



State of Health in the EU Slovenija

Zdravstveni profil države 2023

Zbirka zdravstvenih profilov držav

Zdravstveni profili držav v okviru cikla o zdravstvenem stanju v EU vsebujejo strnjen in za politiko pomemben pregled zdravja in zdravstvenih sistemov v EU/Evropskem gospodarskem prostoru. Poudarjajo posebne značilnosti in izzive v vsaki državi ter podajajo primerjave med državami. Cilj je oblikovalcem politike in tistim, ki vplivajo nanjo, ponuditi sredstvo za vzajemno učenje in prostovoljno izmenjavo. V zdravstvene profile držav za leto 2023 je prvič od začetka zbirke uvedeno posebno poglavje, namenjeno duševnemu zdravju.

Profile sta skupaj pripravila OECD in Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike v sodelovanju z Evropsko komisijo. Skupina je hvaležna za koristne pripombe in predloge, ki so jih predložile mreža Health Systems and Policy Monitor, Odbor za zdravje OECD in strokovna skupina EU za ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov (HSPA).

Vsebina

1. POUĐARKI	3
2. ZDRAVJE V SLOVENIJI	4
3. DEJAVNIKI TVEGANJA	7
4. ZDRAVSTVENI SISTEM	9
5. USPEŠNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	11
5.1 Učinkovitost	11
5.2 Dostopnost	14
5.3 Odpornost	16
6. V SREDIŠČU: DUŠEVNO ZDRAVJE	20
7. KLJUČNE UGOTOVITVE	22

Viri podatkov in informacij

Podatki in informacije v zdravstvenih profilih držav temeljijo predvsem na uradnih nacionalnih statističnih podatkih, ki so bili predloženi Eurostatu in OECD ter potrjeni, da se zagotovijo najvišji standardi primerljivosti podatkov. Viri in metode, na katerih temeljijo ti podatki, so na voljo v podatkovni zbirki Eurostata in zdravstveni podatkovni zbirki OECD. Nekatere dodatne podatke so zagotovili tudi Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), ankete Health Behaviour in School-Aged

Children (HBSC), Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in drugi nacionalni viri.

Če ni navedeno drugače, so izračunana povprečja EU tehtana povprečja 27 držav članic. Ta povprečja EU ne vključujejo Islandije in Norveške.

Ta profil je bil dokončan septembra 2023 na podlagi podatkov, ki so bili dostopni v prvi polovici septembra 2023.

Demografske in socialno-ekonomske razmere v Sloveniji leta 2022

Demografski dejavniki

	Slovenija	EU
Število prebivalcev	2 107 180	446 735 291
Delež prebivalcev, starejših od 65 let (v %)	21,1	21,1
Stopnja rodnosti ¹ (2021)	1,6	1,5

Socialno-ekonomski dejavniki

BDP na prebivalca (PKM ² v EUR)	32 546	35 219
Stopnja relativne revščine ³ (v %)	12,1	16,5
Stopnja brezposelnosti (v %)	4,0	6,2

1. Število rojenih otrok na žensko, staro od 15 do 49 let. 2. Pariteta kupne moči (PKM) je opredeljena kot količnik za pretvorbo valut, s katerim se izenači kupna moč različnih valut, tako da se odpravijo razlike v ravneh cen med državami. 3. Delež ljudi, ki se preživljajo z manj kot 60 % srednje vrednosti ekvivalentnega razpoložljivega dohodka. Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Izjave o omejitvi odgovornosti: Za objavo tega dela je odgovoren generalni sekretar OECD. Izražena mnenja in uporabljeni argumenti ne odražajo nujno uradnih stališč držav članic OECD. Stališča in mnenja, izražena v publikacijah Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike, ne predstavljajo nujno uradne politike sodelujočih organizacij.

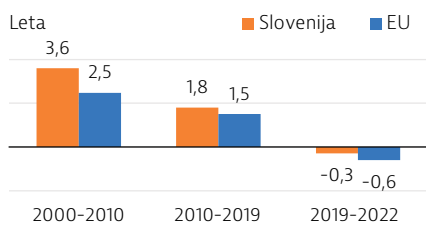
To delo je bilo pripravljeno s finančno pomočjo Evropske unije. Stališč, izraženih v tem dokumentu, nikakor ni mogoče razumeti kot izraz uradnega mnenja Evropske unije. Imena in predstavitve držav in ozemelj, uporabljena v tej skupni publikaciji, sledijo praksi Svetovne zdravstvene organizacije (SZO).

Teritorialne zavrnitve, ki veljajo za OECD: Ta dokument ter vsi v njem vključeni podatki in zemljevidi ne posegajo v status ali suverenost katerega koli ozemlja, razmejitve mednarodnih meja in mej ter ime katerega koli ozemlja, mesta ali območja. Dodatne posebne izjave o omejitvi odgovornosti so na voljo [tukaj](#).

Teritorialne zavrnitve odgovornosti, ki veljajo za Svetovno zdravstveno organizacijo: V tem gradivu so uporabljena poimenovanja in predstavitve, ki ne pomenijo izražanja kakršnega koli mnenja SZO o pravnem statusu katere koli države, ozemlja, mesta ali območja ali njihovih organov ali o razmejitvi njihovih meja ali mej. Črtkane in prekinjene črte na zemljevidih predstavljajo približne mejne črte, glede katerih morda še ni popolnega soglasja.

© OECD in Svetovna zdravstvena organizacija (ki deluje kot organizacija gostiteljica in sekretariat Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike) 2023.

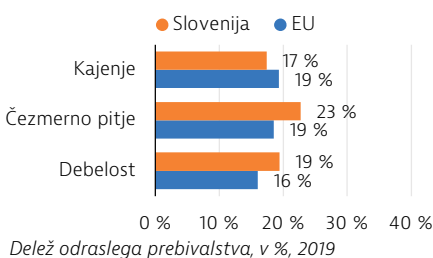
1 Poudarki



Spremembe pričakovanega trajanja življenja ob

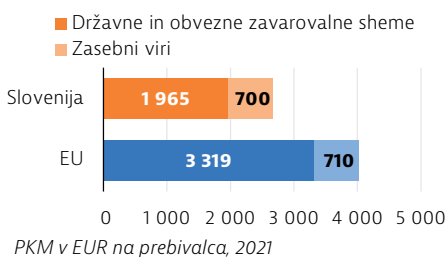
Zdravstveno stanje

Podaljšanje pričakovanega trajanja življenja v Sloveniji, doseženo v prejšnjem desetletju, se je v prvih dveh letih pandemije skrajšalo za polovico, leta 2022 pa se je znova močno podaljšalo. Na splošno se je pričakovano trajanje življenja v Sloveniji v obdobju pandemije skrajšalo za 0,3 leta. Leta 2022 je pričakovano trajanje življenja znašalo 81,3 leta, kar je nad povprečjem EU. Še vedno obstajajo precejšnje razlike v pričakovanem trajanju življenja glede na spol.



Dejavniki tveganja

Nezdrava prehrana in uporaba tobaka povzročita približno 31 % smrti, uživanje alkohola pa še dodanih 5 %. Čeprav se je razširjenost kajenja zmanjšala, pa alternativni izdelki za kajenje, kot so elektronske cigarete, prinašajo nove izzive, zlasti med mladostniki. Povečala se je razširjenost čezmernega pitja alkohola ter čezmerne telesne teže in debelosti med odraslimi in mladostniki.

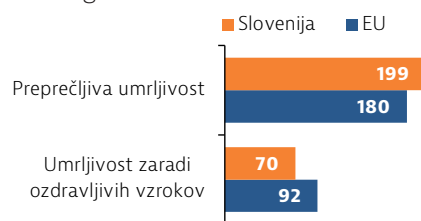


Zdravstveni sistem

Zdravstveni izdatki Slovenije, ki znašajo 2 665 EUR na prebivalca, predstavljajo približno dve tretjini povprečja EU. Povečali so se zaradi sredstev, ki jih je Slovenija namenila v odziv na pandemijo. Javni izdatki za zdravstvo so leta 2021 znašali 73,7 % vseh zdravstvenih izdatkov. Zasebni izdatki večinoma izhajajo iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, medtem ko je neposrednih plačil razmeroma malo.

Učinkovitost

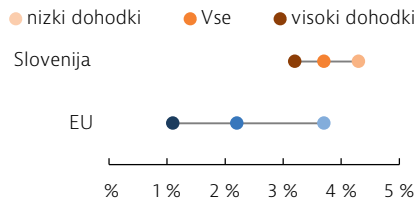
Preprečljiva umrljivost, predvsem zaradi pljučnega raka, bolezni, povezanih z alkoholom, in COVID-19, je bila v Sloveniji leta 2020 nad povprečjem EU. Stopnja umrljivosti zaradi ozdravljivih vzrokov se je od leta 2011 znižala za tretjino in je pod povprečjem EU. Več kot dve petini smrti zaradi ozdravljivih vzrokov predstavljata ishemična bolezen srca ter rak debelega črevesa in danke.



Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev, 2020

Dostopnost

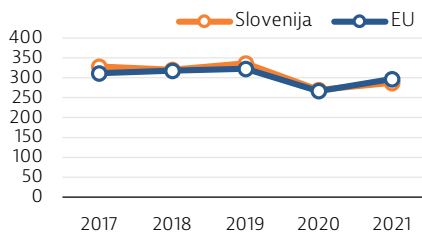
Po podatkih EU-SILC so se poročane neizpolnjene zdravstvene potrebe v letu 2022 zmanjšale na 3,7 %, razlike glede na povprečje EU (2,2 %) in med dohodkovnimi skupinami pa so se v primerjavi s prejšnjima dvema letoma med pandemijo zmanjšale. Ključna ovira za pravočasen dostop do oskrbe so čakalne dobe za specialistično obravnavo.



Delež oseb, ki poročajo o neizpoljenih potrebah po zdravstveni oskrbi, v %, 2022

Odpornost

Motnje v zagotavljanju zdravstvenih storitev v Sloveniji med pandemijo COVID-19 so bile podobne kot na ravni EU. Skupno število zamenjav kolka in kolena se je med letoma 2019 in 2021 zmanjšalo za 15 %. Čakalne dobe za te posege so še vedno daljše, kot je povprečje EU, vendar so se podaljšale manj kot v primerljivih državah.



Zamenjave kolka in kolena na 100 000 prebivalcev

Mental Health

O depresiji je leta 2019 poročalo 7,9 % odraslih Slovencev. Tako kot na ravni EU o depresiji pogosteje poročajo ženske in posamezniki z nižjimi dohodki. COVID-19 je okrepil povezave med duševnim zdravjem in socialno-ekonomskim statusom ter povečal breme za duševno zdravje v Sloveniji. Vlada se je odzvala s pospešitvijo ustanavljanja centrov za duševno zdravje. Njihova ustanovitev je bila prvotno predvidena z Nacionalnim programom duševnega zdravja 2018–2028, in sicer kot eden od ukrepov, uvedenih za izboljšanje preventive in okrepitev skupnostnega zagotavljanja celostnega zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja.

2 Zdravje v Sloveniji

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je bilo leta 2022 še vedno krajše kot pred pandemijo

Leta 2022 je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji znašalo 81,3 leta. Čeprav je bilo krajše kot pred pandemijo, je bilo nekoliko nad povprečjem EU in nad ravno v državah s precej višjimi zdravstvenimi izdatki na prebivalca, kot so Nemčija, Avstrija in Finska (slika 1). V 15 letih pred pandemijo se je pričakovano trajanje življenja stalno podaljševalo in leta 2012 preseгло povprečje EU, vendar se je - tako kot v številnih drugih državah

EU leta 2020 - zaradi posledic pandemije COVID-19 skrajšalo za eno leto. Leta 2021 se je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu znova nekoliko podaljšalo, medtem ko se je na ravni EU še skrajšalo. V letu 2022 se je podaljšalo še občutneje, in sicer za 0,6 leta. Obstajajo velike razlike glede na spol: leta 2022 naj bi moški v povprečju umrli 5,5 leta prej kot ženske, deloma zaradi večje izpostavljenosti kajenju, debelosti in čezmernemu pitju alkohola (glej oddelek 3).

Slika 1. Kljub pandemiji je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji še vedno nad povprečjem EU



Opomba: povprečje EU je tehtano. Podatki za leto 2022 sočasne ocene Eurostata, ki se lahko razlikujejo od nacionalnih podatkov in se lahko spremenijo. Podatki za Irsko se nanašajo na leto 2021. Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

COVID-19 je bil eden od glavnih vzrokov smrti v Sloveniji v letu 2020

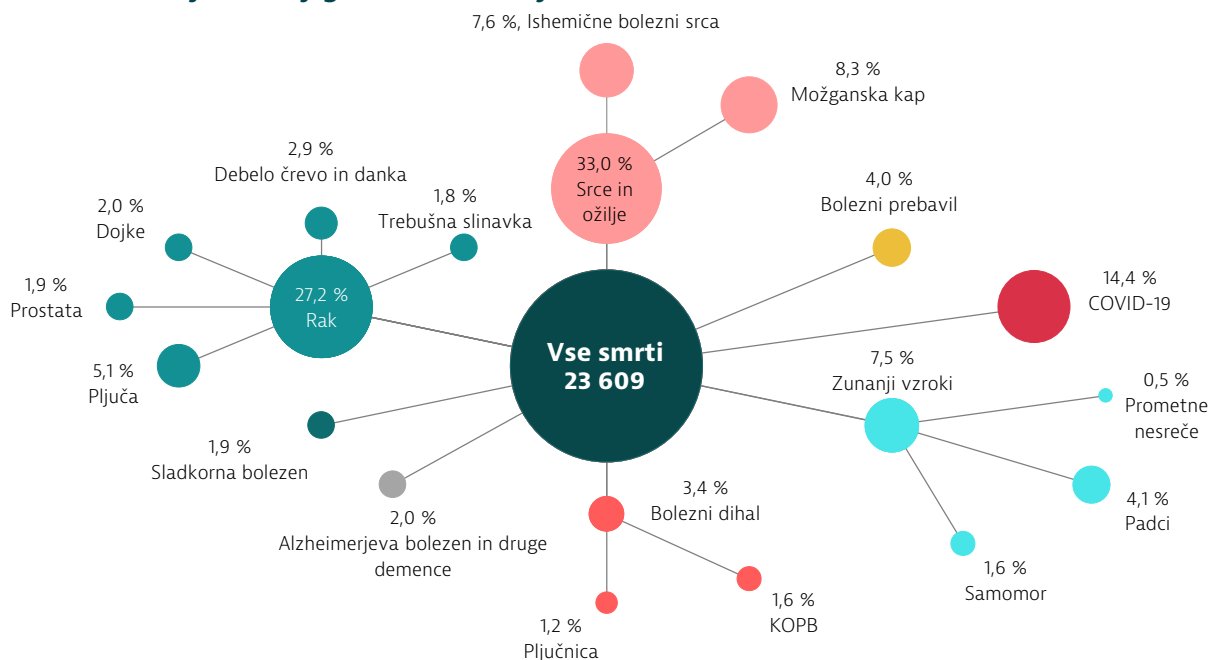
Bolezni srca in ožilja ter rak predstavljajo približno 60 % vseh smrti. Bolezni srca in ožilja, kot sta možganska kap in ishemična bolezen srca, so še vedno glavni vzroki smrti v Sloveniji, saj so leta 2020 predstavljale tretjino vseh smrti, kar je v skladu s povprečjem EU. Rak je povzročil 27,2 % vseh smrti v Sloveniji, pri čemer je pljučni rak še vedno najpogostejši posamični vzrok smrti zaradi raka (slika 2). COVID-19 je bil tretji glavni zabeležen vzrok umrljivosti v letu 2020. Povzročil je približno 3 400 smrti (14,4 % vseh smrti), pri čemer je bila večina (52 %) umrlih stara 85 let in več, kar je nad povprečjem EU (43 %).

