2 Iskanje novega prostora za »starejše ljudi«

Število starejših ljudi med 64 in 79 let bo po letu 2010 predvidoma znatno poraslo in do leta 2030 se bo povečalo za dobrih 37 %. Pričakovati je, da bodo ti ljudje aktivnejši in boljšega zdravja, imeli bodo več prihrankov kot njihovi predhodniki ter njihovi otroci in se ne bodo pripravljali povsem umakniti iz aktivnega življenja, če se bodo sedanji trendi nadaljevali. Starejši iz določenih predelov so se pripravljali seliti v druge predele ali celo v tujino, mobilnost ni več domena mladih. Niso se še pripravljali povsem umakniti iz aktivnega življenja in želijo obdržati stik z zaposlitvijo v obliki polovičnega delovnega časa, polovico pa so upokojeni. Stopnja zaposlovanja ljudi v starosti med 65 in 74 let je bila v EU v letu 2003 5,6 %, v primerjavi z Združenimi državami Amerike, kjer je bila 18,5 %.

3.2.3 Solidarnost do zelo starih

Glede na to, da se življenjska doba podaljšuje, je neizogibno, da bo sestava sodobne družbe poleg ostalih starostnih struktur v letih 2005 do 2010 sestavljena tudi iz 4 % ljudi, starih 80 let in več. Ta odstotek bo v letih 2010 do 2050 predvidoma narasel celo do 11,4 %. Če se izrazim v absolutnih številih, bo število zelo starih ljudi dobrih 34 mio v letu 2050 v primerjavi z 16,5 mio danes.

Število ljudi, ki živijo sami, predvsem žensk, zaradi razlik v dolgoživosti med spoloma, se bo povečalo. Višina pokojnin, namenjena ženskam, je precej nižja kot za moške, ker imajo ženske v povprečju krajšo delovno dobo in tekom delovne dobe nižje plače. S tem so izpostavljene tudi slabšim socialnim razmeram in višji stopnji obolevnosti. Znotraj družine ne bo moč poskrbeti za te ljudi, ne glede na to, kako odvisni ali neodvisni so. Spodbudno je dejstvo, da mlajše generacije zelo skrbijo za svoje zdravje, in pozitiven vpliv naj bi se odražal tudi v starosti. V prihodnje se bo povečalo število ljudi, ki bodo potrebovali visoko intenzivno

oskrbo. Družine naj bi v velikem obsegu poskrbele za svojce, v kolikor ne živijo na oddaljenih krajih.

3.3 Sklep: Kakšno naj bo vodilo EU

Glede na zgoraj navedene demografske spremembe namerava Evropska unija slediti tremi vodili:

- Povrniti demografsko rast. Izhaja iz dveh preprostih vprašanj: Kakšne vrednote želimo vcepiti otrokom? Ali želimo povrniti družinam, ne glede na njihovo strukturo, mesto, ki si ga zaslužijo v sodobni evropski družbi? Na podlagi Lizbonskega zapisnika glede rodnosti in razumnega priseljevanja si Evropa ustvarja nove možnosti za nova vlaganja, porabo in blaginjo.
- Zagotoviti ravnovesje med generacijami.
- Poiskati nove vezi med različnimi stadiji življenja. Mladi se še vedno težko vključujejo v gospodarstvo. Čas študija se podaljšuje, mladi zaposleni ljudje pa večino prostega časa radi preživijo s svojimi otroki in družino. Znatno delež »mladih upokojencev« pa še vedno želi dajati svoj prispevek družbi.