Presežna umrljivost, opredeljena kot število smrti (ne glede na vzrok) nad izhodiščno vrednostjo,

izračunano na ravni pred pandemijo, zagotavlja celovitejši prikaz vpliva pandemije na umrljivost. V Sloveniji je bilo v obdobju 2020–2022 več kot 9 000 presežnih smrti, kar v povprečju pomeni 15,2 % smrti nad preteklo izhodiščno vrednostjo, to pa je več od povprečja EU, ki znaša 12,6 % (slika 3). Presežna umrljivost je bila največja leta 2020, ko je znašala 20,6 %, predvsem zaradi velikega porasta novih okužb s COVID-19 proti koncu leta, še pred uvedbo cepiva. Presežna umrljivost v Sloveniji je leta 2021 znašala 14,1 %, v letu 2022 pa 10,9 % – obe stopnji sta blizu povprečju EU.

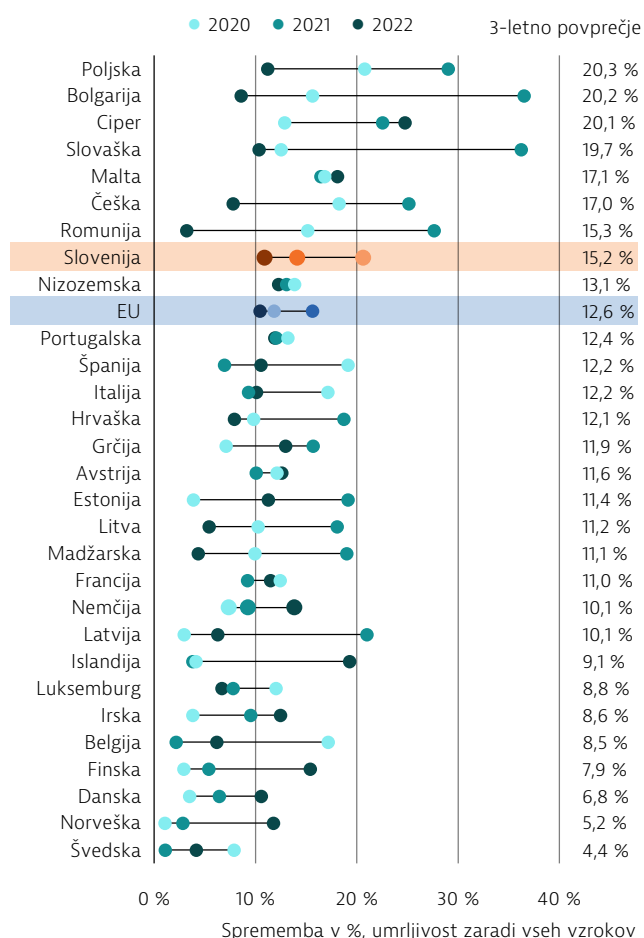
Presežna umrljivost se je zmanjšala delno zaradi slovenskega programa cepljenja proti COVID-19, ki je prispeval k zmanjšanju umrljivosti ob velikih valovih okužb s COVID-19 konec leta 2021 in v začetku leta 2022; vendar je počasno naraščanje precepljenosti oviralo nadaljnji napredek.

Slika 2. COVID-19 je bil tretji glavni vzrok umrljivosti v letu 2020



Opomba: KOPB se nanaša na kronično obstruktivno pljučno bolezen.
Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2020).

Slika 3. Presežna umrljivost v Sloveniji med letoma 2020 in 2022 je bila nad povprečjem EU



Opomba: presežna umrljivost je opredeljena kot število smrti zaradi vseh vzrokov, ki presega povprečno letno število smrti v petih letih pred pandemijo (2015–2019).

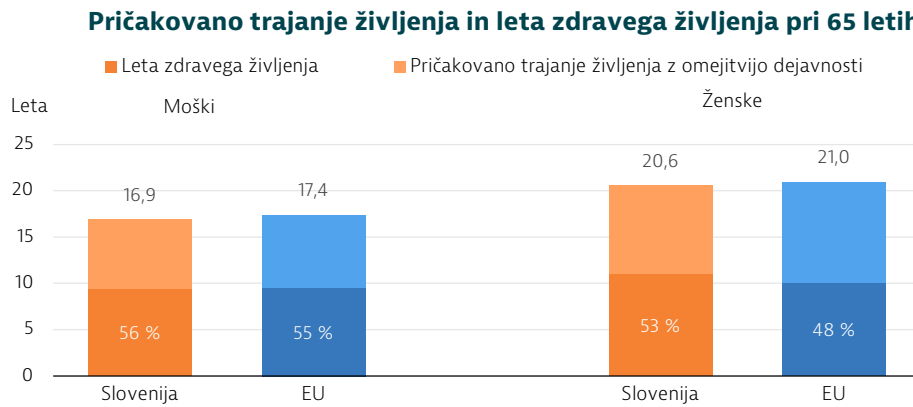
Vir: zdravstveni statistični podatki OECD na podlagi podatkov Eurostata o umrljivosti (nazadnje posodobljeno 30. junija 2023).

Med starejšimi v Sloveniji je manj soboleznosti

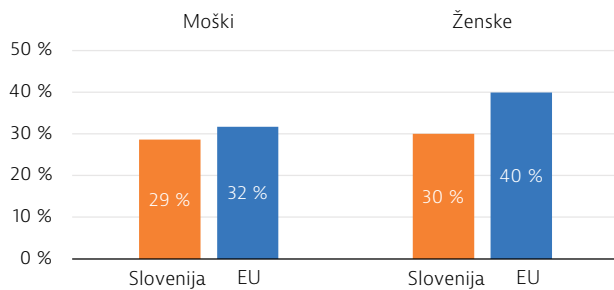
Delež prebivalstva Slovenije, starega 65 let in več, se je povečal s 13,9 % v letu 2000 na 20,2 % v letu 2020, do leta 2050 pa naj bi dosegel 31 %. Leta 2020 so 65-letne ženske v Sloveniji lahko pričakovale, da bodo živele še 20,6 leta, 65-letni moški pa, da bodo živeli še 16,9 leta (oboje nekoliko pod povprečjem EU) (slika 4). Starejši v Sloveniji imajo skoraj pol leta več zdravega življenja (opredeljeno kot pričakovano trajanje življenja brez oviranosti) (10,2 leta), kot je povprečje EU (9,8 leta)¹. Podoben delež oseb, starih 65 let in več, glede na povprečje EU se v Sloveniji srečuje z omejitvami pri dejavnostih, pri čemer o oviranosti pogosteje poročajo ženske (29 %) kot moški (23 %). Hkrati pa je v Sloveniji manj starejših žensk, kot je povprečje EU, poročalo, da imajo več kroničnih bolezni.

¹ Čeprav v raziskavi morda niso zajete morebitne kulturne razlike v dojemanju zdravja in invalidnosti v poznejših letih, kar vpliva na primerljivost podatkov.

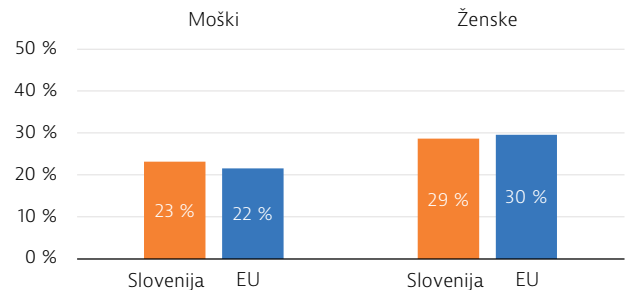
Slika 4. Z več kroničnimi boleznimi v Sloveniji živi manj ljudi, starih 65 let in več, kot znaša povprečje EU



Delež ljudi, starih 65 let in več, z več kroničnimi boleznimi



Omejitve pri vsakodnevnih dejavnostih med osebami, stariimi 65 let in več



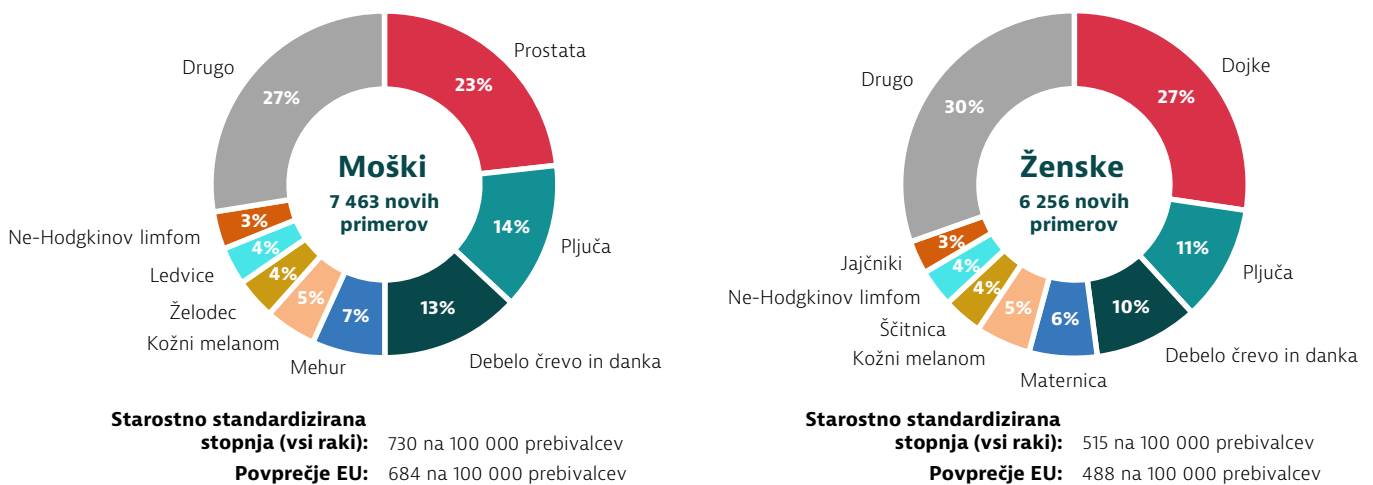
Viri: podatkovna zbirka Eurostata (za pričakovano trajanje življenja in leta zdravega življenja) in osmi val raziskave SHARE (za več kroničnih boleznih in omejitve pri vsakodnevnih dejavnostih). Vsi podatki se nanašajo na leto 2020.

Breme raka je nad povprečjem EU

Po ocenah Skupnega raziskovalnega središča (angl. Joint Research Centre EU), ki temeljijo na trendih pojavnosti iz prejšnjih let, naj bi bilo leta 2022 v Sloveniji diagnosticiranih nekaj več kot 13 700 novih primerov raka. Stopnje pojavnosti raka naj

bi bile višje od povprečja EU tako pri moških kot pri ženskah. Slika 5 prikazuje, da naj bi bilo pri moških največ raka prostate, pljučnega raka ter raka debelega črevesa in danke, pri ženskah pa največ raka dojke, pljučnega raka ter raka debelega črevesa in danke.

Slika 5. Pojavnost raka v Sloveniji je pri moških večja kot pri ženskah



Opombe: nemelanomski kožni rak ni upoštevan; rak maternice ne vključuje raka materničnega vratu.
Vir: ECIS – evropski informacijski sistem o raku.

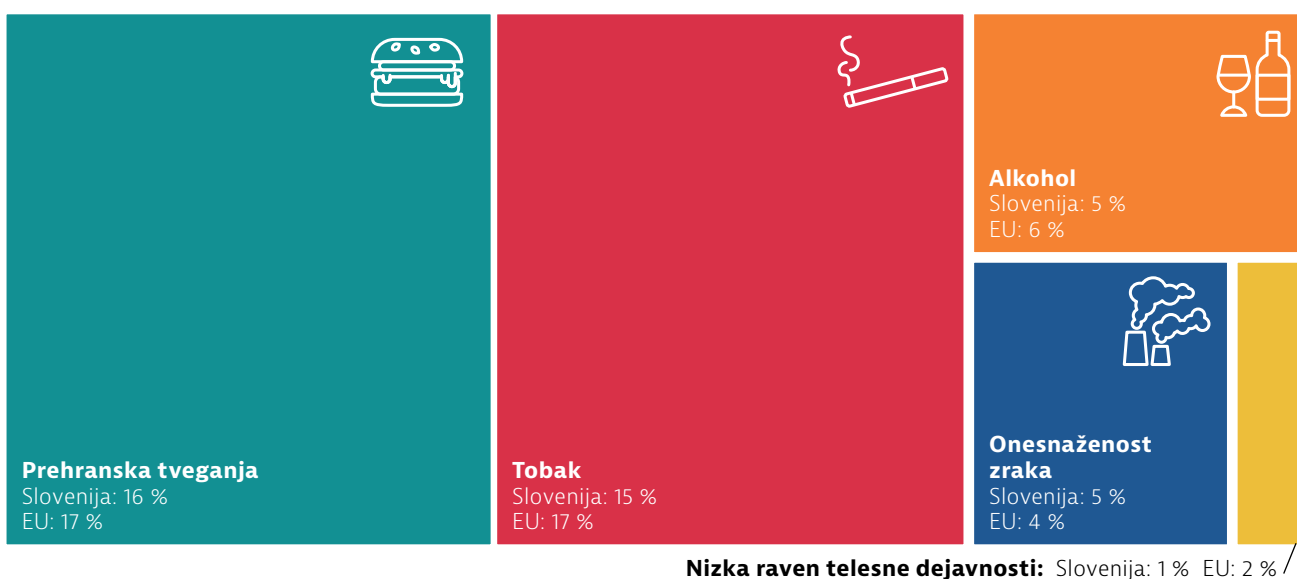
3 Dejavniki tveganja

Vedenjski in okoljski dejavniki tveganja prispevajo k več kot tretjini vseh smrti

Več kot tretjino (35 %) vseh smrti v Sloveniji v letu 2019 je bilo mogoče pripisati vedenjskim dejavnikom tveganja, vključno s kajenjem tobaka, nezdravo prehrano, uživanjem alkohola in nizko ravnjo telesne dejavnosti – kar je manjši delež, kot je povprečje EU (39 %). Nezdrava prehrana, vključno z majhnim vnosom sadja in zelenjave ter velikim vnosom

sladkorja in soli, je leta 2019 povzročila 16 % vseh smrti; uporaba tobaka je po ocenah prispevala k 15 % vseh smrti, uživanje alkohola k približno 5 %, nizka raven telesne dejavnosti pa k približno 1 % (slika 6). Medtem ko so ti deleži nekoliko pod povprečjem EU, pa je onesnaženost zraka – v obliki izpostavljenosti drobnim delcem (PM_{2,5}) in ozonu – po ocenah prispevala k 5 % vseh smrti v letu 2019, kar je nad povprečjem EU, ki znaša 4 %.

Slika 6. Slaba prehrana in uporaba tobaka sta glavni vedenjski tveganji za zdravje v Sloveniji



Opombe: skupno število smrti zaradi teh dejavnikov tveganja je manjše od vsote vseh posameznih, saj je mogoče isto smrt pripisati več kot enemu dejavniku tveganja. Prehranska tveganja vključujejo 14 elementov, kot so majhen vnos sadja in zelenjave ter velik vnos s sladkorjem sladkanih pijač. Onesnaženost zraka se nanaša na izpostavljenost drobnim delcem (PM_{2,5}) in ozonu.

Viri: IHME (2020), svetovna izmenjava podatkov o zdravju (ocene se nanašajo na leto 2019).

Debelost je velika težava javnega zdravja

Stopnja debelosti v Sloveniji narašča in je višja od povprečja EU. Leta 2019 se je za debelega štel skoraj vsak peti odrasli (19,4 %). Čeprav je stopnja debelosti v Sloveniji nad povprečjem EU (16,0 %), narašča počasneje: leta 2014 je znašala 18,6 % v Sloveniji in 14,9 % drugje v EU. K tveganju za čezmerno telesno težo in debelost lahko prispevajo slabe prehranske in gibalne navade. Leta 2019 je le 5,3 % odraslih poročalo, da dnevno zaužijejo vsaj pet porcij sadja in zelenjave, kar je pod povprečjem EU (12,4 %) in manj kot leta 2014 (7,5 %). Hkrati je skoraj tretjina odraslih poročala, da so telesno dejavni vsaj 2,5 ure na teden, kar je sicer v skladu s povprečjem EU, vendar pomeni zmanjšanje od leta 2014.

Čezmerna telesna teža (vključno z debelostjo) je težava tudi med mladostniki v Sloveniji: leta 2022 je bilo pretežkih 24,3 % 15-letnikov, kar je nad povprečjem EU, ki znaša 21,2 %, in predstavlja povišanje od leta 2002, ko je bil ta delež 13,0 %. V nasprotju z navadami odraslih so se prehranske navade mladostnikov izboljšale: delež 15-letnikov, ki dnevno uživajo zelenjavo, je leta 2018 znašal 30,0 %. To pomeni povečanje s 24,0 % leta 2014, čeprav je ta delež nato leta 2022 ostal nespremenjen in pod povprečjem EU (34,0 %). Hkrati je delež 15-letnikov, ki poročajo o vsaj določeni zmerni vsakodnevni telesni dejavnosti, leta 2018 dosegel 18,0 %, leta 2022 pa se je nekoliko zmanjšal (17,0 %), a je še vedno nad povprečjem EU (15,0 %). Poleg tega se je med pandemijo telesna pripravljenost otrok, starih od 6 do 15 let, močno zmanjšala in padla na najnižjo zabeleženo raven – junija 2020 za približno 13 % v primerjavi z letom 2019 (OECD/EU, 2022).

Da bi izboljšali prehranske in gibalne navade prebivalstva ter se spoprijeli z debelostjo, je vlada uvedla več politik, med drugim večsektorski Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, ter spodbudila prenovitev smernic za prehrano, s katerimi naj bi se podprli zdravstveni in tudi podnebni cilji. Potrebni bo več sredstev za okrepitev prizadevanj, zlasti med otroki, in okrevanje po nadaljnjih posledicah COVID-19.

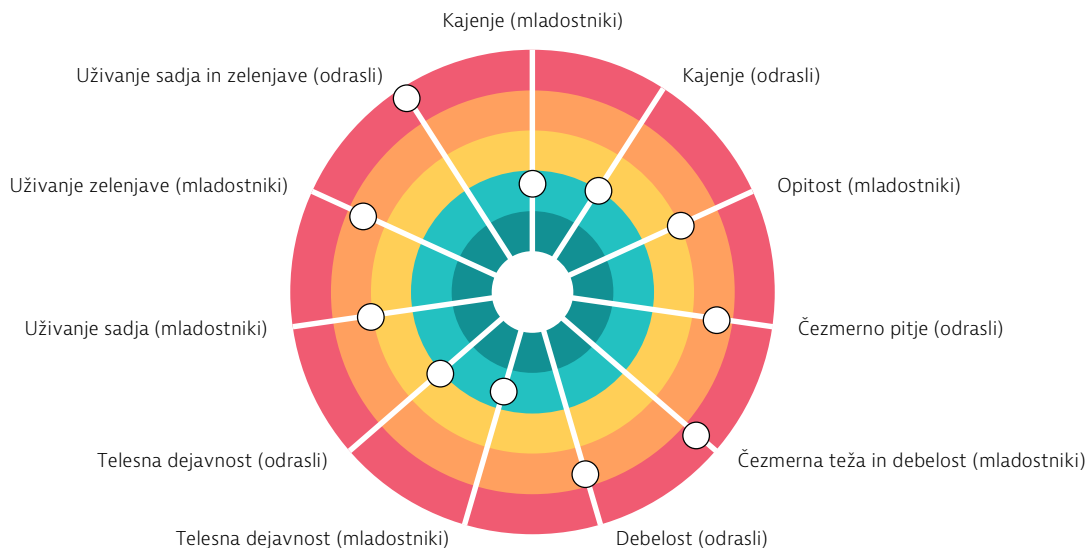
Stopnja kajenja med najstniki je pod povprečjem EU, stopnja uživanja alkohola pa je še vedno visoka

Razširjenost vsakodnevnega kajenja v Sloveniji se je zmanjšala. Leta 2019 je bilo med odraslimi vsakodnevnih kadilcev približno 17,4 %, kar predstavlja zmanjšanje v primerjavi z 18,9 % leta 2014 in je pod sedanjim povprečjem EU, ki znaša 19,3 % (slika 7). Tako kot v številnih drugih državah je bilo leta 2019 več kadilcev med moškimi (19,3 %) kot ženskami (15,6 %), prav tako pogosteje kadijo posamezniki z nižjimi dohodki (18,3 %) kot tisti z višjimi dohodki (15,0 %). Poleg tega se je kajenje zmanjšalo na raven pod povprečjem EU tudi med 15-letniki – z 22,0 % takih, ki so kadili v prejšnjem mesecu, leta 2014 na 14 % v letu 2022, pri čemer je povprečje v EU 17 %. Vendar pa so alternativni izdelki za kajenje, kot so elektronske cigarete, vse bolj priljubljeni, kar prinaša nov izziv na področju javnega zdravja in predpisov: o uporabi elektronskih

cigaret je leta 2019 poročal vsak deseti 15- in 16-letnik, čeprav je to manj od povprečja EU, ki je vsak sedmi.

Uživanje alkohola je v zadnjih dveh desetletjih v Sloveniji nihalo. Povprečna letna količina alkohola, ki so jo Slovenci, starejši od 15 let, zaužili v letu 2021, znaša 10,6 litra na prebivalca. Vendar se je v nasprotju s trendi v EU razširjenost čezmernega pitja² povečala, in sicer z 19,0 % leta 2014 na 22,7 % leta 2019, kar je precej nad povprečjem EU (18,5 %). Čezmerno pitje alkohola je pogostejše med moškimi, čeprav se je razlika med spoloma nekoliko zmanjšala. Med mladostniki se je razširjenost čezmernega pitja v zadnjih dveh desetletjih znižala, vendar je leta 2022 še vedno skoraj četrtina (23,0 %) 15-letnikov v Sloveniji poročala, da so bili v življenju že najmanj dvakrat pijani, kar je velik delež v primerjavi s povprečjem EU, ki znaša 18 %.

Slika 7. Razširjenost debelosti in uživanja alkohola sta višji od povprečja EU, medtem ko je pogostnost uživanja sadja in zelenjave nižja



Opomba: bližje kot je točka sredini, uspešnejša je država v primerjavi z drugimi državami EU. Nobena država ni v belem središču, ker so v vseh državah možne izboljšave na vseh področjih.

Viri: izračuni OECD na podlagi ankete HBSC iz leta 2022 glede dejavnikov pri mladostnikih in EHIS 2019 glede dejavnikov pri odraslih.

² Čezmerno pitje pri odraslih je opredeljeno kot zaužitje šestih ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti.

4 Zdravstveni sistem

Sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja skoraj univerzalno kritje prek enega samega plačnika

Slovenski zdravstveni sistem je razmeroma centraliziran, v obvezno socialno zdravstveno zavarovanje je na podlagi zaposlitve vključenih več kot 99 % oseb s stalnim prebivališčem v Sloveniji. Med tistimi, ki niso vključeni, so osebe, ki so začasno nezavarovane zaradi nejasnega ali spreminjajočega se zavarovalnega statusa, in ranljive skupine prebivalstva, ki se srečujejo z dolgoročnimi izzivi, ker ne morejo izpolniti formalnih zahtev glede stalnega prebivališča (glej oddelek 5.2). Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je edini kupec storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, v obravnavi pa je reforma njegovega pravnega statusa in upravljanja.

Poleg tega je v dopolnilno zdravstveno zavarovanje vključenih približno 95 % prebivalstva, upravičenega do socialno-zdravstvenega zavarovanja, predvsem za kritje doplačil. Za tiste, ki prejemajo socialne prejemke, premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije država. Trg dodatnih (tkim. vzporednih) zavarovanj – predvsem za kritje specialističnih ambulantnih obiskov in pridobitev drugega mnenja – je majhen, vendar raste. Vlada je sledila zavezi iz koalicijske pogodbe in je bilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje julija 2023 z zakonom ukinjeno, od januarja 2024 pa ga bo nadomestil fiksni obvezni prispevek.

Primarno varstvo večinoma zagotavljajo občinski zdravstveni domovi na ravni skupnosti, bolnišnično varstvo pa večinoma državne (javne) ustanove

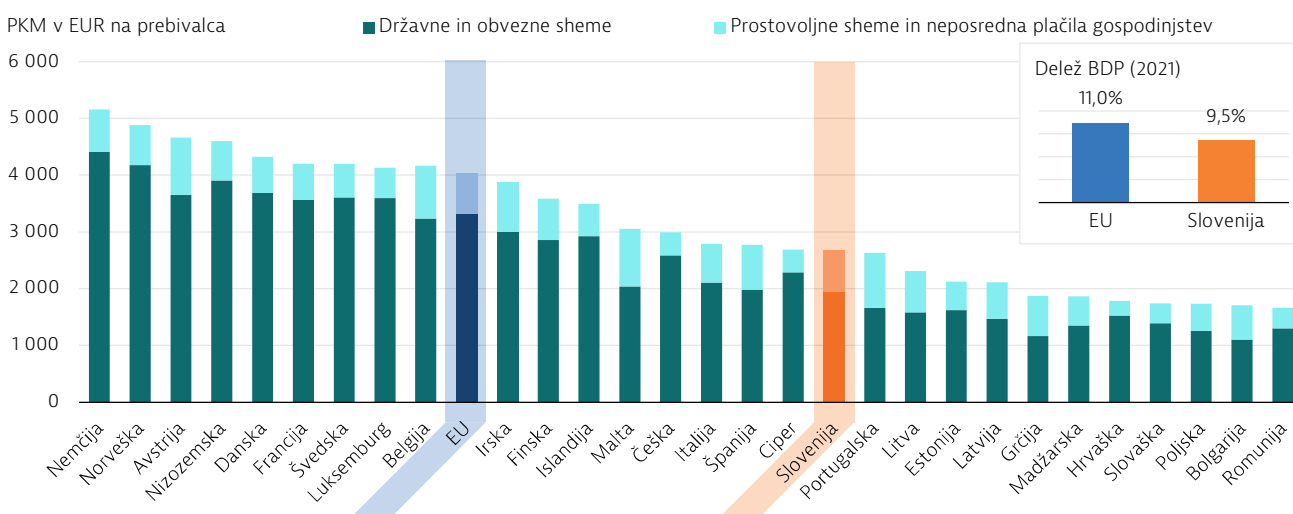
Primarno oskrbo večinoma zagotavljajo občinski multidisciplinarni zdravstveni domovi na ravni skupnosti. Zdravniki na primarni ravni delujejo kot vstopne točke do obravnave na sekundarni in terciarni ravni. Zasebni izvajalci lahko izvajajo storitve v javnem sistemu po pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali neposredno v okviru prostovoljnega dodatnega zdravstvenega zavarovanja ali neposrednih plačil.

Večino storitev ambulantne obravnave na sekundarni ravni in bolnišničnih storitev zagotavljajo bolnišnice v državni lasti, čeprav nekatere storitve na sekundarni ravni zagotavljajo tudi zdravstveni domovi na ravni skupnosti in neodvisne ambulantne klinike. Specializirano obravnavo na terciarni ravni zagotavljata dva univerzitetna klinična centra (v Ljubljani in Mariboru) in druge terciarne ustanove v državni lasti.

Zdravstveni izdatki ostajajo razmeroma nizki kljub rekordni rasti v letu 2021

Zdravstveni izdatki so se v letu 2021 povečali na 9,5 % BDP, kar je nižje od povprečja EU (11,0 %). Zaradi sredstev, ki jih je Slovenija namenila v odziv na pandemijo, so se povečali tudi zdravstveni izdatki na prebivalca, ki so leta 2021 dosegli 2 665 EUR (prilagojeno zaradi razlik v kupni moči). Zdravstveni izdatki v Sloveniji znašajo približno dve tretjini povprečja EU (4 028 EUR na prebivalca v letu 2021) (slika 8).

Slika 8. Zdravstveni izdatki v Sloveniji so nižji od povprečja EU, vendar višji kot v drugih majhnih državah



Opomba: povprečje EU je tehtano.

Vir: zdravstveni statistični podatki OECD za leto 2023 (podatki se nanašajo na leto 2021, razen za Malto (2020)).

Delež neposrednih plačil je med najnižjimi v EU

Javna sredstva so v letu 2021 predstavljala 73,7 % tekočih zdravstvenih izdatkov, kar je pod povprečjem EU (81,1 %). Zasebna sredstva so predstavljala preostalih 26,3 % tekočih zdravstvenih izdatkov, od tega so prostovoljne sheme zdravstvenega zavarovanja, ki temeljijo na dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, pokrivala več kot polovico (13,4 %). To je bil največji delež v EU. Neposredna plačila so predstavljala 12,9 % tekočih zdravstvenih izdatkov, kar je nižje od povprečja EU (14,5 %), deloma zaradi uporabe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki preprečuje neposredne izdatke. Neposredna plačila se uporabljajo predvsem za neposredno plačevanje storitev zunaj košarice obveznih pravic (glej oddelek 5.2).

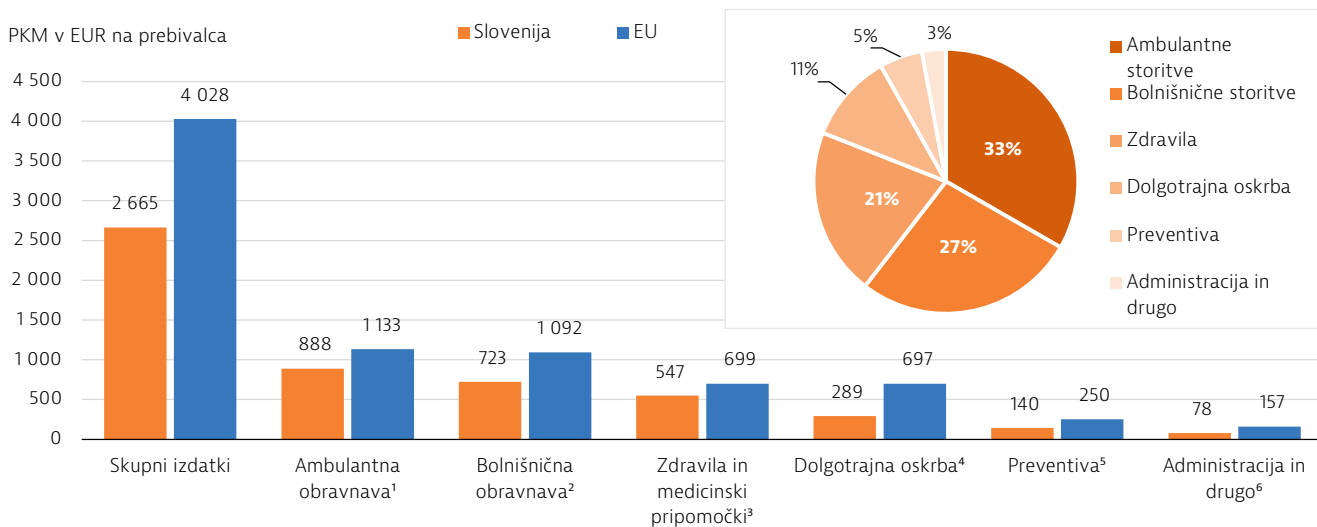
Obravnavanje je prešlo z bolnišnične na ambulantno raven, za dolgotrajno oskrbo pa se še vedno namenja premalo sredstev

Leta 2021 so bili izdatki na prebivalca za vse zdravstvene funkcije nižji od povprečja EU (slika 9). Vendar je Slovenija v deležu tekočih zdravstvenih izdatkov za ambulantno obravnavo porabila več (33 %), kot je povprečje EU (29 %), medtem ko je bila

poraba za bolnišnično obravnavo (27 %) nekoliko pod povprečjem EU (28 %). To razmerje je v nasprotju s trendi na ravni EU in je posledica finančnih spodbud od leta 2010, ki spodbujajo prehod z bolnišnične na ambulantno raven. Ta premik se odraža tudi v merjenju bolnišničnih zmogljivosti, vključno s številom bolnišničnih postelj, ki se je s 5,4 postelje na 1 000 prebivalcev leta 2010 zmanjšalo na 4,3 postelje na 1 000 prebivalcev leta 2021 (povprečje EU je 4,8 postelje na 1 000 prebivalcev).