4 PRIKAZ DEMOGRAFSKEGA STANJA V SLOVENIJI

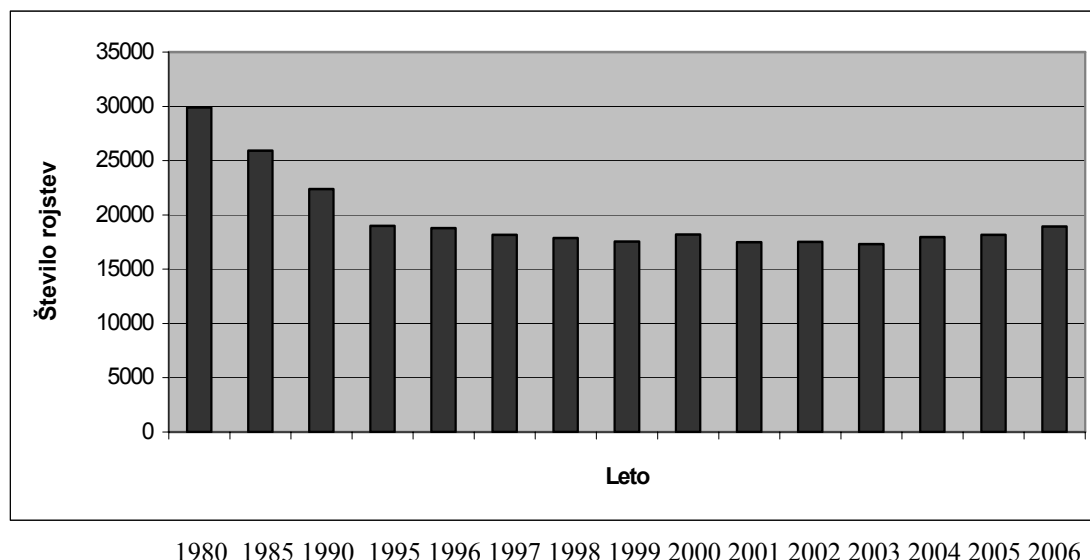
4.1 Rodnost

Na vprašanje, zakaj imamo prebivalci Slovenije (pre)malo otrok, ni enostavnega odgovora. Natančnih raziskav ni, splošni odgovori na to vprašanje pa niso nič drugačni, kot so bili desetletje nazaj. Spodbuden je podatek, da se je rodnost v letih 2004, 2005 in 2006 vendarle nekoliko povišala, kar naj bi bilo posledica prenehanja oz. zmanjševanja odlaganja rojstev preteklih let. O problematiki rojstev se v Sloveniji veliko govori in malo manj naredi. Pri nas se s to problematiko ukvarjajo le posamezniki, ki brez dovolj močne finančne podpore ne morejo kaj dosti narediti. Kazalo je, da se vladna stran zaveda teže problema, saj je dvig rodnosti opredelila tudi kot predmet koalicijske pogodbe.

Eden od mnogih razlogov za nižjo rodnost je pomanjkanje stalnih zaposlitev, naslednji problem je pomanjkanje ugodnih stanovanj. Pri teh težavah največkrat priskočijo na pomoč starši. Le-ti so tudi pomoč pri varstvu otroka (če se mladi par odloči zanj), seveda, če so stari starši časovno zmožni, saj se glede na daljšanje delovne dobe starejšim to nekako onemogoča. Stari starši so dobrodošel element za varstvo otrok predvsem zaradi visokih cen varstva v vzgojnih zavodih – vrtcih, pa tudi zaradi pomanjkanja prostih mest v njih, kar je zelo velik problem zadnjih let predvsem v bolj gosto naseljenih področjih Slovenije (Ljubljana, Domžale). Kot kaže, so se vrednote mladih začele spreminjati. Večina deluje po prednostnih listah, na katere se pogosto uvrsti na prvo mesto načelo samouresničitve. Mladi so vedno bolj osveščeni in se ne podajajo v neznano, po drugi strani pa je nekaj mladih, ki se zatekajo v

drugačne svetove, kar bom kasneje tudi omenila. Socialne in ideološke razlike so med mladimi velike.

Slika 2: Število živorojenih otrok po posameznem letu v Sloveniji



Vir: Interni podatki Statističnega urada Republike Slovenije, 2007.

4.2 Prebivalstvena politika v Sloveniji

Demografske razmere so v Sloveniji, kot že rečeno, podobne demografskim razmeram razvitih držav z modernim tipom reprodukcije prebivalstva. Slovenijo bi lahko uvrstili med države, ki nimajo jasno oblikovane in sprejete ter dosledno vodene prebivalstvene politike (Malačič, 2006, str. 287). Slovenija je v preteklih desetletjih izvajala tako prebivalstveno politiko, ki je stremela k doseganju socialnih in ekonomskih ciljev, nikakor pa ni bil v prvi vrsti izpostavljen problem demografije.

V okviru federacije Slovenija ni imela kaj dosti avtonomnosti na področju prebivalstvene politike. Prvi korak k liberalizaciji na področju načrtovanja družine je bil narejen v drugi polovici petdesetih let prejšnjega stoletja, ko je bila ukinjena prepoved splava. Sredi osemdesetih let je bil sprejet dokument, ki je podaljšal porodniški dopust na eno leto. Osamosvojitve Slovenije je aktualizirala do tedaj najbolj zanemarjeni del prebivalstvene politike – migracijsko politiko. Slovenija je z razglasitvijo samostojnosti zagotovila državljanstvo vsem prebivalcem republike, ki so v tem času imeli stalno prebivališče na njenem ozemlju (Malačič, 2006, str. 288). Kasneje je državljanstvo dodelila vsem, ki so zanj zaprosili. To je bila zrela odločitev tako mlade države. Demografske razmere, ki so vse prej kot idealne, zahtevajo oblikovanje, sprejem in izvajanje celovite prebivalstvene politike. Dosedanje izkušnje drugih razvitih držav kažejo, da bo za oblikovanje učinkovite prebivalstvene politike treba uporabiti veliko ustvarjalnosti in novih idej, zato Slovenija ne sme izgubljati časa in mora preiti od besed k dejanjem (Malačič, 2006, str. 288). Treba je

dodati, da se na prebivalstveno politiko neposredno navezuje tudi politika delovne sile. Politika delovne sile je v primerjavi s prebivalstveno politiko še veliko bolj nedorečena.