V drugih sektorjih so leta 2021 izdatki za preventivo znašali 5,3 %, kar je podobno povprečju EU (6,0 %), ambulantni izdatki za zdravila (21 %) pa so bili nad povprečjem EU (18 %), deloma zaradi majhnega trga in razmeroma manjše uporabe generičnih zdravil. Med pandemijo COVID-19 se je zdravstvena komponenta izdatkov za dolgotrajno oskrbo povečala in leta 2021 dosegla 10,9 % tekočih zdravstvenih izdatkov, vendar zaostaja za povprečjem EU (16,1 %). Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki je začel veljati decembra 2021 in nato prenehal veljati avgusta 2023, je bil neposredno nadomeščen z novim zakonom. Ta zakonodaja se bo izvajala v fazah od januarja 2024 do popolnega izvajanja decembra 2025.

Slika 9. Največji delež zdravstvenih izdatkov se namenja za ambulantno obravnavo



Opomba: 1. vključuje oskrbo na domu in pomožne storitve (npr. prevoz bolnikov); 2. vključuje kurativno-rehabilitacijsko oskrbo v bolnišnicah in drugih okoljih; 3. vključuje samo ambulantni trg; 4. vključuje samo zdravstveno komponento; 5. vključuje samo izdatke za organizirane preventivne programe; 6. vključuje upravljanje in vodenje zdravstvenega sistema ter druge izdatke. Povprečje EU je tehtano.

Vir: zdravstveni statistični podatki OECD za leto 2023 (podatki se nanašajo na leto 2021, razen za Malto (2020)).

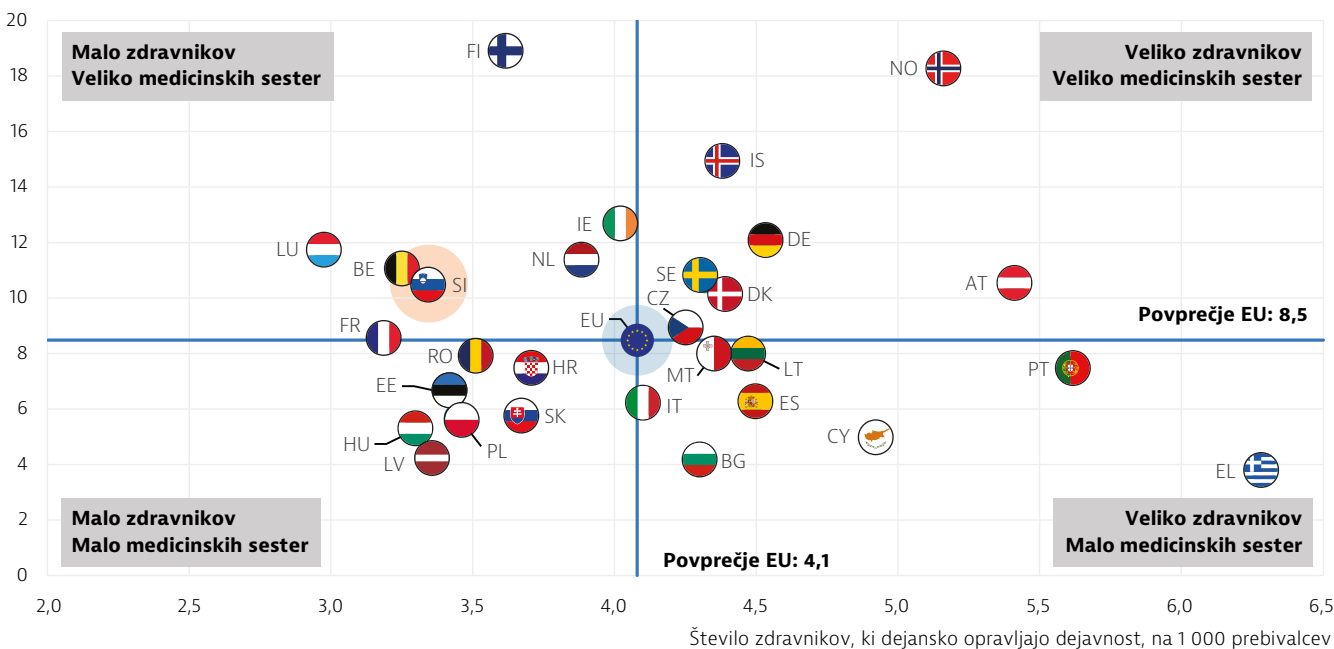
Še vedno primanjkuje delovne sile, zlasti med zdravniki na primarni ravni in bolnišničnimi medicinskimi sestrami

Število zdravnikov v Sloveniji je bilo leta 2021 s 3,3 aktivnega zdravnika na 1 000 prebivalcev pod povprečjem EU, ki je znašalo 4,1 aktivnega zdravnika na 1 000 prebivalcev (slika 10), pri čemer je bilo še posebej akutno pomanjkanje na primarni ravni. V Sloveniji je manj kot petina zdravnikov specializirana za splošno medicino (18,6 %), kar je pod povprečjem EU (20,4 %). Nasprotno pa je bilo število

medicinskih sester veliko, saj je število medicinskih sester, ki dejansko opravljajo dejavnost, znašalo 10,5 medicinske sestre na 1 000 prebivalcev, kar je nad povprečjem EU, ki znaša 8,5 medicinske sestre na 1 000 prebivalcev. Posebnost je v tem, da za Slovenijo to število vključuje tako poklicno usposobljene zdravstvene tehnike (približno 13 000) kot tudi diplomirane medicinske sestre (približno 9 000). Kljub tem visokim številkam pa v bolnišnicah še vedno primanjkuje delavcev na področju zdravstvene nege, predvsem zaradi plačnih neravnovesij.

Slika 10. Slovenija ima manj zdravnikov in več medicinskih sester, kot je povprečje EU

Število medicinskih sester, ki dejansko opravljajo dejavnost, na 1 000 prebivalcev



Opomba: povprečje EU ni tehtano. Podatki o medicinskih sestrah vključujejo vse kategorije medicinskih sester (ne le tistih, ki izpolnjujejo zahteve iz direktive EU o priznavanju poklicnih kvalifikacij). Podatki za Portugalsko in Grčijo vključujejo vse zdravnike z dovoljenjem za opravljanje dejavnosti, zaradi česar je ocena števila zaposlenih zdravnikov veliko previsoka (npr. za približno 30 % na Portugalskem). Ocena števila medicinskih sester v Grčiji je prenizka, saj vključuje le tiste, ki delajo v bolnišnicah.

Vir: zdravstveni statistični podatki OECD za leto 2023 (podatki se nanašajo na leto 2021 ali najbližje razpoložljivo leto).

5 Uspešnost zdravstvenega sistema

5.1 Učinkovitost

COVID-19 je bil tretji najpogostejši vzrok smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti, v letu 2020

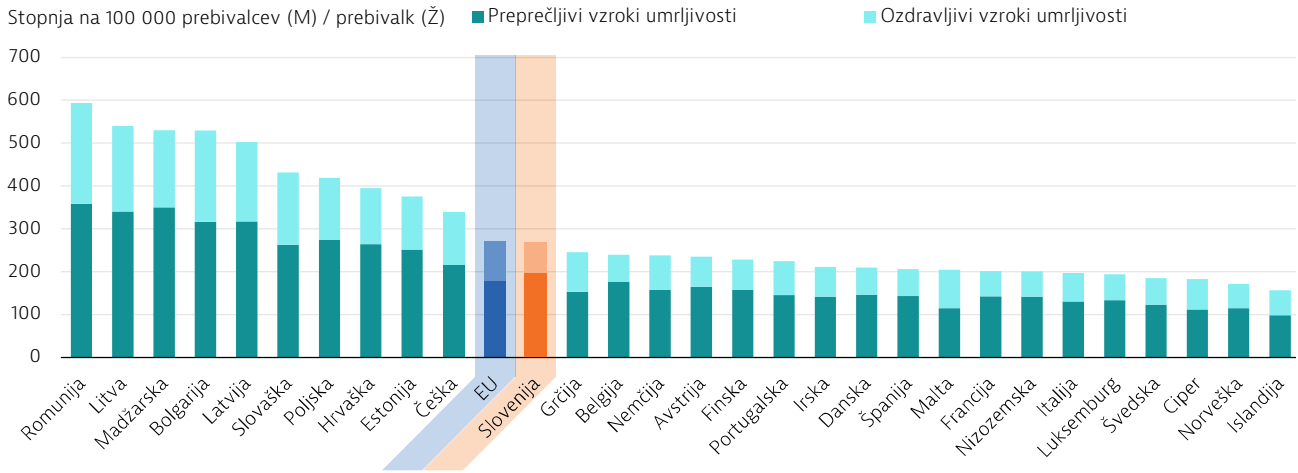
Stopnja preprečljive umrljivosti se je v Sloveniji zmanjšala z 209 umrlih na 100 000 prebivalcev leta 2011 na 173 umrlih na 100 000 prebivalcev v letu 2019, vendar je ostala nad povprečjem EU, ki je v istem letu znašalo 154 umrlih na 100 000 prebivalcev. Podobno kot v drugih državah se je leta 2020 zvišala na 199 umrlih na 100 000 prebivalcev, deloma zaradi uvrstitve COVID-19 med preprečljive vzroke smrti (slika 11), in ostala nad povprečjem EU (180 umrlih na 100 000 prebivalcev). Leta 2020 so bili glavni vzroki preprečljive umrljivosti pljučni rak (18 %), bolezni, povezane z alkoholom (16 %), in COVID-19 (15 %), ki so skupaj predstavljali skoraj polovico (49 %) vseh smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti. Hkrati se umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov od leta 2011 stalno zmanjšuje in je leta 2020 dosegla 70 umrlih na 100 000 prebivalcev, kar je pod povprečjem EU, ki znaša 92 umrlih na 100 000 prebivalcev. Glavni vzroki umrljivosti zaradi ozdravljivih vzrokov so bili ishemična bolezen srca (23 %), rak debelega črevesa in danke (20 %) in rak dojke (14 %) ter možganska kap (11 %).

Okrepljenih je bilo več programov za zmanjševanje umrljivosti zaradi preprečljivih in ozdravljivih vzrokov, zlasti s spodbujanjem krepitve zdravja in primarnega varstva, s poudarkom na kroničnih boleznih in ranljivem delu prebivalstva. Nove referenčne ambulante družinske medicine na primer namenjajo dodatnega 0,5 ekvivalenta polnega delovnega časa diplomirane medicinske sestre presejalnim programom in usklajevanju kronične obravnave, medtem ko je namen centrov za krepitev zdravja izboljšati preventivo, zgodnje odkrivanje, svetovanje in usklajevanje na področju kronične obravnave. Vendar se je napredek pri izvajanju med pandemijo upočasnili, saj je prihajalo do motenj pri zagotavljanju kurativnega in preventivnega zdravstvenega varstva, in sicer zaradi prekinjene in zapoznele obravnave pacientov, ki so se izogibali obravnavi, prerazporejanja osebja in odhodov delovne sile.

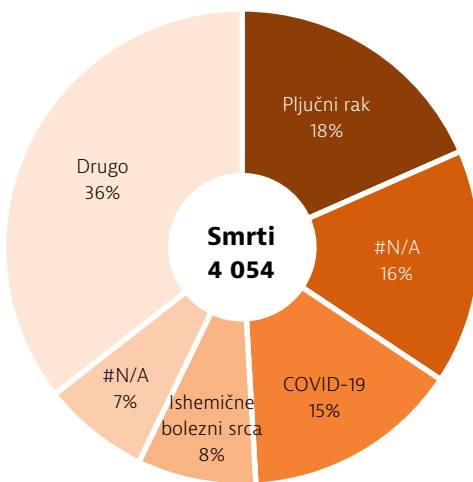
Rezultati preventivnih ukrepov proti kajenju in boleznim, povezanim z alkoholom, so bili mešani

Pljučni rak in z alkoholom povezane bolezni glede na svoj delež pri preprečljivi umrljivosti sodijo med prednostne naloge na področju javnega zdravja. K njihovi razširjenosti znatno prispevajo vedenjski

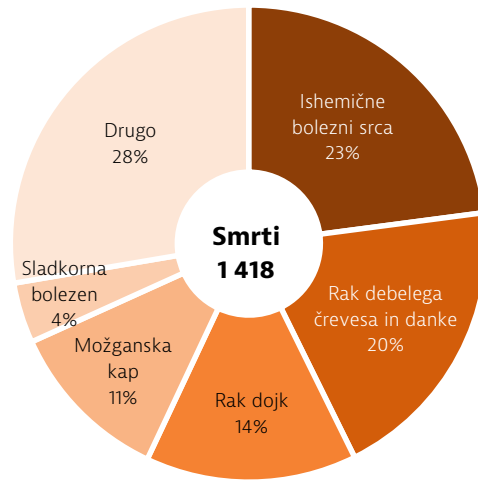
Slika 11. Stopnja preprečljive umrljivosti ostaja nad povprečjem EU, stopnja umrljivosti zaradi ozdravljivih vzrokov pa je pod njim



Preprečljivi vzroki umrljivosti



Ozdravljivi vzroki umrljivosti



Slovenija

Opombe: preprečljiva umrljivost je opredeljena kot smrt, ki se ji je večinoma mogoče izogniti z ukrepi javnega zdravja in primarne preventive. Umrljivost zaradi ozdravljivih (ali zazdravljivih) vzrokov je opredeljena kot smrt, ki se ji je večinoma mogoče izogniti z ukrepi zdravstvenega varstva, vključno s presejalnimi programi in zdravljenjem. Oba kazalnika se nanašata na prezgodnjo umrljivost (pred 75. letom). Polovica vseh smrti zaradi nekaterih bolezni (npr. ishemične bolezni srca, možganske kapi, sladkorne bolezni in hipertenzije) se pripiše seznamu preprečljive umrljivosti, druga polovica pa ozdravljivim vzrokom, da se ista smrt ne šteje dvakrat.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2020).

dejavniki tveganja, zato je bilo v zadnjih desetih letih uvedenih več politik za zmanjšanje kajenja in uživanja alkohola. Prve vključujejo prepoved kajenja in uporabe elektronskih cigaret v zaprtih javnih prostorih in na delovnih mestih, prepoved oglaševanja tobaknih izdelkov ter sistem izdajanja posebnih dovoljenj trgovcem na drobno s tobaknimi in povezanimi izdelki. Za zmanjšanje pojavnosti bolezni, povezanih z alkoholom, pa je bil leta 2017 posodobljen Zakon o omejevanju porabe alkohola (2004); presejalni programi za dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja (2014–2016) so bili razširjeni, in sicer je bilo vanje vključeno tudi vedenje, povezano z uživanjem alkohola; za to zadolžene diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah družinske medicine pa so pomagale pri programih opuščanja alkohola.

Napredek je neenakomeren, kar kaže, da še obstajajo možnosti za povečanje učinkovitosti politik s kampanjami, namenjenimi določenim skupinam prebivalstva, ter boljšim odkrivanjem, diagnostičiranjem in obvladovanjem bolezni. Medtem ko se je stopnja kajenja med letoma 2014 in 2019 znižala na splošno in pri obeh spolih, je bil napredek večji pri moških kot pri ženskah. Delež moških, starejših od 15 let, ki so vsakodnevni kadilci, se je zmanjšal z 21,8 % na 19,3 %, medtem ko se je pri ženskah ta delež zmanjšal s 16,0 % na 15,6 %. Pljučni rak je leta 2020 med ženskami postal glavni vzrok smrti, ki bi jo bilo mogoče preprečiti, in prehitel raka dojke. Prav tako so se v Sloveniji zmanjšali nekateri vzroci pitja (Perko idr., 2019), vendar so bolezni, povezane z alkoholom, v letu 2020 ostale drugi najpogostejši vzrok preprečljive umrljivosti, medtem ko so v EU šele četrti najpogostejši vzrok smrti. Povprečni delež smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti in so posledica

bolezni, povezanih z alkoholom, je v EU (10,0 %) manjši od deleža v Sloveniji (18,0 %).

S spremembami povračil stroškov med pandemijo se je izboljšala precepljenost proti gripi med starejšimi

Precepljenost otrok proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju v Sloveniji je od leta 2017 približno enaka povprečju EU in je leta 2020 dosegla 95 %. Hkrati se je v skladu s povprečnim trendom v EU precepljenost najstnic proti humanemu papiloma-virusu med letoma 2017 (38 %) in 2022 (44 %) zvišala, čeprav ni dosegla povprečja EU (63,4 %).

Precepljenost proti sezonski gripi med prebivalstvom, starim 65 let in več, je bila v preteklosti pod povprečjem EU, deloma zaradi mnenja, da je tveganje v zvezi z gripo nizko, in obveznega plačila za prejem cepiva. Precepljenost proti gripi je bila najvišja leta 2000 (35,0 %), leta 2016 je strmo padla na 9,8 %, leta 2020 pa se je zvišala na 27,0 %. Čeprav je precepljenost precej pod povprečjem EU (43,8 %), se je glede na ravni iz leta 2019 zvišala za približno 40 % in je več kot dvakrat višja kot leta 2017. Zvišanja so delno posledica uvedbe povračila celotnih stroškov v sezoni gripe 2020/2021 in strahu pred boleznijo med pandemijo COVID-19. Vendar se je precepljenost v letu 2021 znižala na 24,5 %, vse večje nezaupanje v cepljenje pa bi lahko predstavljalo izziv v prihodnosti.

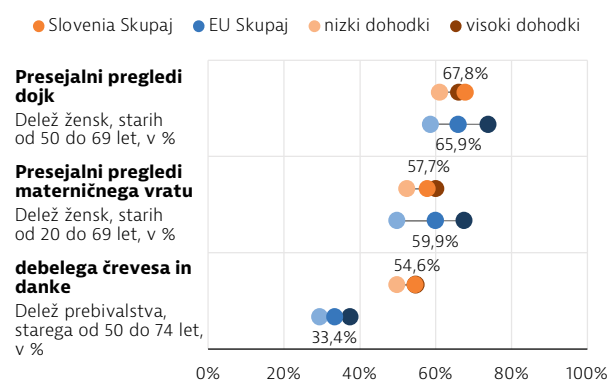
Stopnje presejanja za raka so se izboljšale, vendar omejena sredstva in razlike glede na dohodek in lokacijo ovirajo napredek

Od leta 2000 so bili uvedeni presejalni programi, ki se v celoti krijejo iz socialnega zdravstvenega zavarovanja, za raka materničnega vratu (2001), raka debelega črevesa in danke (2008) in raka dojk (2008). Po podatkih iz raziskav je bila leta 2019 stopnja presejanja za raka dojk pri ženskah, starih od 50 do 69 let, ki so bile pregledane v zadnjih dveh letih, nekoliko nad povprečjem EU, medtem ko je bila stopnja presejanja za raka debelega črevesa in danke pri ciljni populaciji, stari od 50 do 74 let, precej nad povprečjem. Po drugi strani pa je bila stopnja presejanja za raka materničnega vratu pri ženskah, starih od 20 do 69 let, nekoliko pod povprečjem EU (slika 12). Vendar obstajajo razlike glede na geografski položaj, starost in dohodek, čeprav so te manjše od razlik na ravni EU. Severovzhodne regije Slovenije so na primer premalo zastopane v stopnjah presejanja. Poleg tega so ženske v najvišjem dohodkovnem kvintilu poročale o višjih stopnjah presejanja za vse vrste raka kot tiste v najnižjem kvintilu. Najmanjše razlike glede na dohodek so bile pri stopnjah presejanja za raka dojk, največje pa pri stopnjah presejanja za raka materničnega vratu.

Slovenija je okrepila svojo zavezanost odkrivanju in zdravljenju raka z več ukrepi politike. Državni

program obvladovanja raka je bil prvič uveden leta 2010, zdaj pa doživlja že tretjo izdajo. Tretji program ima tri cilje: upočasniti naraščanje pojavnosti raka; povečati stopnjo preživetja pri raku ter izboljšati kakovost življenja bolnikov z rakom s celostno obravnavo oseb, ki so preživele to bolezen, in paliativno oskrbo. Poleg tega sta v pripravi dva nova pilotna presejalna programa za raka, v okviru več projektov, ki jih financira EU, pa se testira tudi program presejanja za okužbo s *Helicobacter pylori*. Kljub tem prizadevanjem lahko pomanjkanje virov, povezanih z rakom, vključno s specialisti za onkologijo in napredno visokocenovno opremo za zdravljenje (kot je protonska terapija), ogrozi potencialno učinkovitost.

Slika 12. Razlike pri presejanju za raka glede na dohodek obstajajo, čeprav so manjše od povprečja EU



Opomba: prebivalstvo z nizkimi dohodki je opredeljeno kot prebivalstvo v najnižjem dohodkovnem kvintilu, prebivalstvo z visokimi dohodki pa kot prebivalstvo v najvišjem dohodkovnem kvintilu. Deleži se nanašajo na osebe, ki poročajo, da so bile testirane v dveh letih pred anketno leto.

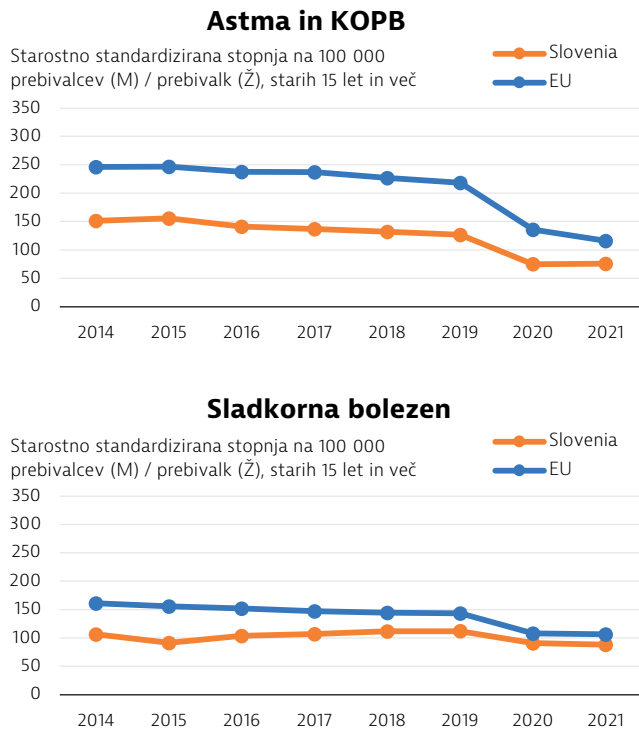
Vir: podatkovna zbirka Eurostata (na podlagi EHIS 2019).

Število hospitalizacij, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, je v Sloveniji majhno

Kazalnik hospitalizacij zaradi kroničnih bolezni, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, se uporablja za merjenje zmogljivosti, dostopnosti in kakovosti primarne oskrbe. Glede na to merilo se Slovenija dobro kosa z drugimi državami EU. Leta 2021 so bile v Sloveniji stopnje hospitalizacij, ki bi se jim bilo mogoče izogniti in so povezane z izbranimi kroničnimi boleznimi, med najnižjimi v EU (slika 13). Stopnje hospitalizacij zaradi astme in kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) so bile s skupno 75,8 hospitalizacije na 100 000 prebivalcev v letu 2021 precej pod povprečjem EU, ki je znašalo 116,1 hospitalizacije na 100 000 prebivalcev, od leta 2014 pa so se prepolovile. Tudi stopnja hospitalizacij, povezanih s sladkorno boleznijo, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, ki je v letu 2021 znašala 88,4 hospitalizacije na 100 000 prebivalcev, je bila pod povprečjem EU (106,6 hospitalizacije na 100 000 prebivalcev). To je mogoče delno pripisati dinamiki med naraščajočimi stopnjami debelosti v Sloveniji (glej oddelek 3) in učinkovitostjo

ambulantne obravnave pri obvladovanju te bolezni. V letih 2020 in 2021 je bilo hospitalizacij, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, bistveno manj kot v letih pred pandemijo, kar bi bilo treba razlagati v kontekstu pandemije. Večje potrebe po zdravstvenem varstvu so močno vplivale na zmogljivosti bolnišnic za zagotavljanje akutne obravnave, zaradi motenj, ki jih je povzročil COVID-19, pa se je spremenilo tudi vedenje pacientov pri iskanju zdravstvenega varstva.

Slika 13. Med pandemijo COVID-19 so se znižale stopnje hospitalizacij, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, zaradi izbranih kroničnih bolezni



Opomba: stopnje hospitalizacij niso prilagojene razlikam v razširjenosti bolezni med državami.

Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2023.

5.2 Dostopnost

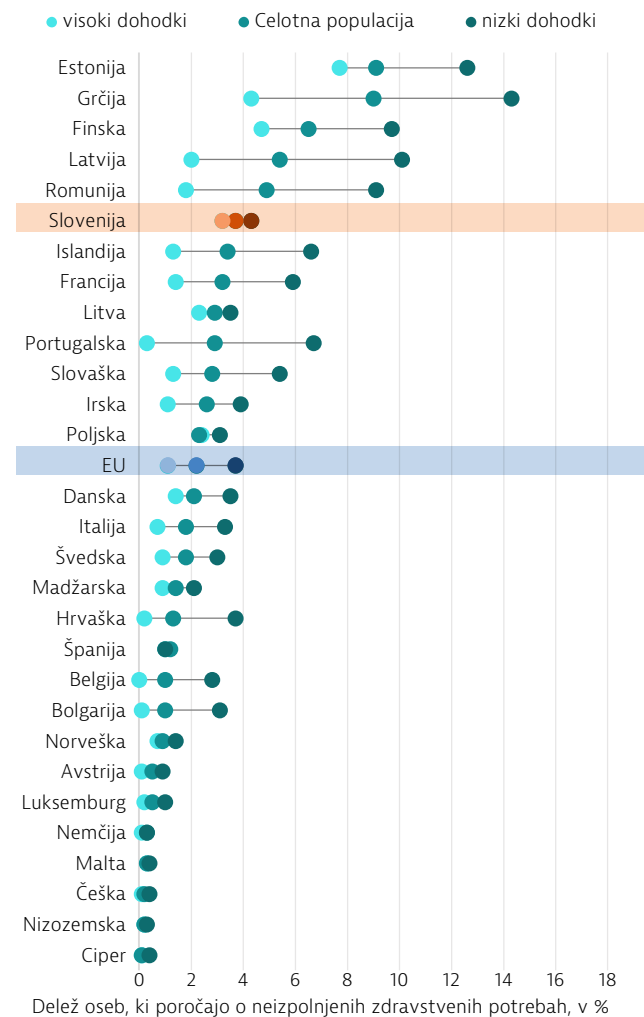
Samoporočane neizpolnjene potrebe po zdravstvenem varstvu naraščajo zaradi čakalnih dob

Zdravstvene potrebe, ki niso bile izpolnjene zaradi skupnih stroškov, so bile zanemarljive, kar priča o nizkih neposrednih izdatkih v Sloveniji in zanesljivi zaščiti pred katastrofičnimi izdatki. Glavni razlog za neizpolnjene potrebe so čakalne dobe, ki so že desetletja stalen izziv in jih je pandemija - tako kot drugod - še povečala. Po podatkih raziskave EU-SILC je leta 2021 4,8 % slovenskega prebivalstva poročalo o neizpolnjenih potrebah po zdravstveni obravnavi zaradi stroškov, prevelike oddaljenosti ali čakalnih dob. To je bilo več kot dvakrat več od povprečja EU, ki je znašalo 2,0 %. Pomenilo je tudi znatno povečanje v primerjavi z ravno pred pandemijo,

ki je leta 2019 znašala 2,9 %. Povečale so se tudi razlike med dohodkovnimi skupinami: leta 2019 je o neizpolnjenih zdravstvenih potrebah poročalo 2,9 % prebivalstva v najnižjem dohodkovnem kvintilu in 2,4 % v najvišjem, leta 2021 pa 6,6 % prebivalstva v najnižjem dohodkovnem kvintilu in 4,4 % v najvišjem. Vendar se je leta 2022 stopnja poročanih neizpolnjenih potreb znižala na 3,7 %, razlike glede na povprečje EU (2,2 %) in med dohodkovnimi skupinami pa so se zmanjšale (slika 14).

Slovenija je v zadnjih petih letih uvedla več pobud za skrajšanje čakalnih dob, vključno s finančnimi spodbudami in izboljšavami sistema poročanja. Poleg tega je Ministrstvo za zdravje za skrajšanje čakalnih dob namenilo približno 100 milijonov EUR dodatnih finančnih sredstev bolnišnicam in spodbudam v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Kljub tem prizadevanjem čakalne dobe ostajajo trdovraten izziv za slovenski zdravstveni sistem.

Slika 14. Stopnja neizpolnjenih zdravstvenih potreb v Sloveniji je precej nad povprečjem EU



Opomba: podatki se nanašajo na neizpolnjene potrebe po zdravniškem pregledu ali zdravljenju zaradi stroškov, prevelike oddaljenosti ali čakalnih dob. Pri primerjavi podatkov med državami je potrebna previdnost, saj se uporabljene vrste ankete nekoliko razlikujejo.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata, ki temelji na EU-SILC (podatki se nanašajo na leto 2022, razen za Norveško (2020) in Islandijo (2018)).

Število storitev, ki se v celoti financirajo iz socialnega zdravstvenega zavarovanja, se zmanjšuje

Javna košarica pravic vključuje celovite storitve na primarni, sekundarni in terciarni ravni, zdravila in medicinske pripomočke ter osnovno zobozdravstveno varstvo, pri čemer so razlike med kategorijami zavarovanih oseb manjše. Doplačila v višini med 10 % in 90 % veljajo za večino storitev in blaga v košarici osnovnih pravic, razen za točno določene bolezni in posameznike. To vključuje zdravstvene storitve za otroke do 26. leta starosti, storitve načrtovanja družine, preventivo in oskrbo na področju nalezljivih bolezni, nujno oskrbo ter zdravljenje malignih bolezni. Vendar se seznam v celoti financiranih storitev postopoma krči, saj zbrana sredstva ne zadostujejo za kritje širokega obsega storitev.

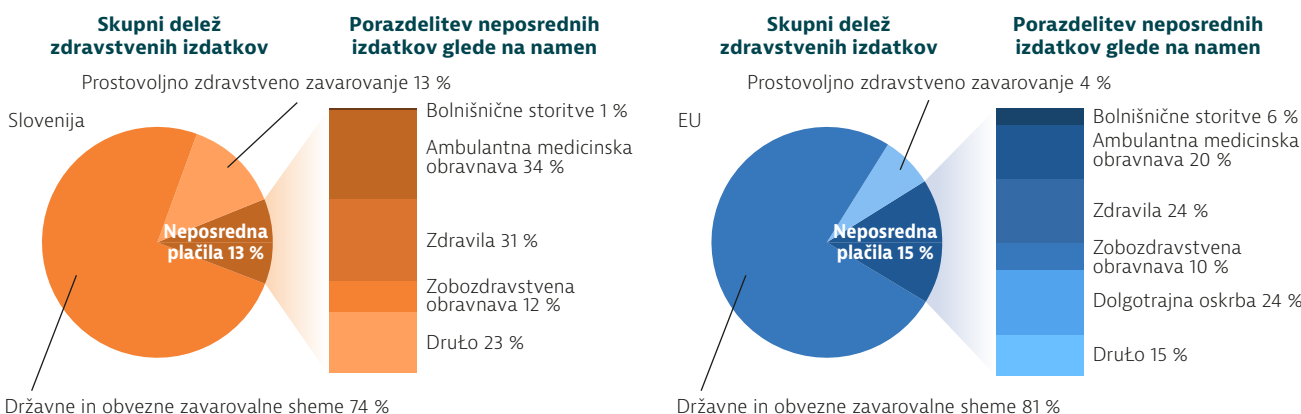
Leta 2021 so bili javni izdatki za bolnišnično obravnavo v Sloveniji (90 %) pod povprečjem EU, ki je znašalo 91 %, tako kot tudi izdatki za ambulantno obravnavo (75 % v primerjavi z 79 % na ravni EU), zdravila (52 % v primerjavi z 59 % na ravni EU) in

terapevtske pripomočke (32 % v primerjavi z 38 % na ravni EU). Javni izdatki za zobozdravstveno varstvo so bili s 44 % precej nad povprečjem EU, ki je znašalo 34 %.