4.3 Staranje prebivalstva v Sloveniji

Posledica izboljšanja zdravstvenih in socialnih razmer je podaljševanje življenjske dobe prebivalstva., kar velja tudi za Slovenijo, ki sodi med države s starejšim prebivalstvom. Pričakovana življenjska doba je ob rojstvu leta 2004 znašala v povprečju 77,5 leta, različno po spolih, za ženske 80,2 leta in za moške 72,6 leta. Vodilni vzroki smrti starih ljudi s Sloveniji so bolezni srca in ožilja ter rak, na četrtem mestu so poškodbe. Med vsemi starejšimi prebivalci (65 let in več) je več žensk, in sicer 62 %. Starejših od 80 let je med vsemi starejšimi približno 20 % ali kar okrog 60 tisoč prebivalcev. Leta 2003 je skupno število prebivalcev, starejših od 65 let, prvič preseglo skupno število prebivalcev od 0 do 15 let.

4.4 Strategije varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva

Med težavami, s katerimi se srečuje Slovenija, so tudi demografski problemi, ki sem jih navedla za Evropo kot celoto. Evropa se je na te probleme odzvala tako, da je v okviru Lizbonske strategije sprejela Zeleno knjigo, Slovenija pa se je na Zeleno knjigo odzvala z izdelavo Strategije varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (v nadaljevanju Strategija). Osnovni namen Strategije je uskladiti delo pristojnih vladnih resorjev z gospodarstvom in civilnim sektorjem, tako da se povečata solidarnost in kakovost medčloveškega sožitja med mlado, srednjo in tretjo generacijo ter se zagotovita kakovostno staranje in oskrba naglo naraščajočega deleža tretje generacije.

4.4.1 Izhodišča Strategije

Kot že rečeno, se tudi Slovenija srečuje z enakimi in podobnimi težavami kot vsa Evropa, zato si je tudi v Strategiji postavila določena izhodišča, ki so ji vodilo ravnanja:

- **Primanjkljaj pri rodnosti prebivalstva Evrope**, kar pomeni prenizka rodnost za obnavljanje starega prebivalstva. Za naravno obnavljanje bi bila potrebna 2,1 otroka na žensko, vendar pa znaša v državah Evrope manj kot 1,5 otroka v povprečju na žensko (z izjemo Turčije, kjer se bo prebivalstvo predvidoma v letih 2005-2030 povečalo za 25 %). EU se bo v naslednjih letih ukvarjala z vprašanji staranja delovne sile in načina boljšega vključevanja mladih v gospodarstvo.
- **Težave pri vključevanju mladih v delitev dela in življenje**. Problem, ki ga pri tem Strategija varstva starejših do leta 2010 izpostavlja, je nezadostno oziroma nepravo znanje, ki ga mladi prinesejo iz šol v prakso. To zahteva spremembo šolskega sistema. Naslednji problem, ki se pojavlja v Strategiji v povezavi z mladimi, je velik primanjkljaj mladih zaradi omamljanja, kar potegne za seboj po

eni strani izgubo potencialne delovne sile, po drugi strani pa visoke stroške vzdrževanja varnosti do neke meje z metadonskimi ambulantami, in če se odvisniki odločijo, visoke stroške zdravljenja. Zgoraj navedena dejstva so tudi razlog, da mladi zapustijo šolske klopi, ne da bi si uspeli pridobiti kakršnokoli izobrazbo, kar pomeni začaran krog. Ostajajo brez zaposlitve, zatekajo se v omamo in kot taki tudi težko obdržijo zaposlitev, če so jo dobili.

- **Zgodnji odhod srednje generacije iz delovnega procesa.** Srednja generacija se je dokaj hitro upokojevala, večinoma bistveno pred 60. letom starosti. V teh ljudeh je skrita velika sposobnost in izkušnje. Potruditi se moramo, da bomo to izkoristili, ne pa jih potisnili ob obrobje družbenega dogajanja, kjer bodo njihove sposobnosti počasi zamirale. Z odmaknjenostjo srednje generacije iz delitve dela se povišajo tudi izdatki zdravstvenega varstva teh ljudi, saj se počutijo nepotrebne, zanemarjene, pomoč za duševne težave iščejo v fizični obolevnosti, kar jih pa tudi do neke mere socialno uresničuje. Ta skupina ljudi je tudi bolj izpostavljena depresijam, psihičnim boleznim in samomorilnosti. Posebej je občutljiv ženski del populacije, po eni strani zato, ker v povprečju živijo dlje kot moški, po drugi strani pa zato, ker imajo nižje pokojnine kot moški.
- **Naglo naraščanje najstarejših ljudi.** Slovenija je po starosti prebivalstva v evropskem povprečju, saj je v letu 2005 imela 15,34 % prebivalstva, starega 64 let ali več, prebivalcev v starosti 80 let in več pa je bilo istega leta 3 %. Glede na projekcijo je pričakovati v letu 2030 18,8 % ljudi v starosti od 65 do 79 let in 6,3 % prebivalcev, starih 80 let in več. V letu 2050 je napoved projekcije, da bo delež starostnikov starosti 80+ znašal 10,6 %. Zelo stari ljudje (80+) potrebujejo zelo veliko zdravstvene nege in socialne oskrbe. Poleg tega pa skrb vzbuja tudi potrošniška miselnost mlajše in srednje generacije, ki smatra socialno solidarnost kot neproduktivni strošek.
- **Razpad medgeneracijske povezanosti in zmanjševanje medgeneracijske solidarnosti.** Če želimo ohraniti stabilnost in obstoj družbe, moramo zagotoviti medgeneracijsko solidarnost med mlado, srednjo in tretjo generacijo. Silovit tehnološki napredek in potrošniška miselnost je pripeljala do tega, da smo ljudje postali vedno bolj samozadostni. Še nedavno nazaj je več generacij družine živelo skupaj in prenašalo izkušnje in modrost s starejših na mlajše. Današnji hiter tempo življenja zahteva vedno nova znanja in stara tonejo v pozabo, s tem pa tudi vloga in poslanstvo tretje generacije, ki se v odzivanju na novosti nikakor ne more kosati z mladimi. Mladi so dobili drugačen vrednostni sistem, ki temelji na lepoti, hitrosti in mladosti, s tem pa starejše postavlja v manjvreden položaj. Dovolj hitro se je te probleme opazilo in z namenom, da se jih odpravi, smo si postavili za cilj, da je potrebno, da mora biti človek zaradi osebne rasti skozi vse življenje povezan z vsemi tremi generacijami. Obstaja predlog, da bi se eno do dve uri tedensko prostovoljno ukvarjali z ohranjanjem vezi med generacijami (Strategija varstva starejših do leta 2010, str. 8).

- **Zmanjšanje tradicionalne vloge družine pri skrbi za starejše ljudi.** Za okoli 5 % ljudi, starih več kot 65 let, je treba zagotoviti oskrbo in nego v zdravstvenih ustanovah (Strategija, str. 8). Povpraševanje po domovih za ostarele je čedalje večje, saj se po eni strani večja delež starejših ljudi, po drugi strani pa se zmanjšuje vloga družine pri skrbi za stare družinske člane. Doslej je pri oskrbi starih ljudi prevladovala tradicionalna družinska in soseska oskrba. Sodobna družba pa se spreminja in čedalje več ljudi živi samih, čeprav podatki kažejo, da je v domači oskrbi večina ljudi, ki potrebujejo nego. Odhod v ustrezne ustanove je v večini primerov le izhod v sili, saj si mnogi želijo oskrbo v domačem okolju. Tu se pojavlja izziv, kako razviti nove, človeku prijazne načine oskrbe starejših ljudi.

4.4.2 Cilji Strategije

Z uresničevanjem ciljev Strategije želi Slovenija doseči dva namena:

1. namen: solidarnost in sožitje generacij in
2. namen: kakovostno staranje prebivalstva.

Strategija gradi na dobrih izkušnjah in programih, ki so delovali doslej, spodbuja uporabo vseh obstoječih razpoložljivih virov in vključitev novih, še neizkoriščenih. V skladu z usmeritvijo EU je njen cilj v petih letih prilagoditi obstoječe programe na tem področju in razviti nove do te stopnje, da bo Slovenija na področju skrbi za novo solidarnost med generacijami in skrbi za kakovostno staranje konkurenčna drugim evropskim državam.

5 ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI

Zdravstveno varstvo in oskrbo potrebujemo vsi, ne glede na socialni položaj, starost, spol, poreklo, način življenja, ki ga posameznik živi. Zaželeno je, da je zdravstveno varstvo relativno dostopno in kvalitetno, kar v Sloveniji tudi je.

5.1 Slovenski zdravstveni sistem

Ob družbenih spremembah v devetdesetih letih prejšnjega stoletja se je pokazala potreba po spremembi zdravstvenega sistema v naši državi. Zdravstvo je spremenilo svojo politiko z orientiranosti na zdravljenje bolezni (kurativa) na orientiranost promocije zdravega življenja (preventiva). V začetku marca leta 1992 je bila sprejeta nova zakonodaja za področje zdravstva in zdravstvenega zavarovanja. Najpomembnejše spremembe so bile opustitev tedanjega sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedba obveznega ter prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, imenovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v javni zavod in uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki ima možnost opravljati storitve v okviru javne zdravstvene službe (Kogovšek, Vidmar, 2000, str. 28). Zavod je javni zavod, ki se financira iz proračuna, njegovo finančno poslovanje po zakonu

nadzoruje računsko sodišče, proračunska inšpekcija in odbor državnega zbora za nadzor proračuna in javnih financ.

5.2 Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje je osnovno zdravstveno zavarovanje. Državljanom nudi le del zdravstvenih storitev in pravic, kot so pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih nadomestil, ki obsegajo nadomestila za začasno odsotnost z dela nad 30. delovnim dnevom, potne stroške, pogrebne in posmrtnine.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je način zbiranja dodatnih sredstev v zdravstveno blagajno. V prostovoljno zdravstveno zavarovanje se vključi vsak posameznik sam tako, da sprejme pogoje zavarovanja. ZZZS je bil nosilec obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja vse do 01. 11. 1999, ko je nastala družba Vzajemna d.d., ko je državni zbor sprejel sklep, da se nanjo prenesejo premoženje, obveznosti in terjatve, ki se nanašajo na prostovoljno zavarovanje.