Nizki neposredni izdatki prispevajo k nizki stopnji katastrofičnih izdatkov za zdravstveno varstvo

Delež neposrednih plačil je od leta 2005 večinoma nespremenjen. Neposredni izdatki, ki so leta 2021 znašali približno 13 % skupnih zdravstvenih izdatkov, so bili v Sloveniji pod povprečjem EU, ki znaša 15 % (slika 15). Nizke neposredne izdatke je mogoče delno pripisati širokemu kritju storitev iz socialno-zdravstvenega zavarovanja in blažitvi visoke stopnje delitve stroškov z obsežno uporabo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (glej oddelek 4). Največji delež neposrednih izdatkov predstavljajo izdatki za ambulantno obravnavo, pri čemer je ta delež v Sloveniji veliko večji (34 %) kot na ravni EU (20 %). Tudi zdravila predstavljajo velik delež neposrednih izdatkov (31 %), prav tako več kot na ravni EU (24 %).

Slika 15. Zdravila in ambulantna obravnava predstavljajo skoraj dve tretjini neposrednih izdatkov



Opomba: PZZ se nanaša na prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki vključuje še druge prostovoljne predplačniške sheme. Povprečje EU je tehtano. Viri: zdravstveni statistični podatki OECD 2023; podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2021).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in nizki neposredni izdatki so zavarovance pomagali zaščititi pred katastrofičnimi zdravstvenimi izdatki³. Samo 0,8 % slovenskega prebivalstva je imelo v letu 2018 (zadnje leto, za katero so na voljo podatki) katastrofične izdatke, povezane z zdravjem. Tako so bili slovenski katastrofični izdatki v tistem letu najnižji v EU, pri čemer sta skoraj dve tretjini nastali najrevnejšim gospodinjstvom. Ukrepi za zaščito prebivalstva, zlasti prebivalstva z nizkimi dohodki, pred katastrofičnimi zdravstvenimi izdatki vključujejo izjeme za tiste, ki ne zmorejo kriti neposrednih plačil, ter državne subvencije za doplačila za zdravila vojnih veteranov, zapornikov in oseb brez dohodka.

Uporaba posvetovanj na daljavo med pandemijo, ki je temeljila na preteklem napredku na področju digitalnega zdravstva

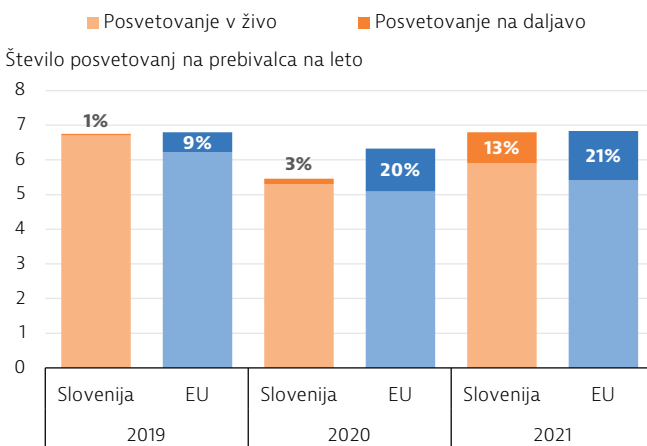
Nacionalni podatki in podatki Eurostata kažejo, da se je delež posvetovanj na daljavo na prebivalca na leto med letoma 2019 in 2020 povečal minimalno, in sicer z 1 % na 3 %, kar je precej pod razpoložljivim povprečjem EU v istem obdobju (slika 16). Med pandemijo COVID-19 pa je bilo to povečanje bolj opazno, tako da je leta 2021 delež posvetovanj na daljavo dosegel 13 %. Večjo uporabo posvetovanj na daljavo v Sloveniji kažejo tudi podatki ločene raziskave Eurofounda: delež ljudi, ki so poročali, da so se od začetka pandemije posvetovali z

³ Katastrofični izdatki so opredeljeni kot neposredni izdatki gospodinjstva, ki presegajo 40 % skupnih izdatkov gospodinjstva, v kar niso všteti stroški za preživetje (tj. za hrano, stanovanje in komunalne storitve).

zdravstvenim osebjem prek spleta ali po telefonu, se je s 45 % junija/julija 2020 povečal na 65 % februarja/marca 2021 (Eurofound, 2021)⁴.

Uporaba je bila podprta z vključitvijo telemedicine v več novih storitev v javni košarici pravic in napredkom, doseženim v okviru programa digitalizacije zdravstva, ki se je začel izvajati leta 2015, vključuje pa novo infrastrukturo, nova digitalna orodja (npr. spletno stran ZVEM in aplikacijo z istim imenom), portal za paciente in spremljanje na daljavo za bolnike po možganski kapi. Vendar so zmogljivosti zdravnikov za obvladovanje povečanega povpraševanja po storitvah telemedicine omejene, zato ni mogoče izkoristiti celotnega potenciala takih orodij.

Slika 16. Posvetovanje na daljavo je v Sloveniji manj pogosto kot na ravni EU



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2023.

Veliko pomanjkanje delovne sile v zdravstvu je mogoče pojasniti z zahtevnimi delovnimi pogoji in zmanjševanjem števila specializantov

Pomanjkanje delovne sile v zdravstvu, s katerim se sooča Slovenija, zlasti izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni ravni in medicinskih sester v bolnišnicah (glej oddelek 4), je mogoče delno pojasniti z delovnimi pogoji, med drugim s pomisleki glede plač ter usklajevanja poklicnega in zasebnega življenja. Poleg tega je število diplomantov medicine na 100 000 prebivalcev pod povprečjem EU. Hkrati še večjo skrb vzbujajo napovedi o pomanjkanju družinskih zdravnikov, saj se bo veliko sedanjih zdravnikov kmalu upokojilo, število specializantov, ki se odločajo za družinsko medicino, pa se zmanjšuje, kar vpliva na vzdržnost in odpornost sistema. Posledice so že vidne, saj je pomanjkanje družinskih zdravnikov močno vplivalo na pokritost prebivalstva in njegov dostop do zdravnika po vsej Sloveniji, tudi v prestolnici Ljubljani. Slovenija je februarja 2023 ocenila, da takrat 136 000 posameznikov ni imelo

izbranega družinskega zdravnika, kljub ključni vlogi zdravnikov na primarni ravni kot vstopnih točk v zdravstveni sistem (HSPM, 2023).

Ministrstvo za zdravje je konec leta 2022 in v začetku leta 2023 uvedlo ukrepe za reševanje teh akutnih izzivov glede pokritosti, povečalo financiranje primarnega zdravstvenega sektorja in uvedlo nove ambulante v zdravstvenih domovih, zlasti za posameznike brez izbranega zdravnika. V 94 zdravstvenih domovih je skupno že na voljo dodatnih 64,2 ekvivalenta ekipe. Ker pa so v njih večinoma zaposleni zdravniki in medicinske sestre v ekipah družinske medicine, ki delajo nadurno delo in se financirajo iz centralnega proračuna, ni jasno, kakšen vpliv bo imel sčasoma ta vzporedni model zagotavljanja storitev na vzdržnost sistema primarnega zdravstvenega varstva.

5.3 Odpornost

Pandemija COVID-19 se je izkazala za največjo motnjo v zdravstvenih sistemih v zadnjih desetletjih. Pokazala je ranljivosti in izzive v strategijah držav za pripravljenost na izredne razmere ter njihovo zmogljivost zagotavljanja zdravstvenih storitev prebivalstvu. V odziv na dolgotrajne učinke pandemije – pa tudi na druge nedavne krize, vključno z zviševanjem življenjskih stroškov in posledicami konfliktov, kot je vojna proti Ukrajini – države izvajajo politike za ublažitev trenutnih posledic za zagotavljanje storitev, vlagajo v okrepanje in odpornost zdravstvenega sistema⁵, izboljšujejo kritična področja zdravstvenega sektorja ter krepijo svojo pripravljenost na prihodnje pretese.

Slovenija ima manj bolnišničnih postelj in nižjo zasedenost postelj, kot je povprečje EU

Število bolnišničnih postelj v Sloveniji se od leta 2005 postopoma zmanjšuje in je leta 2021 doseglo 4,3 postelje na 1 000 prebivalcev, kar je nekoliko pod povprečjem EU, ki znaša 4,8 postelje na 1 000 prebivalcev. Pred pandemijo sta se stopnji zasedenosti postelj in odpustov iz bolnišnice prav tako postopoma zniževali, v obdobju 2019–2020 pa sta strmo padli. Leta 2021 sta se obe ponovno zvišali, pri čemer je stopnja zasedenosti (60,7 %) zdaj pod povprečjem EU (64,7 %), stopnja odpustov iz bolnišnice pa se je vrnila na 15 100 odpustov na 100 000 prebivalcev, kar je podobno povprečju na ravni EU (slika 17).

Zmanjšanje zmogljivosti za bolnišnično obravnavo in njene uporabe je mogoče delno pripisati zgodnjemu izvajanju ukrepov za nepredvidljive razmere ob pandemiji, v okviru katerih so bili elektivni in nenujni posegi odloženi, da bi sprostili postelje in povečali zmogljivosti za obvladovanje povečanja

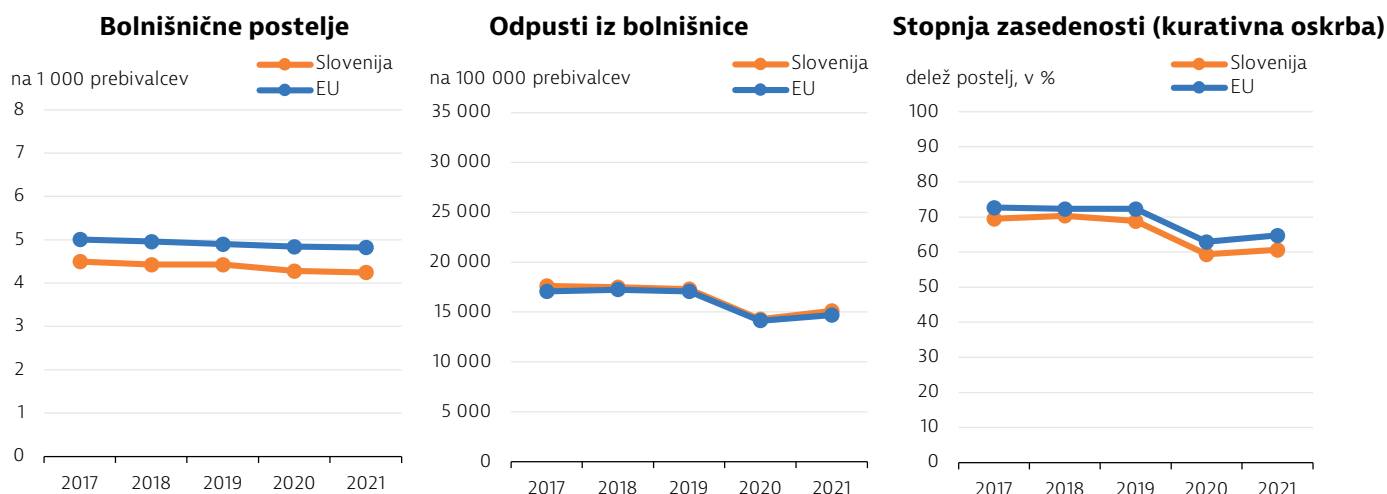
⁴ Podatki iz raziskave Eurofounda zaradi razlik v metodologijah niso primerljivi s podatki iz raziskave EU-SILC.

⁵ V tem okviru je odpornost zdravstvenega sistema opredeljena kot zmogljivost priprave na pretese, njihovega obvladovanja (absorbirati, prilagoditi se in se preobraziti) in učenja iz njih (strokovna skupina EU za ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov, 2020).

števila bolnikov, zlasti na ortopedskih oddelkih ter oddelkih za otorinolaringologijo in oftalmologijo. Tako kot v drugih evropskih državah se je obseg nenujnih kirurških posegov v Sloveniji v obdobju 2019–2020 znatno zmanjšal. Zamenjava kolka se je na primer zmanjšala s 199 posegov na 100 000 prebivalcev leta 2019 na 165 posegov na 100 000

prebivalcev leta 2020, zamenjava kolena pa se je zmanjšala s 137 posegov na 100 000 prebivalcev leta 2019 na 105 posegov na 100 000 prebivalcev leta 2020. Tako kot stopnji bolnišničnih zmogljivosti in zasedenosti postelj sta se tudi stopnji zamenjave kolka in kolena v letu 2021 nekoliko zvišali.

Slika 17. Stopnji odpustov iz bolnišnice in zasedenosti bolnišničnih postelj sta se v Sloveniji v letu 2020 močno znižali, kar je v skladu s trendi v EU



Viri: zdravstveni statistični podatki OECD 2023; podatkovna zbirka Eurostata.

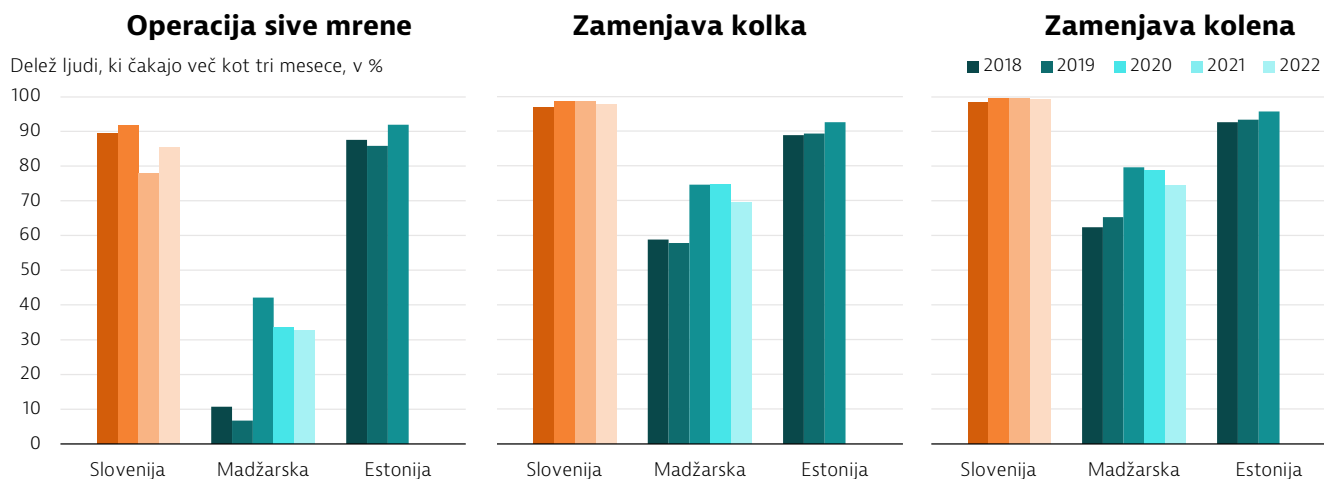
Čakalne dobe za elektivne operativne posege v Sloveniji so dolge, vendar pandemija nanje ni preveč vplivala

Delež prebivalstva, ki več kot tri mesece čaka na zamenjavo kolka ali kolena ali operacijo sive mreže, je v Sloveniji stalno največji med državami, za katere so na voljo podatki, vključno s primerljivima državama Madžarsko in Estonijo. Vendar je bilo povečanje med pandemijo v Sloveniji manjše (slika 18). Delež tistih, ki so tri mesece ali več čakali na operacijo sive mreže, se je v letu 2021 celo zmanjšal (77,8 %) v primerjavi z letom 2020 (91,7 %), nato pa se je leta 2022 povečal na 85,3 %.

Javni izdatki za zdravstvo v Sloveniji se od leta 2012 vztrajno povečujejo in so v obdobju 2020–2021 dosegli visoko stopnjo rasti

Po zmanjšanju takoj po svetovni finančni krizi pred več kot desetletjem se letna rast javnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji od leta 2012 na splošno povečuje. Država je v odziv na pandemijo zagotovila dodatna javna finančna sredstva za zdravstvo, kar je povzročilo največji stopnji rasti, zabeleženi v zadnjih desetih letih, in sicer 7,5 % v obdobju 2019–2020 in 8,2 % v obdobju 2020–2021. Nasprotno pa se je BDP Slovenije med letoma 2013 in 2019 povečal ter se nato v prvem letu pandemije leta 2020 zmanjšal za

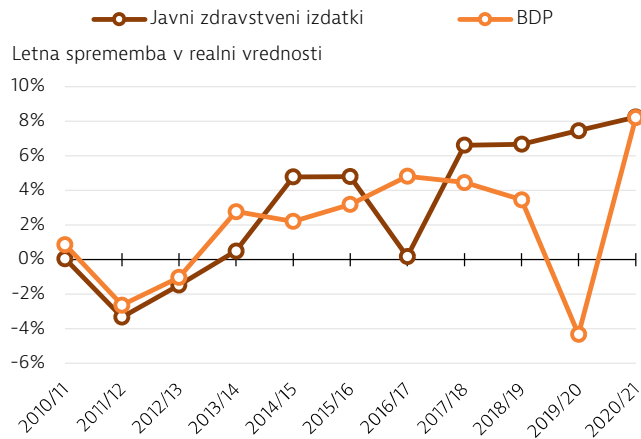
Slika 18. Čakalne dobe za elektivne operativne posege so v Sloveniji še vedno daljše kot v primerljivih državah



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2023.

4,3 % (slika 19); tako so se javni zdravstveni izdatki pospešeno povečevali kljub znatnemu zmanjšanju BDP (OECD/EU, 2022). V letu 2021 se je BDP močno povečal in z 8,2 % dosegel najvišjo stopnjo rasti po letu 2010.

Slika 19. Znatna rast javnih zdravstvenih izdatkov med pandemijo COVID-19 je sovpadla z izrazitim zmanjšanjem BDP v letu 2020



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2023.

S finančnimi sredstvi Evropske komisije se bosta podprla predvsem digitalizacija in prihodnje zdravljenje nalezljivih bolezni

Slovenija naj bi v skladu z nacionalnim načrtom za okrevanje in odpornost za obdobje 2021–2026 prejela skoraj 225 milijonov EUR, kar ustreza 4,7 % BDP. Približno tri četrtine sredstev bodo zagotovljene z nepovratnimi sredstvi, zdravju pa je namenjenih približno 9 % vseh dodeljenih sredstev. Približno polovica sredstev iz načrta za okrevanje in odpornost, dodeljenih za zdravje, je namenjena zdravljenju nalezljivih bolezni, približno tretjina pa podpora pri digitalni preobrazbi zdravstva.

Preostanek bo porabljen za izboljšanje dostopnosti zdravstvenega sistema in usposabljanje zdravstvenih delavcev o kakovosti obravnave (slika 20).

Ta podpora bo dopolnjena z uvedbo programa kohezijske politike EU za obdobje 2021–2027. S sofinanciranjem v višini 68 %, ki ga bo zagotovila EU, naj bi Slovenija v svoj zdravstveni sistem vložila več kot 103 milijone EUR, od tega skoraj 28 milijonov EUR iz Evropskega sklada za regionalni razvoj (ESRR), ki bodo namenjeni za zdravstveno opremo. Od preostalih 75 milijonov EUR, ki bodo zagotovljeni iz Evropskega socialnega sklada plus (ESS+), bo 80 % porabljenih za naložbe v izboljšanje dostopnosti, učinkovitosti in pripravljenosti slovenskega zdravstvenega sistema, 20 % pa za digitalizacijo zdravstva⁶.

Izjava se in razpravlja se o več reformah, ki so izrecno usmerjene v reševanje problematike zdravstvenih delavcev

Slovenija se tako kot številne druge države v EU sooča z demografskim in epidemiološkim prehodom, saj se prebivalstvo stara, hkrati pa se povečuje število bolnikov s kompleksnimi zdravstvenimi težavami. Pomembna sta tudi pojav in množenje tehnološkega napredka v podporo zagotavljanju obravnave. Ta razvoj skupaj s posledicami krize zaradi COVID-19 in trenutnim pomanjkanjem zdravstvenih delavcev obremenjuje sedanjí slovenski model primarnega zdravstvenega varstva. Izvedeni so bili finančni ukrepi za zdravstvene delavce, da bi se spopadli z izzivi na področju primarnega zdravstvenega varstva, vendar so se dolge čakalne dobe in izzivi pri dostopu – med drugim do zdravnikov na primarni ravni in nujne oskrbe – nadaljevali tudi v letu 2022 (glej oddelek 5.2). Prav tako se obravnavajo reforme plačnega sistema v javnem sektorju, ki naj bi vplivale na plače zdravnikov in medicinskih sester ter javnim izvajalcem zagotovile večjo svobodo pri upravljanju.

Slika 20. Slovenija bo prejela znatna sredstva v okviru mehanizma EU za okrevanje in odpornost



Opombe: ti podatki se nanašajo na prvotni načrt za okrevanje in odpornost. Trenutna revizija načrta bi lahko vplivala na njegov obseg in sestavo. Nekateri elementi so bili združeni, da se izboljša berljivost grafa.

Vir: Evropska komisija – Preglednica kazalnikov okrevanja in odpornosti.

6 Ti podatki o kohezijski politiki EU odražajo stanje septembra 2023.

Digitalizacija zdravstva je visoko med prednostnimi nalogami Slovenije na področju zdravja

Digitalizacija zdravstva je bila v Sloveniji v zadnjih desetih letih prednostna naloga zdravstvenega sistema. Leta 2015 se je začel izvajati program digitalizacije zdravstva, da bi okrepili digitalno infrastrukturo države ter izboljšali kontinuiteto oskrbe in dostop do nje z novimi digitalnimi orodji. Pandemija COVID-19 je spodbudila izvajanje številnih vidikov tega programa (glej oddelek 5.2). Zavezanost Slovenije se ohranja z nacionalnim načrtom za okrepanje in odpornost ter novim procesom reforme zdravstvenega sistema, ki se je začel jeseni 2022, ob podpori Instrumenta za tehnično podporo Evropske komisije. V okviru tega procesa je v Zakonu o digitalizaciji zdravstva, predlagano, da se digitalnemu zdravstvu in digitalizaciji v naslednjih treh letih nameni desetkrat več denarja kot v letu 2023 ter da se ustanovi neodvisna agencija za nadzor nad digitalnim zdravstvom in infrastrukturo za digitalizacijo, ki bo financirana na podlagi fiksnega odstotka skupnega proračuna za socialno zdravstveno zavarovanje. Zakon vključuje tudi harmonizacijo zbiranja podatkov v petih nacionalnih registrih, čeprav so podrobnosti o upravljanju teh registrov in njihovi združljivosti z drugimi mednarodnimi registri, kot so registri Eurostata in OECD, nejasne, zato so še vedno predmet javne in strokovne razprave.

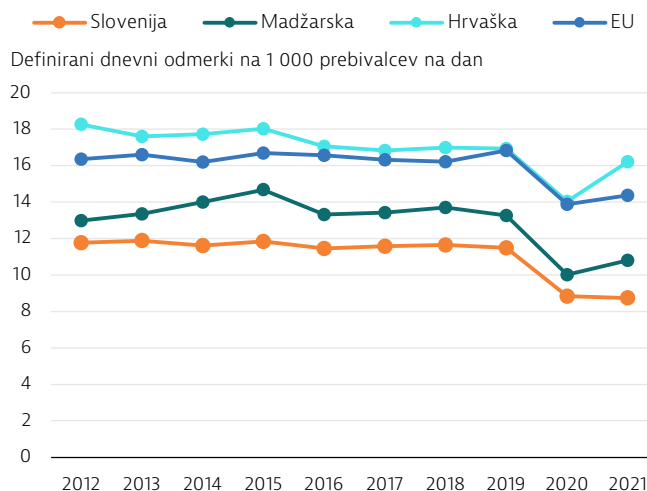
Slovenija ima majhno porabo antibiotikov in je sprejela nacionalni načrt, ki obravnava odpornost proti antibiotikom

Antimikrobna odpornost je velika težava za javno zdravje v EU, saj po ocenah v EU in Evropskem gospodarskem prostoru (EGP) okužbe z mikrobi, odpornimi proti antibiotikom, letno povzročijo približno 35 000 smrti (ECDC, 2022) ter stroške, povezane z zdravstveno obravnavo, v višini približno 1,1 milijarde EUR (OECD/ECDC, 2019). Ker prepogosto predpisovanje in prevelika uporaba antibiotikov pri ljudeh močno prispevata k razvoju bakterij, odpornih proti antibiotikom, so podatki o porabi antibiotikov koristno orodje za oceno tveganja antimikrobne odpornosti in učinkovitosti programov za spodbujanje njihove ustrezne uporabe.

Medtem ko je bila poraba antibiotikov v Sloveniji zadnjih deset let relativno nespremenjena pri približno 11,0 definirane dnevnega odmerka na 1 000 prebivalcev, se je poraba antibiotikov v skupnosti med pandemijo COVID-19 zmanjšala. Slovenija je imela leta 2021 eno od najmanjših porab antibiotikov, in sicer 8,7 definirane dnevnega odmerka na 1 000 prebivalcev, kar je precej pod povprečjem EU, ki znaša 14,4 odmerka na 1 000 prebivalcev. Medtem ko se je poraba antibiotikov v drugih državah EU, kot sta Madžarska in Hrvaška, v letu 2021 povečala, je Slovenija ohranila te nizke ravni (slika 21). Čeprav ocenjena stopnja

antimikrobne odpornosti v Sloveniji znaša polovico povprečja EU, pa je še vedno višja kot v tretjini držav EU. Slovenija je septembra 2019 sprejela Državno strategijo „eno zdravje“ za obdobje 2019–2024 – nacionalni načrt za spremljanje in odkrivanje patogenov, odpornih proti antimikrobnim zdravilom, ter poročanje o njih (GHS Index, 2021). Vendar država nima politike, s katero bi se posebej obravnavala antimikrobno odpornost v ustanovah za dolgotrajno oskrbo (ECDC idr., 2022).

Slika 21. Slovenija je po zmanjšanju med pandemijo ohranila nizke ravni porabe antibiotikov



Opombe: povprečje EU ni tehtano. Podatki za Češko in Ciper se nanašajo na skupno porabo (vključno z bolnišnicami).

Vir: ECDC ESAC-Net.

Slovenija se namerava do leta 2050 v celoti prilagoditi vplivom podnebnih sprememb

Slovenija je močno zavezana spodbujanju trajnostne rasti in zelenega prehoda, zlasti z obsežnim svežnjem politik za zmanjšanje emisij toplogrednih plinov (Ministry of the Environment and Spatial Planning, 2018). Te politike spremlja strateški okvir Evropske komisije za prilagajanje podnebnim spremembam, ki ga je Slovenija sprejela leta 2016 in ki usmerja prizadevanja države, da se do leta 2050 v celoti prilagodi vplivu podnebnih sprememb (European Commission, 2018). Okvir je nacionalnim agencijam in strokovnjakom zagotovil strukturo, orodja in vire za oceno vpliva podnebnih sprememb in ranljivosti Slovenije nanje v različnih sektorjih. Nekateri ukrepi, specifični za zdravje prebivalstva, so že bili izvedeni, na primer program Nacionalnega inštituta za javno zdravje Varo s soncem.

6 V središču: duševno zdravje

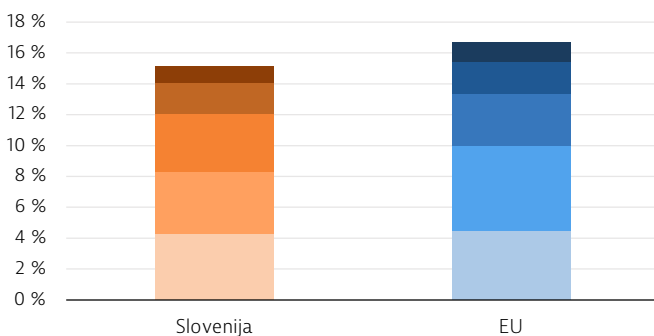
Težave z duševnim zdravjem ima vsaka šesta oseba

Razpoložljivi dokazi kažejo, da je razširjenost duševnih motenj v Sloveniji (15 %) manjša od povprečja EU (17 %): leta 2019 je imela težave z duševnim zdravjem vsaka šesta oseba. Najpogostejše bolezni so anksiozne in depresivne motnje ter motnje, povezane z uživanjem alkohola in drog, pri čemer vsaka predstavlja 4,0 % duševnih motenj (slika 22).

Neposredni in posredni ekonomski stroški zaradi težav z duševnim zdravjem so leta 2015 znašali približno 1,6 milijarde EUR, kar je predstavljalo 4,13 % slovenskega BDP, to pa je približno povprečje EU (4,1 %) (OECD/EU, 2018).

Slika 22. Razširjenost duševnih motenj v Sloveniji je pod povprečjem EU

- Bipolarne motnje in shizofrenija
- Druge duševne motnje
- Motnje, povezane z uživanjem alkohola
- Anksiozne motnje
- Depresivne motnje



Opomba: povprečje EU ni tehtano.

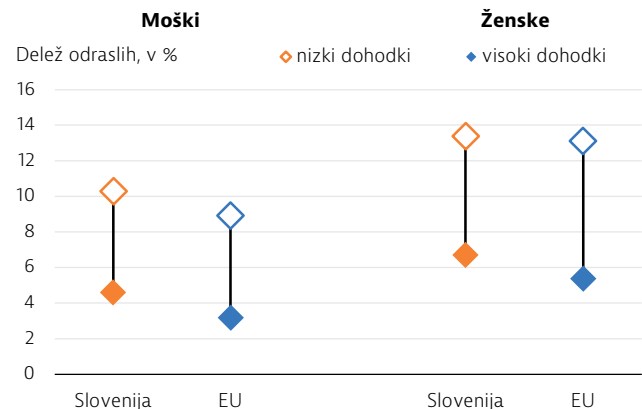
Vir: IHME (podatki se nanašajo na leto 2019).

Depresija je pogostejša med ženskami

Pred pandemijo je o depresiji poročalo 7,9 % slovenskih odraslih, kar je nekoliko nad povprečjem EU (7,2 %). Na splošno so o depresiji pogosteje poročale ženske; poleg tega so v Sloveniji osebe v najnižjem dohodkovnem kvintilu o njej poročale dvakrat pogosteje kot tiste v najvišjem kvintilu (slika 23). Podobno je bilo v elektronskih anketah Eurofounda o življenju, delu in pandemiji COVID-19, izvedenih med letoma 2020 in 2022, ugotovljeno, da je delež odraslih, ki so izpostavljeni tveganju depresije, veliko večji med anketiranci, ki so poročali o finančnih težavah (50 %), kot med tistimi, ki niso poročali o finančnih težavah (29 %) (Eurofound 2021; 2022). Pandemija COVID-19 je v Sloveniji okrepila povezave med duševnim zdravjem in socialno-ekonomskim statusom, vendar je bil vpliv manj izrazit kot na ravni EU, kjer je bilo tveganju depresije

izpostavljenih 62 % ljudi, ki so poročali o finančnih težavah, in 37 % ljudi, ki niso imeli finančnih težav.

Slika 23. Stopnja depresije je v Sloveniji pri obeh spolih nekoliko višja od povprečja EU



Opomba: visok dohodek se nanaša na ljudi v najvišjem dohodkovnem kvintilu (20 % prebivalstva z najvišjimi dohodki), nizek dohodek pa na ljudi v najnižjem dohodkovnem kvintilu (20 % prebivalstva z najnižjimi dohodki).

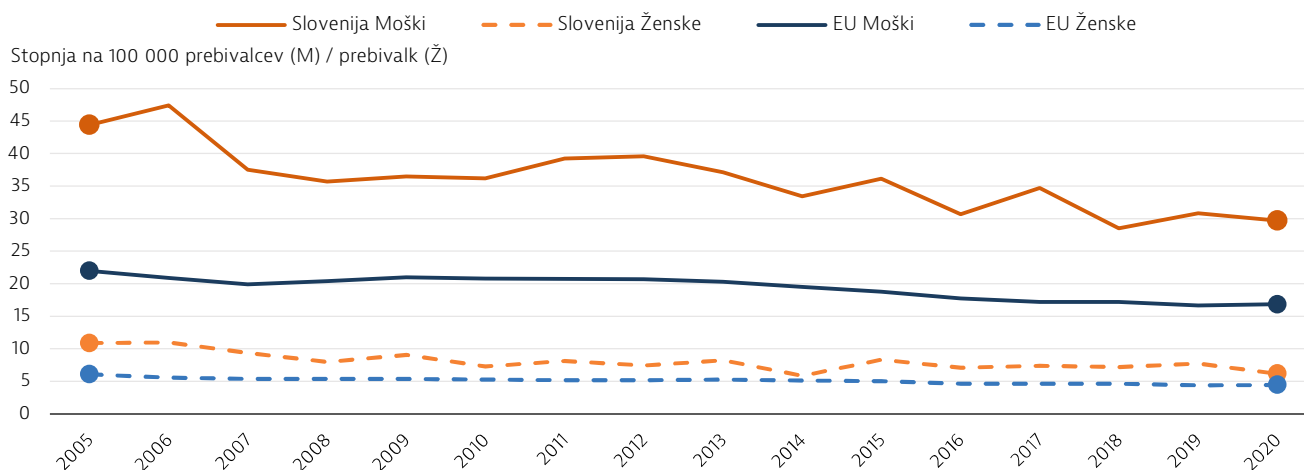
Vir: podatkovna zbirka Eurostata (na podlagi EHIS 2019).

Pri moških je verjetnost samomora petkrat večja kot pri ženskah

Stopnja samomorov v Sloveniji je bila leta 2020 precej višja od povprečja EU, in sicer 17,0 samomora na 100 000 prebivalcev v primerjavi z 10,2 samomora na 100 000 prebivalcev v EU. Vendar je pri moških (29,7 samomora na 100 000 prebivalcev) petkrat večja verjetnost, da bodo storili samomor, kot pri ženskah (6,2 samomora na 100 000 prebivalcev) (slika 24).

Razdrobljenost in pomanjkanje delovne sile v zdravstvu ogrožata dostop do storitev na področju duševnega zdravja

Zakon o duševnem zdravju (2008) je bil sprejet za zagotavljanje temeljnih človekovih pravic pri storitvah na področju duševnega zdravja v Sloveniji, čeprav je Ustavno sodišče leta 2019 odločilo, da je zakon neustaven. Trenutno je obravnava na področju duševnega zdravja v Sloveniji večinoma bolnišnična, čeprav se poskušajo vzpostaviti pogoji za deinstitutionalizacijo. Ambulantna obravnava se na primarni ravni zagotavlja v okviru javnih zdravstvenih služb v zdravstvenih domovih in v novoustanovljenih centrih za duševno zdravje. Zdravljenje motenj, kot so depresija, psihoza in bipolarne motnje, krije socialno-zdravstveno zavarovanje. Za dostop do psihiatrov za osnovno zdravljenje ni potrebna napotitev (Depression Scorecard, 2022). Preventivi in rehabilitaciji na področju duševnega zdravja se posvečajo različne nevladne organizacije.

Slika 24. Stopnja samomorov v Sloveniji je višja od povprečja EU

Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Upravljanje sistema obravnave na področju duševnega zdravja je razdeljeno med Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter nedavno ustanovljeno Ministrstvo za solidarno prihodnost. To povzroča razdrobljenost pri načrtovanju, financiranju in zagotavljanju storitev ter otežuje medsektorsko sodelovanje. Hkrati ima Slovenija kljub nedavnemu povečanju še vedno razmeroma malo psihiatrov glede na število prebivalcev v primerjavi z drugimi državami EU, povpraševanje po obravnavi pa presega zmogljivosti delovne sile (WHO Regional Office for Europe, 2020). Druga vprašanja v zvezi z dostopom so vključevala neenakomerno geografsko porazdelitev izvajalcev – s koncentracijo na mestnih območjih ter v specializiranih ustanovah in bolnišnicah – in dolge čakalne dobe za dostop do storitev na področju klinične psihologije. Prav tako se premalo upošteva kakovost, saj višina plačil izvajalcem storitev temelji na količini ter ne upošteva kazalnikov kakovosti in izidov.

Slovenija kljub izzivom poroča o nižjih ravneh neizpolnjenih potreb po obravnavi na področju duševnega zdravja, kot je povprečje EU. Glede na anketo Eurofounda iz leta 2022, pri kateri je bila raven neizpolnjenih zdravstvenih potreb, o kateri se je poročalo za Slovenijo, sicer podobna povprečju EU (18 %), je manj anketirancev poročalo o neizpolnjenih potrebah pri obravnavi na področju duševnega zdravja (14 %), kot je povprečje EU (22 %) (slika 25).

Z ukrepi politike se obravnavajo neizpolnjene potrebe in dostopnost, pri čemer se prehaja na celostno obrnavo na področju duševnega zdravja

Slovenija od leta 2005 izvaja sistematično presejanje za depresijo, kar lajša zagotavljanje obravnave na področju duševnega zdravja na primarni ravni. Širše vključevanje storitev je bilo načrtovano v prvem nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje 2018–2028, ki se osredotoča na

zagotavljanje oskrbe na ravni skupnosti in preprečevanje duševnih motenj. V njem so določeni načrti za mrežo centrov za duševno zdravje, ki bi bili vzpostavljeni v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji in bi zagotavljali celovite storitve. Do konca leta 2020 je bilo zaradi večjega povpraševanja po obravnavi na področju duševnega zdravja med pandemijo COVID-19 ustanovljenih 25 centrov za duševno zdravje za odrasle ter 27 centrov za otroke in mladostnike. Nedavno je Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu leta 2021 sprejelo smernice za zdravljenje depresije, ki vključujejo farmakološko zdravljenje in pristope, usmerjene v posameznika, kot sta psihoterapija in psihoedukacija (Depression Scorecard, 2022).

Slika 25. Sedmina neizpolnjenih potreb po zdravstveni obravnavi, o kateri se je v Sloveniji poročalo med pandemijo, je zadevala obrnavo na področju duševnega zdravja



Opomba: anketiranci so bili vprašani, ali imajo kakršne koli trenutne neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi, in če da, po kateri vrsti oskrbe, vključno z oskrbo na področju duševnega zdravja.

Viri: Eurofound (2021, 2022).

7 Ključne ugotovitve

- Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se je leta 2022 v Sloveniji podaljšalo na 81,3 leta, potem ko se je leta 2020 skrajšalo za eno leto. Čeprav so bili glavni vzroki smrti bolezni srca in ožilja ter rak, je na stopnjo umrljivosti znatno vplival tudi COVID-19, ki je leta 2020 povzročil 14,4 % smrti.
- Več kot tretjina smrti v Sloveniji je povezana z vedenjskimi in okoljskimi dejavniki tveganja, ki so posledica nezdrave prehrane in uživanja alkohola. Poleg tega debelost postaja velika težava za javno zdravje, saj je več kot polovica odraslih pretežkih ali debelih; hkrati je v zadnjih dveh desetletjih takih vse več tudi med mladostniki. Vlada je v odziv na to pripravila celovit in večsektorski Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, da bi izboljšali prehranske in gibalne navade prebivalstva ter se spoprijeli z debelostjo. Vendar je pandemija COVID-19 morda zavrla ta prizadevanja, zlasti pri otrocih, starih od 6 do 15 let.
- Zdravstveni izdatki Slovenije z 2 665 EUR na prebivalca znašajo približno dve tretjini povprečja EU. Javni izdatki za zdravstvo se v zadnjih desetih letih postopoma povečujejo. Odziv Slovenije na COVID-19 je močno povečal javne izdatke za zdravstvo, ki so dosegli 73,7 % vseh zdravstvenih izdatkov.
- Slovenski sistem, ki temelji na socialnem zdravstvenem zavarovanju, zagotavlja skoraj univerzalno kritje prek enega samega plačnika. Obsežna uporaba dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, velikodušna košarica javnih pravic in močni ukrepi za finančno zaščito prispevajo k nizkim neposrednim izdatkom in nizkim katastrofičnim izdatkom, povezanim z zdravjem. Z reformo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bilo julija 2023 zaradi strmega zvišanja premij ukinjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje; nadomestil ga bo fiksni obvezni prispevek.
- Med glavnimi cilji Slovenije na področju zdravja je boj proti raku. Z zaporednimi strukturiranimi nacionalnimi pristopi, vključno s presejalnimi programi za raka dojk, materničnega vratu ter debelega črevesa in danke, se je njegovo odkrivanje od leta 2000 izboljšalo. Leta 2021 so bile stopnje presejanja za raka dojk ter raka debelega črevesa in danke pri ciljnih populacijah nad povprečjem EU; vendar razlike glede na geografski položaj, starost in dohodke ovirajo nadaljnji napredek. Cilj tretjega Državnega programa za obvladovanje raka je zmanjšati vse večjo pojavnost raka, povečati stopnjo preživetja pri raku in izboljšati kakovost življenja bolnikov z rakom.
- Dostop do zdravstvenih storitev v Sloveniji otežuje več trdovratnih dejavnikov. Zaradi čakalnih dob za specialistično obravnavo na sekundarni ravni je veliko samoporočanih neizpolnjenih potreb po zdravstveni obravnavi, ljudje v najnižjem dohodkovnem kvintilu pa še vedno poročajo o večjih neizpolnjenih potrebah kot tisti v najvišjem. Nedavne reforme in naložbe za rešitev te težave še niso prinesle rezultatov. Hkrati težave z dostopom še povečujeta pomanjkanje delovne sile – zlasti v zdravstvenih ustanovah na primarni ravni – in neenakomerna geografska porazdelitev. Po pandemiji potekajo razprave o nadaljnjih reformah za rešitev težav glede primarnega zdravstvenega varstva in delovne sile v zdravstvu.
- Sredstva v okviru načrta Slovenije za okrevanje in odpornost ter kohezijske politike EU bodo namenjena naložbam v zdravljenje nalezljivih bolezni in digitalno preobrazbo zdravstva. Drugo financiranje je namenjeno izboljšanju dostopnosti, učinkovitosti in odpornosti zdravstvenega sistema ter naložbam v zdravstveno opremo.
- Anksiozne in depresivne motnje ter motnje, povezane z uživanjem alkohola in drog, so največje breme za duševno zdravje v Sloveniji. Čeprav Slovenija poroča o manjši razširjenosti duševnih motenj, kot velja za EU kot celoto, obstajajo velike razlike glede na spol in dohodke. Približno sedmina poročanih neizpolnjenih potreb po zdravstveni obravnavi med pandemijo COVID-19 je bila povezana z obravnavo na področju duševnega zdravja. Namen več ukrepov, vključno z Nacionalnim programom duševnega zdravja 2018–2028, je obravnavati neizpolnjene potrebe po obravnavi na področju duševnega zdravja in neenakosti pri dostopu s spodbujanjem prehoda z bolnišnične obravnave na obravnavo v skupnosti in celostno obravnavo.

Ključni viri

Albreht T, et al. (2021), Slovenia: Health system review, Health Systems in Transition, 23(1): i-188.

Health Systems and Policy Monitor (HSPM) – Slovenia (2023). European Observatory on Health Systems and Policies, <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/3197152b-en>.

Sklici

Depression Scorecard (2022), Depression Scorecard – Slovenia. Bratislava, Seesame, <http://www.depressioncare.eu/slovenia.html>.

ECDC et al. (2022), Antimicrobial Resistance in the EU/EEA: a One Health response. Paris, OECD Publishing, <https://www.oecd.org/health/Antimicrobial-Resistance-in-the-EU-EEA-A-One-Health-Response-March-2022.pdf>.

ECDC (2022), Press Release: 35 000 annual deaths from antimicrobial resistance in the EU/EEA. Stockholm, <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/eaad-2022-launch>.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments (2020), Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

European Commission (2018), Adaptation preparedness scoreboard country fiches. Brussels, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52018SC0460&from=EN>.

GHS Index (2021), Global Health Security Index – Slovenia. Washington DC, Global Health Security Index, <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/Slovenia.pdf>.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>.

Ministry of the Environment and Spatial Planning (2018), 7th National Communication & 3rd Biennial Report from Slovenia under the United Nations: Framework Convention on Climate Change. Ljubljana, https://unfccc.int/sites/default/files/resource/453201_Slovenia-BR3-NC-7-1-7NC3BR-EN_v0b%20F.pdf.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: tackling the burden in the European Union. Paris.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Perko D et al. (2019), Health system performance assessment for Slovenia. Ljubljana, Government of Slovenia.

WHO Regional Office for Europe (2020), Looking back, looking forward: rapid assessment of the mental health system in Slovenia. Copenhagen.

Okrajšave držav

Avstrija	AT	Estonija	EE	Islandija	IS	Malta	MT	Romunija	RO
Belgija	BE	Finska	FI	Italija	IT	Nemčija	DE	Slovaška	SK
Bolgarija	BG	Francija	FR	Latvija	LV	Nizozemska	NL	Slovenija	SI
Češka	CZ	Grčija	EL	Litva	LT	Norveška	NO	Španija	ES
Ciper	CY	Hrvaška	HR	Luksemburg	LU	Poljska	PL	Švedska	SE
Danska	DK	Irska	IE	Madžarska	HU	Portugalska	PT		

State of Health in the EU

Zdravstveni profil države 2023

Zdravstveni profili držav so ključni element cikla Evropske komisije o *Stanju zdravja v EU*, tj. projekta posredovanja znanja, ki je bil razvit s finančno podporo Evropske unije.

Ti profili so rezultat sodelovanja med Organizacijo za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) in Evropskim observatorijem za zdravstvene sisteme in politike ob dodatnem sodelovanju Evropske komisije. Analiza, ki temelji na dosledni metodologiji z uporabo kvantitativnih in kvalitativnih podatkov, zajema najnovejše izzive in razvoj zdravstvene politike v vsaki državi EU/EGP.

Izdaja zdravstvenih profilov držav za leto 2023 vsebuje sintezo različnih kritičnih vidikov, med drugim:

- trenutno zdravstveno stanje v državi;
- determinante zdravja s posebnim poudarkom na vedenjskih dejavnikih tveganja;
- strukturo in organizacijo zdravstvenega sistema;
- učinkovitost, dostopnost in odpornost zdravstvenega sistema;
- Prvič v seriji poročilo o stanju duševnega zdravja in s tem povezanih storitvah v državi.

Ključne ugotovitve zdravstvenih profilov držav dopolnjujejo zbirno poročilo Evropske komisije.

Več informacij je na voljo na: ec.europa.eu/health/state

To publikacijo navajajte kot:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),

Slovenija: Zdravstveni profil države 2023, State of Health in the EU,

OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264321717 (PDF)

Series: State of Health in the EU

SSN 25227041 (spletno)