5.3 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Partnerska pogajanja med nosilci različnih interesov kot metode upravljanja s programi zdravstvenih storitev vse bolj pomenijo zavedanje partnerjev o njihovi vlogi in odgovornosti za celotno področje zdravstvenega varstva ter s tem možnosti usklajenosti lastnih interesov in razvoja s finančnimi možnostmi zdravstvenega zavarovanja na nacionalni ravni.

Strateški cilji in globalne strategije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije med drugim opredeljuje za zavarovance:

- doseganje nove kakovosti in vsebine zdravstvenega zavarovanja,
- zagotovitev enake možnosti za uresničevanje pravic vsem zavarovancem,
- zavzemanje za večjo prilagoditev programov zdravstvenih storitev potrebam zavarovancev,
- širitev in uveljavitev prostovoljnega zavarovanja kot sestavnega dela zdravstvene varnosti in finančnega vira za izvajanje programov zdravstvenih storitev,
- zagotavljanje obsega javnih sredstev s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje v višini najmanj 6,9 % bruto domačega proizvoda,
- ohranitev in postopno širitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in programov storitev.

Cilji politike na področju zdravstvene skrbi za starejše obsegajo predvsem:

- ohranjanje dejavnosti starejših na vseh področjih in povečevanje števila let, ki jih preživijo zdravi;
- zmanjševanje razlik v zdravju starejših;

- čim daljše samostojno življenje v domačem okolju, dokler to želijo in zmorejo ob pomoči zdravstvene nege in storitev, ki jih potrebujejo;
- kakovostno in enakopravno dostopno zdravstveno oskrbo v stanju zdravih in bolezni;
- celostno oskrbo na domu ali v instituciji, ko starejši človek ni več sposoben samostojnega življenja.

6 SKLEP

Podaljševanje pričakovanega trajanja življenja in upadanje rodnosti, ki je v večini evropskih držav pod ravnilo, ki bi zagotavljala obnavljanje generacij, sta procesa, ki sta v Sloveniji in drugih evropskih državah odprla problem staranja prebivalstva. Demografske analize in projekcije so pokazale, da se obseg mladega prebivalstva zmanjšuje, starega pa pospešeno povečuje. Kontingent prebivalstva v delovni dobi (po statistični konvenciji v starosti 15-64 let) se zaenkrat ohranja na bolj ali manj enaki ravni, bo pa v obdobju pet do deset let prešel v kontingent starega prebivalstva. Zgoraj omenjeni demografski dejavniki, ki bodo imeli podoben trend tudi v prihodnje, povzročajo zaskrbljenost glede vpliva, ki ga bodo imeli po eni strani na javne finance, zlasti na financiranje zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe vedno večjega števila starih ljudi, po drugi strani pa glede vpliva na obseg delovno sposobnega prebivalstva in s tem na možnost gospodarske rasti. Projekcije prebivalstva so eden od pomembnih elementov, ki omogočajo analize problema bodočega staranja prebivalstva. Projekcije so postale osnova analiz dolgoročne makroekonomske in fiskalne vzdržnosti staranja prebivalstva.

Temeljna misel, ki me je vodila skozi vso nalogo, je vzdržnost javnih financ za zdravstveno varstvo in opazovanje vpliva vseh dejavnikov, ki vplivajo na višino le-teh. S tem so povezani pritiski, ki se izvajajo na javnofinančni zdravstveni sistem. Dejavnike lahko razčlenimo na demografske in nedemografske, oboji pa so medsebojno povezani. Prikazala sem trend gibanja dejavnikov, ki v kombinaciji s projekcijami možnega razvoja demografskega dogajanja do leta 2050 nakazujejo pritisk na vzdržnost javnofinančnega sistema.

Skozi nalogo sem našla kar nekaj dejavnikov, v katerih se lahko vidi vsak izmed nas (skrb za zdrav način življenja, odnos do tujcev – strpnost, odnos do starosti itd.). Vsi imamo določene moralne norme. Včasih bi bilo le treba prisluhniti »zdravi kmečki pameti« in bi mogoče kakšen problem, ki sem ga omenjala, bil manj pereč. Ni treba vedno čakati na druge. Včasih se lahko vsak posameznik vpraša: Kaj lahko storim jaz?

LITERATURA

1. Anderson G. F., Hussey P.S: Population ageing: a comparison among industrialized countries. Health Affairs, Maryland, 19 (2000), 3, str. 191–203.
2. Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances. [URL: http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/report_sandstudies0401_e..htm], 2001, 113 str.
3. Green paper »Confronting demographic change: a new solidarity between the generations«. Brussels: Commission of the European Communities, 2005. 27 str.
4. Jacobzone Stephane, Oxley Howard: Healthcare expenditure: A future in question. The OECD Observer, Nov 2001; 229; ABI/INFORM Global, str. 15.
5. Kogovšek Vidmar Tatjana: Položaj, vloga in smeri razvoja lekarniške farmacije v slovenskem zdravstvenem sistemu. Ljubljana : Lekarniška zbornica Slovenije, 2000. 106 str.
6. Kraigher Tomaž: Srednjeročna in dolgoročna projekcija demografskega razvoja Slovenije in njegovih socialno – ekonomskih komponent. Ljubljana : UMAR, Delovni zvezek 10/2005, 80 str.
7. Kranjec Marko: Nekateri strateški problemi slovenskega zdravstva. 7. seja Strateškega sveta za gospodarski razvoj. Ljubljana : Vlada RS, 2007. 8 str.
8. Malačič Janez: Demografija: teorija, analiza, metode in modeli. 6. izd. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2006. 339 str.
9. Merljak Sonja: Pacientu bi predpisali zdravilo, preden bi opravil analizo krvi; Zakaj imamo Slovenci malo otrok? Odgovorov je skoraj toliko, kot je parov, ki se odločajo za prvega ali naslednjega otroka. Delo, Sobotna priloga, Ljubljana, 06.10.2007, str. 28–29.
10. Mićković Slaven, Lenarčič Andreja: Izračun potencialnega BDP za potrebe izračuna učinkov staranja prebivalstva. Ljubljana, IB Revija, 39 (2005), 3, str. 96–103.
11. Nevenka Hrovatin: Uvod v gospodarstvo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 376 str.
12. Penger Sandra, Dimovski Vlado: Strategija aktivnega staranja prebivalstva Slovenije s poudarkom na kakovostnem staranju in medgeneracijskem sožitju. IB revija, Ljubljana, 41 (2007), 1, str. 42–55.
13. Sambt Jože: Dolgoročne projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo s pomočjo metode generacijskih računov. IB revija, Ljubljana, 39 (2005), 3, str. 85–95.
14. Senjur Marjan: Ekonomskorazvojne posledice demografskih sprememb v Sloveniji. 4. seja Strateškega sveta za gospodarski razvoj. Ljubljana : Vlada RS, 2007, 6 str.
15. Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Ljubljana : Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006, 45 str.

16. The 2005 Epc Projections of Age-Related Expenditure (2004-2005) for the Eu-25 Member States: Underlying Assumptions and Projection Methodologies). EPC and the European Commission (DG ECFIN) Special Report no 4/2005, 2005. 175 str.
17. The 2005 Projections of Age-Related Expenditure (2004–50) for the EU-25 Member States: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
18. The impact of ageing on public Expenditure: projections for the EU25 Member Dtates on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers(2004–2050);
[URL:http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications//eespecialreports_e.htm], 12.12.2007. 207 str.

VIRI

1. Interni podatki Statističnega urada Republike Slovenije, 2007.
2. Kok Wim: High Level Group, Lisbon strategy, 2005.
3. Olivera Martins Joaquim: Projekting Health and Long-term care expeditures: integrating non-demographic drivers, 2007.
4. Schulz Erika: The impact of ageing populations on health and long-term care expediture and utilisation – the case of Germany, 2007.

PRILOGE

Tabela 1: Življenjsko pričakovanje za moške (izraženo v letih) – ob rojstvu in v izbranih starostnih skupinah v višji starosti

Moški	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0	72,78	73,89	75,01	76,14	77,23	77,89	78,44	78,95	79,41	79,83
50	25,52	26,34	27,21	28,11	29,01	29,56	30,03	30,46	30,85	31,21
55	21,50	22,25	23,05	23,90	24,74	25,26	25,71	26,11	26,48	26,83
60	17,80	18,48	19,20	19,97	20,74	21,22	21,63	22,01	22,35	22,67
65	14,37	14,94	15,56	16,24	16,93	17,37	17,75	18,09	18,41	18,70
70	11,38	11,82	12,33	12,91	13,50	13,89	14,21	14,51	14,79	15,05
75	8,80	9,15	9,55	10,01	10,49	10,80	11,07	11,32	11,55	11,76
80	6,48	6,70	6,97	7,30	7,65	7,90	8,11	8,30	8,48	8,65
85	4,76	4,86	5,01	5,19	5,38	5,54	5,68	5,81	5,94	6,05
90	3,76	3,82	3,89	3,94	3,98	4,06	4,13	4,20	4,27	4,34
95	3,25	3,27	3,29	3,26	3,19	3,21	3,23	3,26	3,28	3,31

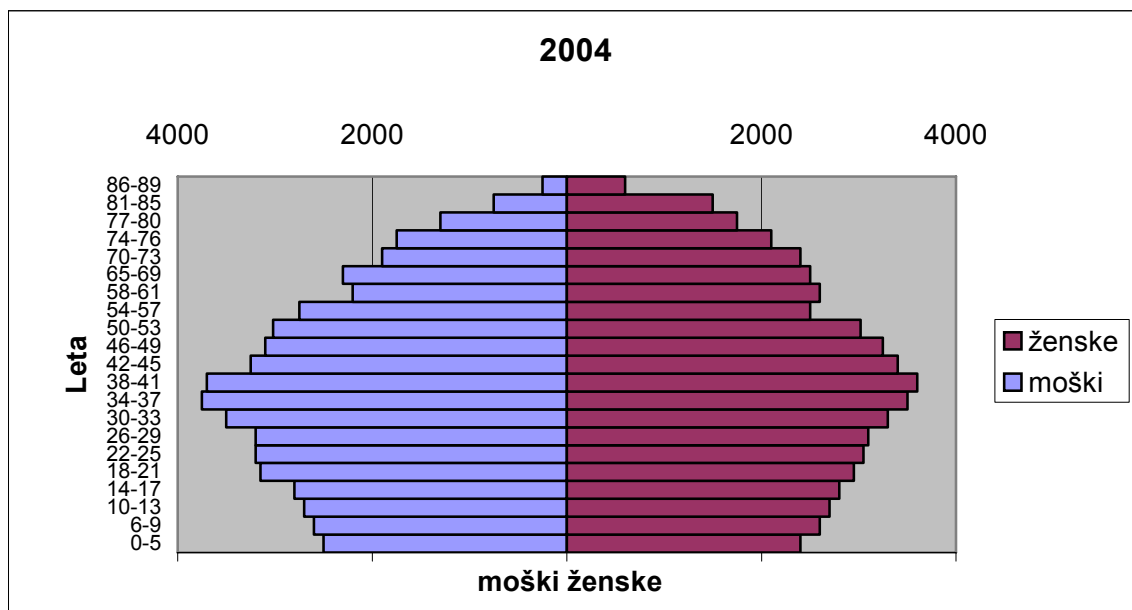
Vir: Interni podatki EUROSTAT.

Tabela 2: Življenjsko pričakovanje za ženske (izraženo v letih) – ob rojstvu in v izbranih starostnih skupinah v višji starosti

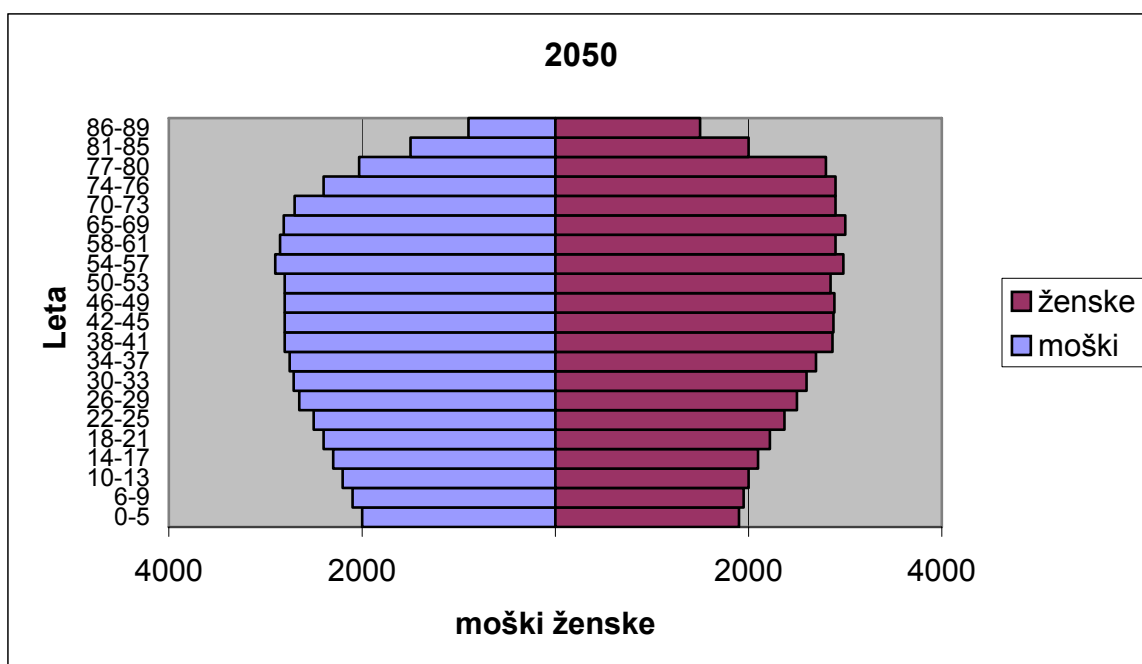
Ženske	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0	80,33	81,19	82,00	82,79	83,43	83,84	84,21	84,55	84,86	85,15
50	31,51	32,26	32,97	33,65	34,21	34,56	34,89	35,19	35,46	35,71
55	27,06	27,77	28,44	29,10	29,62	29,97	30,28	30,56	30,82	31,06
60	22,71	23,38	24,02	24,63	25,13	25,45	25,74	26,01	26,26	26,48
65	18,51	19,11	19,70	20,26	20,72	21,02	21,30	21,55	21,78	21,99
70	14,56	15,08	15,60	16,10	16,52	16,79	17,04	17,27	17,48	17,67
75	10,99	11,42	11,84	12,27	12,63	12,86	13,08	13,28	13,46	13,63
80	7,83	8,13	8,45	8,78	9,07	9,26	9,44	9,60	9,76	9,90
85	5,33	5,53	5,73	5,95	6,14	6,28	6,40	6,52	6,63	6,73
90	3,45	3,54	3,64	3,76	3,87	3,94	4,02	4,09	4,16	4,22
95	2,53	2,57	2,62	2,67	2,72	2,76	2,79	2,83	2,86	2,90

Vir: Interni podatki EUROSTAT.

Slika 2: Starostni piramidi za prebivalstvo članic EU25 med letoma 2004 in 2050



Prebivalstvo v 1000



Prebivalstvo v 1000

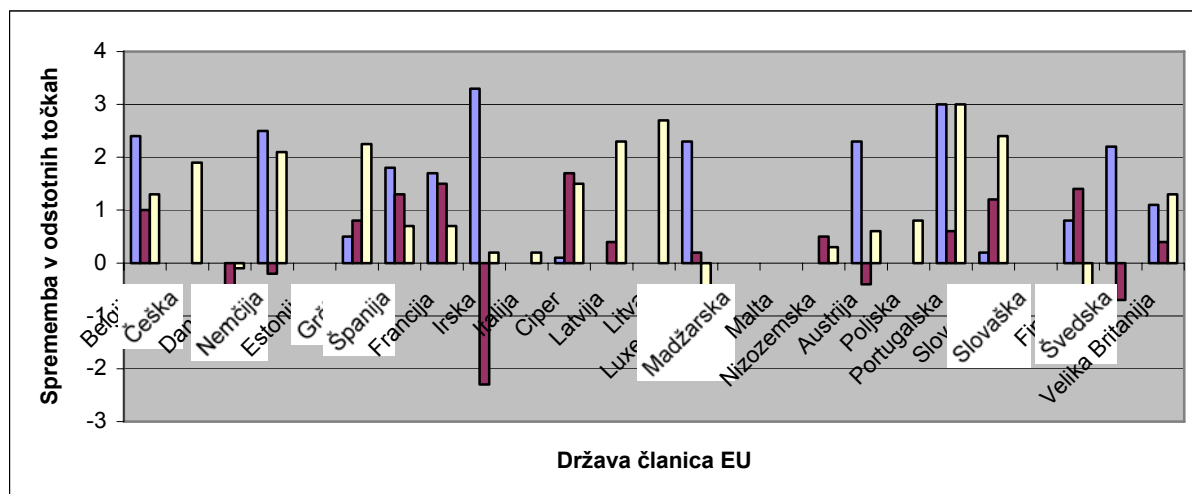
Vir: EPC in European Commission (2005), AWG scenarij.

Tabela 3: Skupni izdatki (javni in zasebni) za zdravstvo kot delež v BDP-ju za EU25

Država	Delež v BDP (%)					Sprememba (odst. točke)		
	1970	1980	1990	2000	2002	70-80	80-90	90-00
Belgija	4,0	6,4	7,4	8,7	9,1	2,4	1,0	1,3
Češka			4,7	6,6	7,2			1,9
Danska		9,1	8,5	8,4	8,8		-0,6	-0,1
Nemčija	6,2	8,7	8,5	10,6	10,9	2,5	-0,2	2,1
Estonija				5,5	5,1			
Grčija	6,1	6,6	7,4	9,9	9,8	0,5	0,8	2,25
Španija	3,6	5,4	6,7	7,4	7,6	1,8	1,3	0,7
Francija	5,4	7,1	8,6	9,3	9,7	1,7	1,5	0,7
Irska	5,1	8,4	6,1	6,3	7,3	3,3	-2,3	0,2
Italija			7,9	8,1	8,4			0,2
Ciper	2,7	2,8	4,5	6,0	6,4	0,1	1,7	1,5
Latvija		2,1	2,5	4,8	5,0		0,4	2,3
Litva			3,3	6,0	5,7			2,7
Luksemburg	3,6	5,9	6,1	5,5	6,1	2,3	0,2	-0,6
Madžarska				7,1	7,8			
Malta				8,8	9,6			
Nizozemska		7,5	8,0	8,1	9,3		0,5	0,3
Avstrija	5,1	7,4	7,0	7,6	7,6	2,3	-0,4	0,6
Poljska	2,6		4,9	5,7	6,0			0,8
Portugalska	4,2	5,6	6,2	9,2	9,3	3,0	0,6	3
Slovenija		4,4	5,6	8,0	8,2	0,2	1,2	2,4
Slovaška				5,5	5,7			
Finska	5,6	6,4	7,8	6,7	7,2	0,8	1,4	-1,1
Švedska	6,9	9,4	8,4	8,4	7,2	2,2	-0,7	0,0
Velika Britanija	4,5	5,6	6,0	7,3	7,7	1,1	0,4	1,3

Vir: European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe.

Slika 3: Razlika v izdatkih za zdravstveno varstvo kot delež v BDP-ju (izraženo v odstotnih točkah)



Vir: European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe.