European Commission









State of Health in the EU

Slovenija

Zdravstveni profil države 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Zbirka zdravstvenih profilov držav

Zdravstveni profili držav State of Health in the EU zagotavljajo natančen in za politiko pomemben pregled zdravja in zdravstvenih sistemov v EU/Evropskem gospodarskem prostoru. Poudarjajo posebne značilnosti in izzive v vsaki državi ter primerjave med državami. Cilj je oblikovalcem politike in tistim, ki vplivajo nanjo, ponuditi sredstvo za vzajemno učenje in prostovoljno izmenjavo.

Profile sta skupaj pripravila OECD in European Observatory on Health Systems and Policies 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. POUDARKI 3
2. ZDRAVJE V SLOVENIJI 4
3. DEJAVNIKI TVEGANJA 6
4. ZDRAVSTVENI IZDATKI 7
5. USPEŠNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA 11
   5.1 Učinkovitost 11
   5.2 Dostopnost 14
   5.3 Odpornost 17
6. 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.

Izračunana povprečja EU so tehtana povprečja 27 držav članic, razen če ni navedeno drugače. Ta povprečja EU ne vključujejo Islandije in Norveške.

Ta profil je bil zaključen septembra 2021 na podlagi razpoložljivih podatkov iz konca avgusta 2021.

Demografski in socio-ekonomski kontekst v Sloveniji, 2020

Demografski dejavniki	Slovenija	EU
Število prebivalcev	2 095 861	447 319 916
Delež prebivalcev, starejših od 65 let (v %)	20,2	20,6
Stopnja rodnosti[1] (2019)	1,6	1,5
Socialno-ekonomski dejavniki		
BDP na prebivalca (PKM v EUR[2])	26 414	29 801
Stopnja relativne revščine[3] (v %, 2019)	12,0	16,5
Stopnja brezposelnosti (v %)	5,0	7,1

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. Za EU-27, 2020. 3. Delež ljudi, ki se preživljajo z manj kot 60 % srednje vrednosti ekvivalentnega razpoložljivega dohodka. Vir: Podatkovna zbirka Eurostata.

Izjava o omejitvi odgovornosti: mnenja in argumenti avtorjev v tem dokumentu ne izražajo nujno uradnih stališč OECD ali njegovih držav članic ali European Observatory on Health Systems and Policies ali katerega koli od njegovih partnerjev. Stališča, izražena v tem dokumentu, se nikakor ne smejo obravnavati kot uradno stališče Evropske unije.

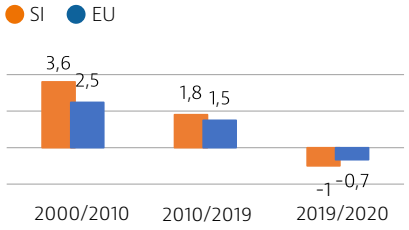
Ta dokument ter vsi podatki in zemljevidi, ki jih vključuje, ne posegajo v status suverenosti nad katerim koli ozemljem, v razmejitev mednarodnih meja in v ime katerega koli ozemlja, mesta ali območja.

Dodatne izjave o omejitvi odgovornosti SZO so bile uporabljene.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Poudarki

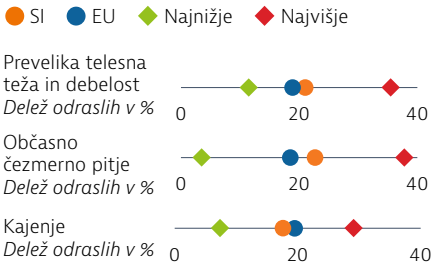
Od leta 2000 se je pričakovano trajanje življenja v Sloveniji opazno podaljšalo, v letu 2020 pa se je zaradi pandemije covid-19 začasno skrajšalo za eno leto. Slovenski zdravstveni sistem zagotavlja skoraj univerzalno pokritost in široko košarico pravic. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima pomembno vlogo pri kritju doplačil, ki se obračunajo za storitve; to zagotavlja tudi precejšnjo finančno zaščito pred neposrednimi plačili. Pandemija je poslabšala ali razgalila slabosti zdravstvenega sistema, vključno s pomanjkanjem delovne sile, dolgimi čakalnimi dobami, starajočimi se bolnišničnimi prostori ter razdrobljeno in nezadostno financirano dolgotrajno oskrbo.



Podaljševanje pričakovanega trajanja življenja, leta

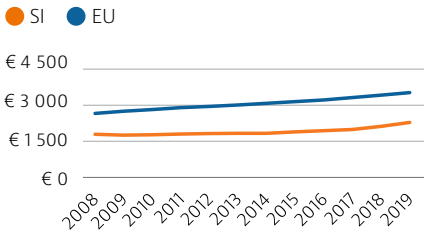
Zdravstveno stanje prebivalstva

Pričakovano trajanje življenja se je podaljšalo za več kot pet let med letoma 2000 in 2019. Vendar pa je v letu 2020 pandemija covid-19 ta trend obrnila: pričakovano trajanje življenja se je z 81,6 leta v letu 2019 skrajšalo na 80,6 leta v letu 2020. Možganska kap, ishemična bolezen srca in pljučni rak so običajno glavni vzroki umrljivosti, leta 2020 pa je največ ljudi umrlo zaradi covid-19.



Dejavniki tveganja

Leta 2018 je imela več kot petina slovenskih mladostnikov prekomerno težo ali so bili debeli. Odrasli in mladostniki zaužijejo več alkohola, kot znaša povprečje v državah EU, pri čemer so k občasnemu čezmernemu pitju precej bolj nagnjeni mladi odrasli moški. V zadnjem desetletju se je razširjenost kajenja zmanjšala med odraslimi in tudi mladostniki, še vedno pa redno kadi več kot šestina odraslih. Skrb vzbujata tudi vse večja priljubljenost in uporaba e-cigaret.



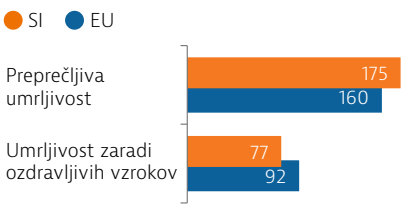
Poraba na prebivalca (EUR PPP)

Zdravstveni sistem

V zadnjih nekaj letih so se zdravstveni izdatki na prebivalca le nekoliko povečali, vendar ostajajo precej nižji od deleža v EU kot celoti in kot poraba, izražena kot delež BDP. Javno financiranje zdravstvenega sistema je leta 2019 pomenilo 73 % zdravstvenih izdatkov. Neposredni izdatki so med najnižjimi v EU, predvsem zaradi široke uporabe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za kritje doplačil.

Učinkovitost

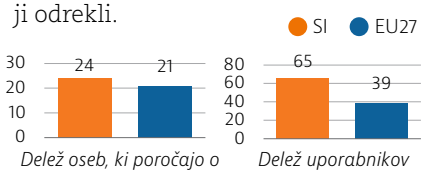
Umrljivost zaradi preprečljivih vzrokov ostaja nad povprečjem EU. Nasprotno je umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov nižja od povprečja EU, kar pomeni, da je zdravstveni sistem na splošno učinkovit pri zagotavljanju oskrbe osebam z morebitno usodnimi boleznimi.



Umrljivost, standardizirana glede na starost, na 100 000 prebivalcev, 2018

Dostopnost

Pred pandemijo covid-19 je bila stopnja neizpolnjenih potreb po medicinski oskrbi nizka, znašala je 2,9 % prebivalstva, glavni razlog za njo so bile čakalne dobe. V letu 2020 je bil zdravstveni sistem preobremenjen zaradi potreb po oskrbi, povezani s covid-19. V prvih 12 mesecih pandemije je približno 24 % prebivalstva poročalo o tem, da so iskali pomoč kasneje ali pa so se ji odrekli.

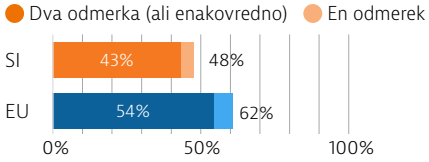


Delež oseb, ki poročajo o odpovedani medicinski obravnavi v prvih 12 mesecih pandemije, v %

Delež uporabnikov posvetovanja na daljavo v prvih 12 mesecih pandemije, v %

Odpornost

Pandemija covid-19 je razkrila več izzivov na področju odpornosti, vključno s pomanjkanjem delovne sile in premalo razvito infrastrukturo za dolgotrajno oskrbo, kar je sprožilo načrtovanje investicij. Slovenija je kampanjo cepljenja pospešila spomladi leta 2021, konec avgusta 2021 je 43 % prebivalstva prejelo dva odmerka cepiva (ali enakovredno enega pri cepivu z enim odmerkom).



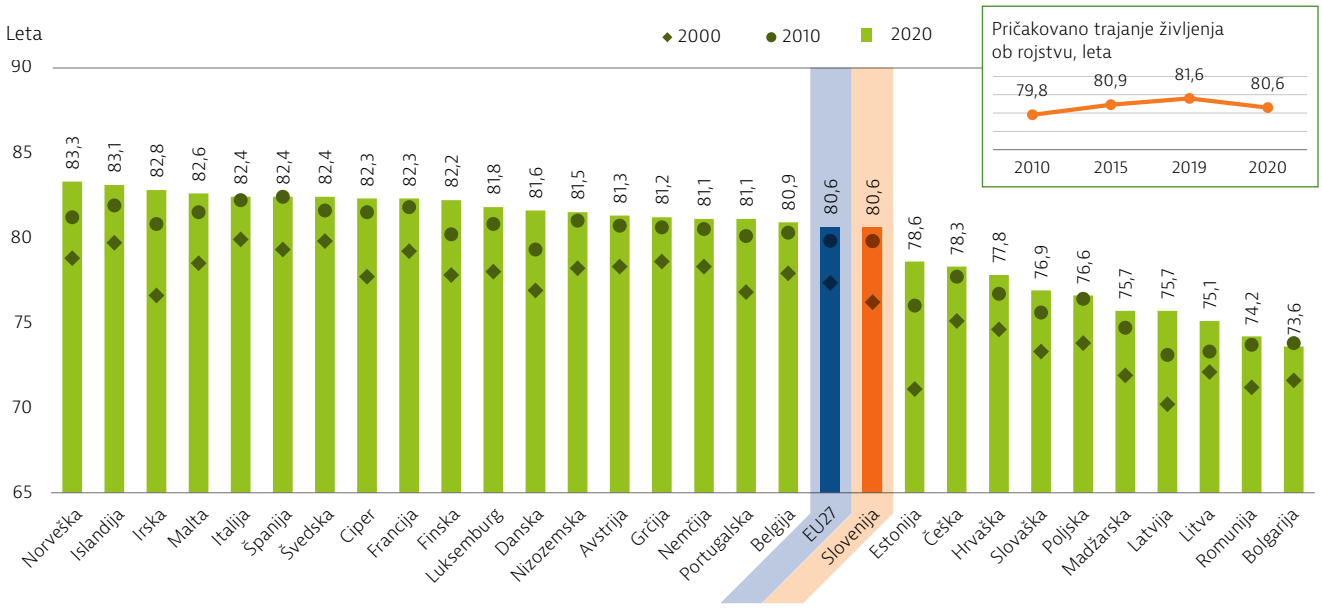
Delež celotnega prebivalstva, cepljenega proti covid-19 do konca avgusta 2021

2 Zdravje v Sloveniji

Po desetletju stabilnega podaljševanja se je pričakovano trajanje življenja leta 2020 skrajšalo za eno leto

Pričakovano trajanje življenja v Sloveniji se je s 76,2 leta v letu 2000 podaljšalo na 80,6 leta v letu 2020 ter je zdaj enako povprečju v EU (slika 1). Po znatnih podaljšanjih v zadnjih dveh desetletjih se je pričakovano trajanje življenja med letoma 2019 in 2020 začasno in opazno skrajšalo za eno leto, in sicer zaradi visoke stopnje umrljivosti zaradi pandemije covid-19 (povprečno skrajšanje pričakovanega trajanja življenja v EU je znašalo skoraj osem mesecev in pol). Razlika v pričakovanem trajanju življenja ob rojstvu med moškimi in ženskami se zmanjšuje od leta 2000. Kljub temu slovenski moški v povprečju živijo 5,6 leta manj kot ženske (77,8 leta v primerjavi s 83,4 leta), kar je enako povprečni razliki v EU.

Slika 1. Pričakovano trajanje življenja v Sloveniji se je leta 2020 skrajšalo za eno leto in je zdaj enako povprečju EU



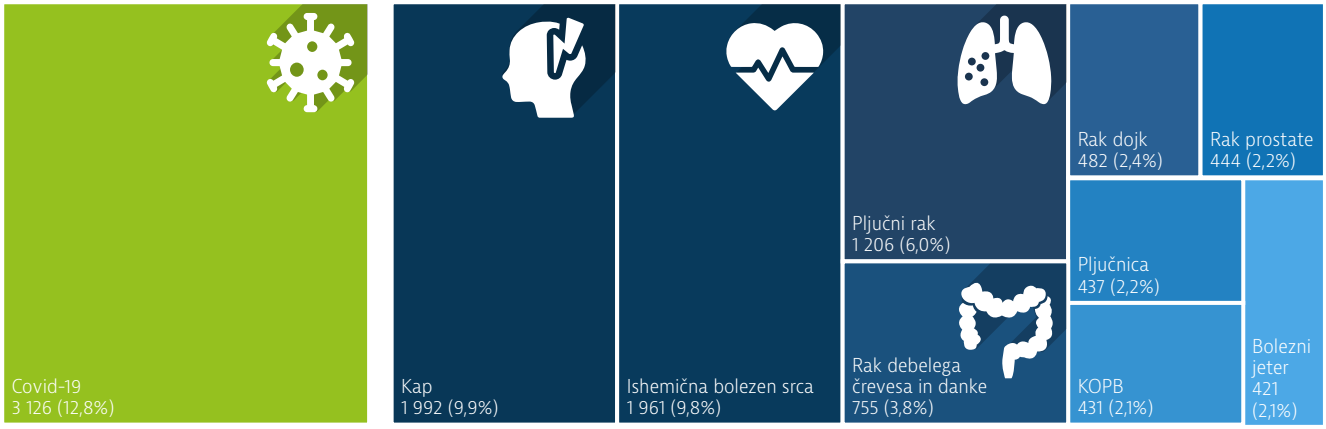
Opomba: povprečje EU je tehtano. Podatki za Irsko se nanašajo na leto 2019.
Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Pred pandemijo so bili glavni vzroki smrti možganska kap, ishemična bolezen srca in pljučni rak

Leta 2018 so bolezni obtočil pomenile 40 % vseh smrti v Sloveniji, sledi rak (33 %). Natančneje, leta 2018 sta bili možganska kap in ishemična bolezen srca glavna vzroka umrljivosti (vsaka je pomenila približno 10 % smrti), sledi pljučni rak (6 %) (slika 2).

Leta 2020 je covid-19 povzročil približno 3 130 smrti v Sloveniji – skoraj 13 % vseh smrti. Do konca avgusta 2021 je bilo zabeleženih še nadaljnjih 1 650 smrti. Večina umrlih je bilo starejših – približno 83 % umrlih zaradi covid-19 je bilo starejših od 75 let. Umrljivost zaradi covid-19 do konca avgusta 2021 je bila v Sloveniji približno 40 % višja od povprečja v državah EU, in sicer 2 280 na milijon prebivalcev v primerjavi s približno 1 590. Širši kazalnik presežne umrljivosti, ki je število umrlih zaradi vseh vzrokov glede na pričakovanja na podlagi prejšnjih let, kaže na to, da je bilo število smrti, neposredno in posredno povezanih s covid-19, v Sloveniji v letu 2020 morda višje. Na splošno je presežna umrljivost med marcem in decembrom 2020 znašala približno 3 940 smrti – kar je približno 26 % več od skupno sporočenega števila smrti zaradi covid-19 (3 130).

Slika 2. Možganska kap in ishemična bolezen srca sta bila glavna vzroka smrti, v letu 2020 pa je največji delež pomenil covid-19



Opomba: število in delež smrti zaradi covid-19 se nanašata na leto 2020, število in delež drugih vzrokov pa na leto 2018. Velikost polja za covid-19 je sorazmerna z velikostjo drugih glavnih vzrokov smrti leta 2018.
Viri: Eurostat (za vzroke smrti leta 2018); Nacionalni inštitut za javno zdravje (za smrti zaradi covid-19 leta 2020, do 53. tedna).

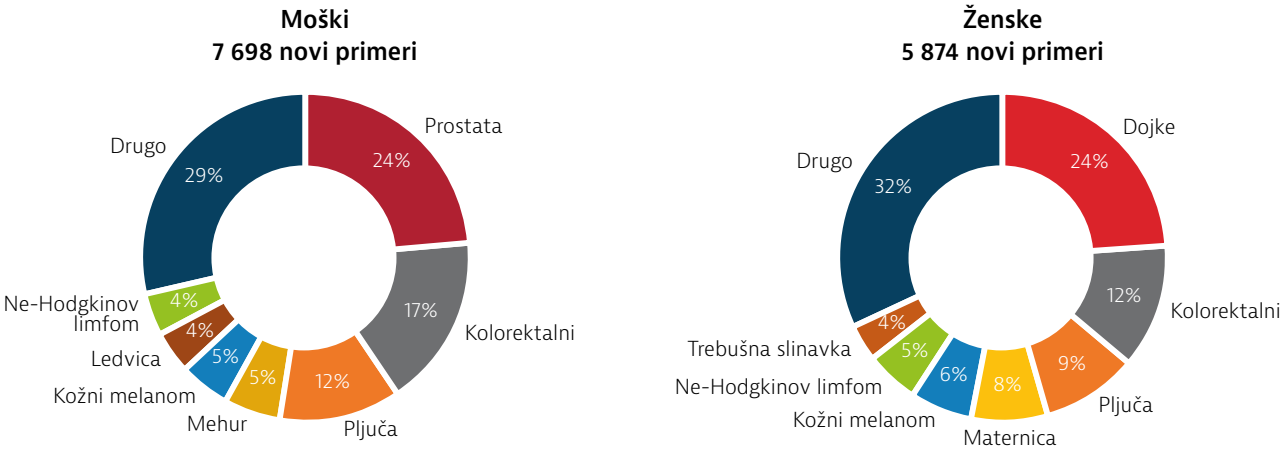
Večina odraslih Slovencev poroča, da so dobrega zdravja, pri čemer so razlike med dohodkovnimi skupinami precejšnje

Leta 2019 sta približno dve tretjini prebivalcev poročali o dobrem zdravju – delež je nekoliko manjši od deleža v EU kot celoti (69 %). Ženske so manj pogosto poročale, da so dobrega zdravja: 63,8 % žensk je svoje zdravje dojemalo kot dobro v primerjavi s skoraj 70 % moških. Poleg tega so osebe z višjimi dohodki v večji meri poročale o dobrem zdravju: 80 % prebivalcev Slovenije v najvišjem dohodkovnem kvintilu je poročalo, da so dobrega zdravja, kar je nekoliko več od povprečja EU (79 %). V najnižjem kvintilu je le 50 % prebivalcev poročalo, da so dobrega zdravja, v primerjavi z 58 % v EU.

Pljučni rak in drugi raki so še naprej vodilni vzrok umrljivosti

Glede na ocene Skupnega raziskovalnega središča, ki temeljijo na trendih incidence v prejšnjih letih, je bilo v Sloveniji leta 2020 pričakovanih približno 13 600 novih primerov raka in približno 6 500 smrti zaradi raka[1]. Slika 3 prikazuje, da so glavne vrste raka pri moških rak prostate (24 %), kolorektalni rak (17 %) in pljučni rak (12 %). Pri ženskah so glavne vrste raka rak dojk (24 %), sledijo kolorektalni rak (12 %), pljučni rak (9 %) in rak maternice (8 %). Pljučni rak pomeni 18 % vseh smrti zaradi raka in je od leta 2000 najpogostejši vzrok smrti zaradi raka.

Slika 4. Breme raka je v Sloveniji večje od povprečja EU za moške in tudi za ženske



Starostno standardizirana stopnja (vsi raki)
SI: 778 na 100 000 prebivalcev
EU: 686 na 100 000 prebivalcev

Starostno standardizirana stopnja (vsi raki)
SI: 493 na 100 000 prebivalcev
EU: 484 na 100 000 prebivalcev

Opomba: nemelanomski kožni rak se ne upošteva; rak maternice ne vključuje raka materničnega vratu.
Vir: ECIS – Evropski informacijski sistem o raku.

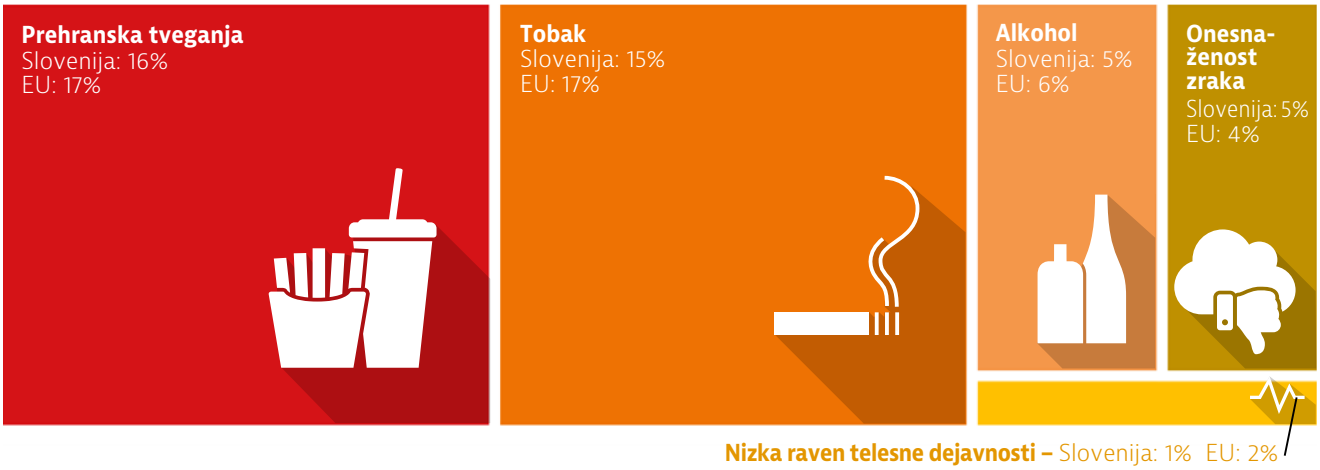
1. Opozoriti je treba, da so bile te ocene narejene pred pandemijo covid-19; to lahko vpliva na stopnjo incidence in stopnjo umrljivosti zaradi raka v letu 2020.

3 Dejavniki tveganja

Več kot tretjina vseh smrti je povezana z vedenjskimi in okoljskimi dejavniki tveganja

Več kot tretjino vseh smrti v Sloveniji leta 2019 je mogoče pripisati vedenjskim dejavnikom tveganja, vključno s kajenjem tobaka, slabo prehrano, uživanjem alkohola in nizko ravnjo telesne dejavnosti, medtem ko okoljski vidiki, kot je onesnažen zrak, prav tako prispevajo k precejšnjemu številu smrti (slika 4). Prehranska tveganja, vključno z majhnim vnosom sadja in zelenjave ter velikim vnosom sladkorja in soli, so bila leta 2019 povezana s 16 % vseh smrti – kar je približno enako povprečju EU. Kajenje tobaka je v Sloveniji po ocenah prispevalo k 15 % vseh smrti, približno 5 % smrti je bilo pripisanih uživanju alkohola, 1 % pa nizki ravni telesne dejavnosti. Onesnažen zrak, že v obliki drobnih delcev ($PM_{2,5}$) in izpostavljenosti ozonu, je v letu 2019 po ocenah povzročil 5 % vseh smrti.

Slika 4. Prehranska tveganja in tobak so v Sloveniji največja vedenjska tveganja



Opomba: skupno število smrti zaradi teh dejavnikov tveganja je manjše od vsote vsakega posameznega, 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 $PM_{2,5}$ in ozonu.
Viri: IHME (2020), svetovna izmenjava podatkov o zdravju (ocene se nanašajo na leto 2019).

Deleža prekomerno težkih in debelih v Sloveniji sta težavi javnega zdravja

Leta 2019 je bilo 19 % odraslih v Sloveniji debelih, kar presega povprečje EU (16 %) (slika 5). Leta 2018 je bila več kot petina (21 %) slovenskih petnajstletnikov pretežkih ali debelih[2], kar je večji delež kot v večini držav EU. V primerjavi z dekleti (16 %) je za fante verjetneje, da bodo pretežki (26 %). Vlada je pripravila celovit in večsektorski Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, s katerim želi izboljšati prehranske navade prebivalstva in njegove navade na področju telesne dejavnosti ter se spoprijeti z debelostjo.

Slaba prehrana je pomemben dejavnik, ki povzroča visoke deleže prekomerno težkih in debelih. Čeprav so se deleži od leta 2014 povečali, je leta 2018 manj kot tretjina petnajstletnikov poročala, da vsak dan zaužijejo kos sadja (31 %) ali porcijo zelenjave (30 %). Odrasli zaužijejo več sadja in zelenjave kot mladostniki, leta 2019 je več kot polovica odraslih vsak dan uživala sadje in zelenjavo. Nizka raven telesne dejavnosti prav tako prispeva k prekomerni teži in debelosti. Odrasli v Sloveniji so telesno dejavnejši od odraslih v večini držav članic EU, vendar leta 2014 več kot četrtina odraslih ni izpolnjevala priporočil SZO v zvezi z vsaj 2,5-urno zmerno do visoko intenzivno telesno dejavnostjo vsak teden. Leta 2018 je približno šestina petnajstletnikov poročala o vsaj 60-minutni zmerni telesni dejavnosti vsak dan, pri čemer je bil delež fantov (24 %) precej večji od deleža deklet (11 %).

Kajenje med najstniki je zdaj nižje od povprečja EU

Delež odraslih v Sloveniji, ki kadijo vsak dan, se je od začetka tega stoletja zmanjšal in leta 2019 znašal 18 %, kar je nekoliko manj od povprečja EU. Zmanjšal se je tudi delež petnajstletnikov, ki kadijo. V primerjavi z letom 2014, ko je delež znašal 22 %, jih je leta 2018 16 % poročalo, da so v preteklem mesecu kadili – kar je nekoliko manj od povprečja EU. So pa vse bolj priljubljene e-cigarete, kar vzbuja skrb: 10 % petnajst- in šestnajstletnikov v Sloveniji je leta 2019 poročalo, da kadijo e-cigarete, čeprav je delež manjši od povprečja EU (14 %). Leta 2020 je začel veljati nov zakon o enotni embalaži za tobačne izdelke, da bi se odpravilo

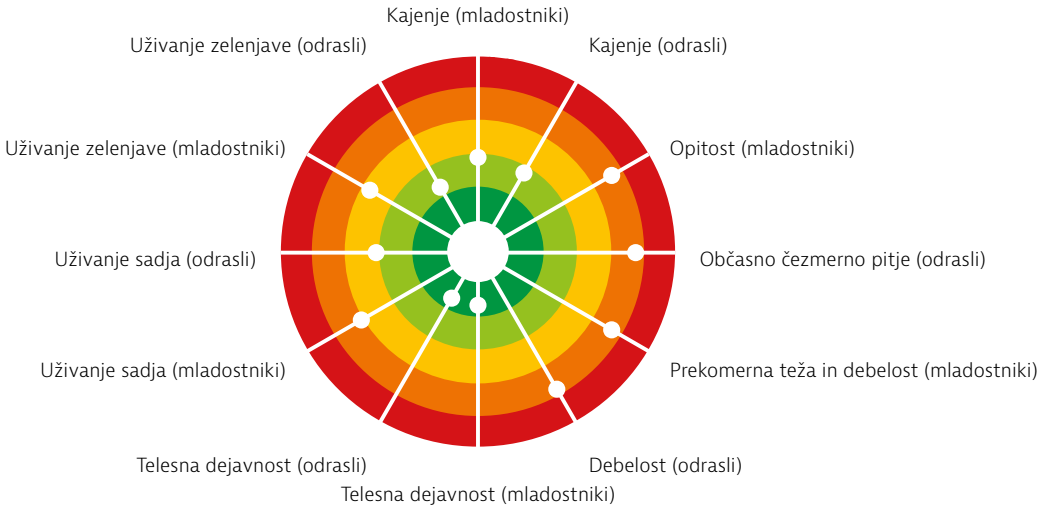
2. Iz nacionalne ocene iz leta 2015 izhaja, da se je delež otrok in mladostnikov, ki so prekomerno težki ali so debeli, od leta 2010 zmanjšal (Regionalni urad SZO za Evropo, 2016).

posredno oglaševanje in poudarila zdravstvena tveganja, povezana s kajenjem (glej oddelek 5.1).

Stopnja uživanja alkohola je visoka, zlasti med najstniki in odraslimi moškimi

Čeprav je stopnja uživanja alkohola med odraslimi v zadnjem desetletju sorazmerno nespremenjena, je leta 2019 skoraj četrtina (23 %) odraslih v Sloveniji poročala o občasnem čezmernem pitju alkohola[3] vsaj enkrat na mesec, kar je nad povprečjem EU (19 %). Tako kot pri stopnjah kajenja tudi tu obstaja opazna razlika med spoloma: moški v Sloveniji so dvakrat pogosteje (31 %) poročali o čezmernem občasnem pitju alkohola kot ženske (15 %). Čeprav so se v zadnjih dveh desetletjih stopnje čezmernega pitja alkohola med mladostniki znižale, je leta 2018 več kot četrtina (27 %) petnajstletnikov poročala, da so bili v življenju že najmanj dvakrat pijani. Ta delež je večji od deležev v večini držav EU (povprečje EU znaša 22 %). Kljub izboljšanju ti deleži dodatno izpostavljajo potrebo po okrepljenem spodbujanju zdravega življenjskega sloga med mladostniki.

Slika 5. Debelost in čezmerno uživanje alkohola med mladostniki ostajata pomembna dejavnika tveganja



Opomba: bližje kot je točka sredini, uspešnejša je država v primerjavi z drugimi državami EU. Nobena država ni v belem središču, ker so izboljšave možne v vseh državah na vseh področjih.
Viri: izračuni OECD na podlagi ankete HBSC iz obdobja 2017–2018 glede dejavnikov pri mladostnikih; ter zdravstveni statistični podatki OECD, EU-SILC 2017 in EHIS 2014 in 2019 glede dejavnikov pri odraslih.

4 Zdravstveni izdatki

Socialno-zdravstveno zavarovanje zagotavlja en sam plačnik

Slovenija ima sistem obveznega socialno-zdravstvenega zavarovanja in enega samega javnega zavarovatelja – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) –, ki zagotavlja skoraj univerzalno pokritost. Sistem je financiran predvsem s prispevki za socialno-zdravstveno zavarovanje, splošna obdavčitev na nacionalni in občinskih ravneh pa zagotavlja še en skromen vir javnega financiranja. Tri zasebne zavarovalnice zagotavljajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki se večinoma uporablja za kritje doplačil, zaračunanih za široko paleto javno financiranih zdravstvenih storitev, opredeljenih v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Bolnišnična dejavnost je centralizirana, primarna zdravstvena dejavnost pa decentralizirana

Zdravstveni sistem v Sloveniji je sorazmerno centraliziran, kar se kaže tudi v obvladovanju pandemije covid-19 (okvir 1). Ministrstvo za zdravje je odgovorno za načrtovanje in upravljanje, država pa ima v lasti skoraj vse zmogljivosti bolnišnic, največji delež specialističnih ambulant in celoten sektor zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni. Zdravstveni svet ministrstvu svetuje glede politik, ocene zdravstvenih tehnologij ter uvedbe novih terapij in diagnostičnih postopkov. Občine so odgovorne za organizacijo primarne zdravstvene dejavnosti. Bolnišnično oskrbo pacientov zagotavlja 30 – večinoma javnih – bolnišnic. Od leta 2014 večino javnozdravstvenih storitev zagotavljata Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH).

3. *Občasno čezmerno pitje je opredeljeno kot zaužitje šestih ali več alkoholnih pijač v enem dogodku pri odraslih.*

Okvir 1. Nova vlada je spremenila ureditve upravljanja za obvladovanje pandemije covid-19

Ves čas pandemije se je odziv na covid-19 usklajeval na nacionalni ravni. 12. marca 2020 je slovenska vlada aktivirala predhodno obstoječ načrt za odzivanje na pandemijo iz leta 2016. Načrt, ki je temeljil na smernicah SZO, ni zajemal vseh ukrepov, potrebnih za ustrezen odziv na pandemijo; vendar pa je lahko vlada z njegovo aktivacijo vsak dan izvajala nove ukrepe. Vlada je oblikovala tudi posebno svetovalno komisijo, sestavljeno iz strokovnjakov za nalezljive bolezni, pulmologov, mikrobiologov in strokovnjakov za javno zdravje/epidemiologov. NIJZ je med krizo deloval tudi kot svetovalno telo.

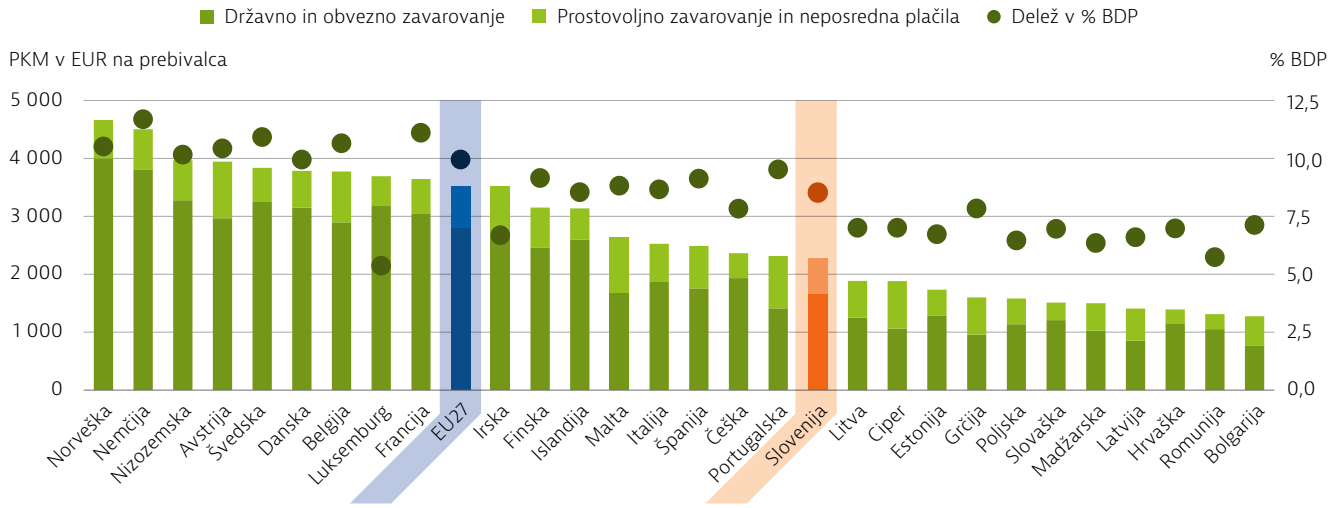
13. marca 2020, po odstopu predsednika vlade, je mandat prevzela nova vlada in uvedla spremembe v načrt za obvladovanje pandemije. Oblikovana je bila nova strokovna svetovalna skupina pod vodstvom zdravnikov, ki se je osredotočila predvsem na preprečevanje preobremenjenosti bolnišničnega sistema. V poznejših mesecih se je vloga strokovnjakov za javno zdravje okrepila.

Vir: covid-19 Health System Response Monitor.

Kljub vse večjim javnim izdatkom so precejšnji tudi zasebni izdatki

Skladno s splošno gospodarsko rastjo so se zdravstveni izdatki v Sloveniji med letoma 2014 in 2019 povečali. Zdravstveni izdatki na prebivalca so se s 1 828 EUR leta 2014 povečali na 2 283 EUR leta 2019, skupni zdravstveni izdatki kot delež BDP pa so znašali 8,5 % (slika 6). Leta 2019 so bili zdravstveni izdatki na prebivalca in kot delež BDP v Sloveniji višji kot v sosednjih Hrvaški in Madžarski, a nižji od povprečja za EU kot celoto.

Slika 6. Zdravstveni izdatki so se povečali, a so nižji od povprečja EU



Opomba: povprečje EU je tehtano.
Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2021 (podatki se nanašajo na leto 2019, razen za Malto na leto 2018).

Delež javnih izdatkov za zdravstvo se je rahlo povečal, in sicer z 71,1 % skupnih zdravstvenih izdatkov leta 2014 na 72,8 % leta 2019 (delež v EU kot celoti je znašal 79,7 %). Povečali so se tudi zdravstveni izdatki kot delež skupnih javnih izdatkov, in sicer z 12 % leta 2014 na 14 % leta 2019. V istem obdobju se je skupno zasebno financiranje za zdravstvo (vključno za prostovoljno zdravstveno zavarovanje) nekoliko zmanjšalo, a s 27,2 % skupnih zdravstvenih izdatkov leta 2019 ostaja precej nad povprečjem EU, ki znaša 20,3 %.

Izredne razmere zaradi covid-19 so leta 2020 spodbudile tudi dodatna finančna sredstva za podporo zdravstvenemu sektorju in sektorju dolgotrajne oskrbe. Vlada je prevzela odgovornost za nabavo potrebne medicinske in zaščitne opreme, tehnologije in zdravil za vse javnozdravstvene zavode. Poleg tega je zdravstvena blagajna v celoti krila vsa testiranja in del posledičnih s covid-19-povezanih hospitalizacij in zdravstvenih posegov (glej oddelek 5.2).

Ker prostovoljno zdravstveno zavarovanje zagotavlja veliko pokritost, je neposrednih doplačil malo

Več kot 95 % prebivalcev, ki bi morali storitve doplačevati, ima sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki krije visoke ravni neposrednih izdatkov za doplačila. Tistim, ki si ne morejo privoščiti celotnega stroška tega zavarovanja, so na voljo subvencije. Posledično prostovoljno zdravstveno zavarovanje pomeni več kot polovico zasebnih izdatkov v Sloveniji, leta 2019 pa je pomenilo 15,6 % skupnih zdravstvenih izdatkov. To je največ v EU in pomeni hitro naraščajoč delež skupnih zdravstvenih izdatkov (leta 2017 je znašal 14 %).

Neposredna plačila so glavni vir zasebnega zdravstvenega financiranja v Sloveniji: z 12 % skupnih zdravstvenih izdatkov leta 2019 so med najnižjimi v Evropi (povprečje EU znaša 15 %) in so se od leta 2014 znižala za en odstotek (oddelek 5.2).

Zdravstveni sistem Slovenije zagotavlja skoraj univerzalno pokritost za celovit seznam storitev

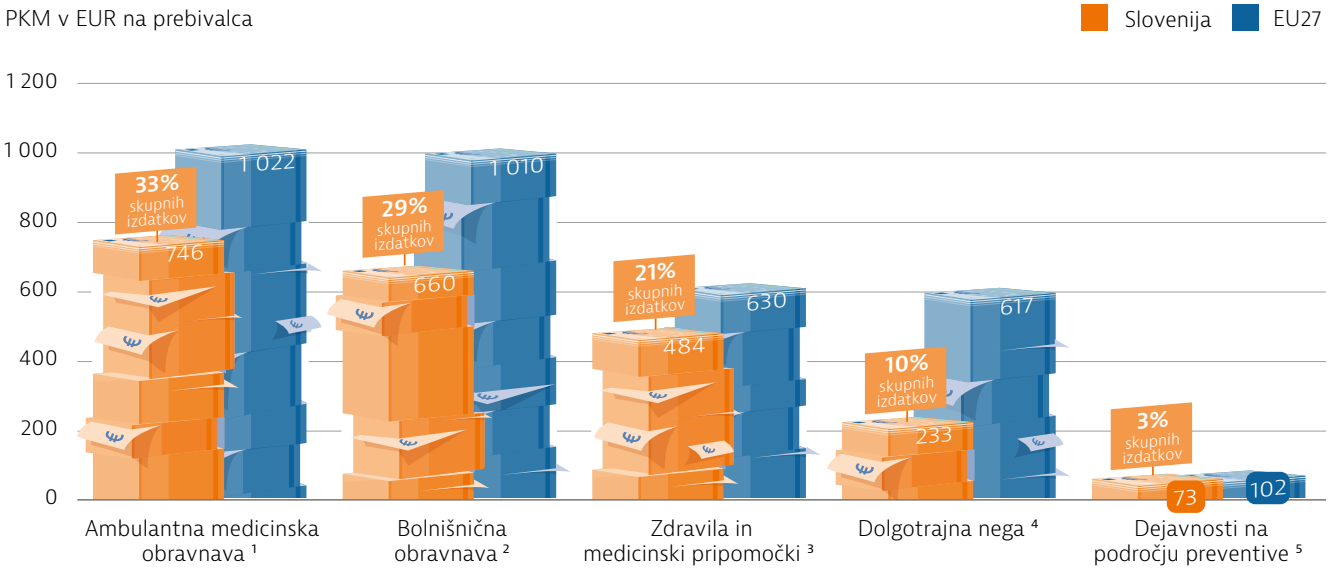
Več kot 99 % vseh stalnih prebivalcev je vključenih v sistem obveznega socialno-zdravstvenega zavarovanja (glej oddelek 5.2). Košarica pravic vključuje storitve na primarni, sekundarni in terciarni ravni, zdravila, medicinske pripomočke, nadomestilo za bolniško odsotnost nad 30 dni in nekaj potnih stroškov do zdravstvenih ustanov. Popolna pokritost je zagotovljena za obširen seznam storitev, vključno s tistimi, povezanimi z rakom, nalezljivimi boleznimi, načrtovanjem družine, nujno oskrbo, zdravstveno nego v bolnišničnih/bivalnih okoljih (kot so domovi za starejše in druge socialnovarstvene ustanove) ter otroki/študenti do 26. leta starosti. Pri drugih storitvah se stroški delijo, in sicer med 10 % in 90 % stroškov, večino teh morebitnih stroškov pa krije prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Čeprav so se izdatki za ambulantno obravnavo povečali, ostaja podpora za širše storitve dolgotrajne oskrbe omejena

Glavni kategoriji zdravstvenih izdatkov leta 2019 sta bili ambulantna in bolnišnična obravnava (slika 7), ki sta pomenili skoraj dve tretjini skupnih zdravstvenih izdatkov (62 %). Od leta 2010 so finančne spodbude pospešile preusmeritev z bolnišnične na ambulantno obravnavo; to je med letoma 2010 in 2019 povzročilo znižanje izdatkov za bolnišnično obravnavo za približno tri odstotne točke in zvišanje izdatkov za ambulantno obravnavo za 5,5 odstotne točke.

Zdravstvena komponenta izdatkov za dolgotrajno oskrbo je leta 2019 znašala 233 EUR na prebivalca (prilagojeno za razlike v kupni moči) ali 10,2 % skupnih zdravstvenih izdatkov, kar je precej manj od stopnje za EU kot celoto (617 EUR in 16,3 %). Za nekatere kategorije dolgotrajne oskrbe je na voljo več denarnih prejemkov, kot je pomoč na domu pri vsakodnevnih dejavnostih, vendar skupno ne zadostujejo za plačilo pomembne potrebne storitve, zlasti v okviru doma ali skupnostnih ustanovah za oskrbo. Nov zakon vlade o dolgotrajni oskrbi, ki določa merila za upravičenost in konsolidira urejanje storitev, je bil parlamentu predložen leta 2021. Slovenija je leta 2019 v primerjavi z EU kot celoto (2,9 %) za preventivo namenila višji odstotek skupnih zdravstvenih izdatkov (3,2 %), vendar manj na prebivalca (73 EUR v primerjavi s 102 EUR).

Slika 7. Ambulantna obravnava v Sloveniji pomeni največji delež zdravstvenih izdatkov



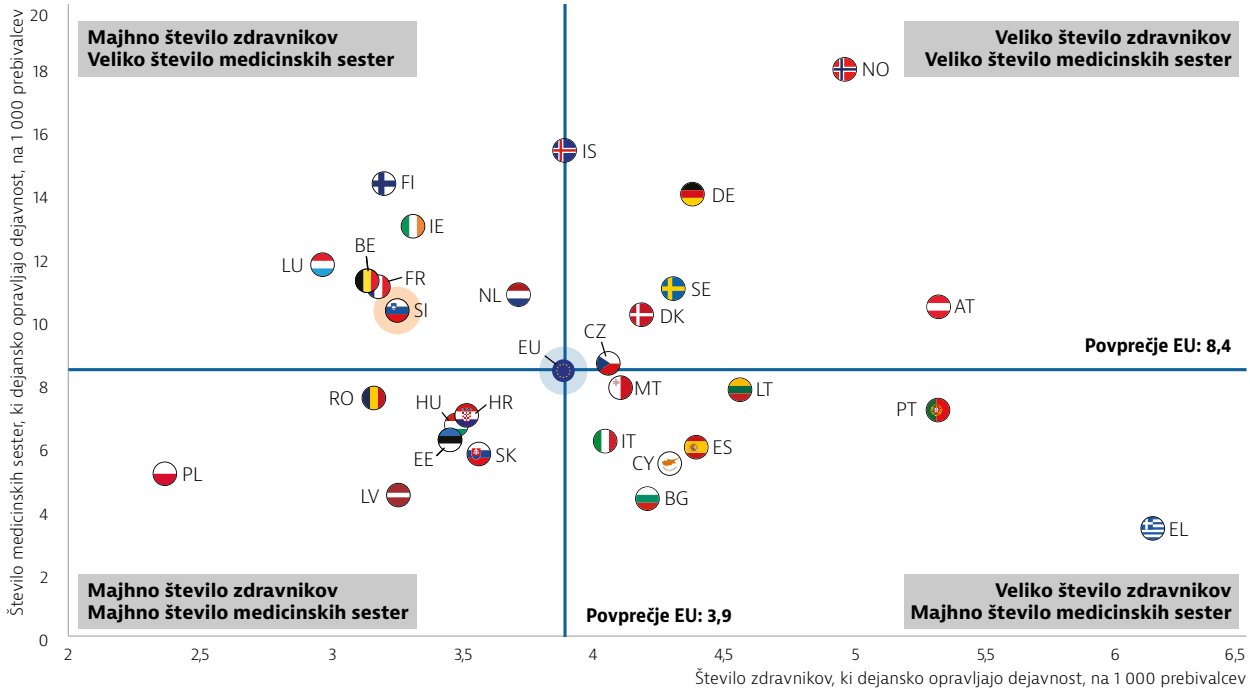
Opomba: stroški zdravstvene administracije niso vključeni. 1. Vključuje oskrbo na domu in pomožne storitve (npr. prevoz bolnikov). 2. Vključuje kurativno-rehabilitacijsko oskrbo v bolnišnicah in drugih ustanovah. 3. Vključuje le ambulantni trg. 4. Vključuje le zdravstveno komponento. 5. Vključuje le izdatke za organizirane preventivne programe. Povprečje EU je tehtano.
Viri: zdravstveni statistični podatki OECD 2021, podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2019).

Število zdravnikov je majhno, o vlogi medicinskih sester poteka razprava

Kljub prizadevanjem za povečanje števila osebja ostaja število zdravnikov v Sloveniji pod povprečjem EU, in sicer je leta 2019 znašalo 3,3 zdravnika na 1 000 prebivalcev (slika 8), od tega je skoraj petina zdravnikov družinske medicine. Število strokovnjakov/strokovnjakinj za zdravstveno nego (10,3 medicinske sestre na 1 000 prebivalcev) je večje od povprečja EU (8,4 na 1 000 prebivalcev). Vendar v primeru Slovenije število vključuje diplomirane medicinske sestre (35 % vseh) in poklicno usposobljene „zdravstvene tehnike/medicinske sestre" (65 %).

V zadnjih letih sta v Sloveniji sestava in vloga strokovnjakov/strokovnjakinj za zdravstveno nego postali predmet javne razprave. Zaradi razmeroma majhnega števila zdravnikov je bilo leta 2019 na diplomirane medicinske sestre prenesenih več del in nalog, zlasti na primarni ravni. Ker je teh strokovnjakinj premalo, so zdravstveni tehniki/medicinske sestre prevzeli odgovornosti, ki so formalno v pristojnosti diplomiranih medicinskih sester. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije si zato prizadeva za usposabljanje več diplomiranih medicinskih sester. Vendar je zbornica predlog, da bi se zdravstvenim tehnikom/medicinskim sestram ob izpolnjevanju določenih meril omogočilo pridobivanje posebne licence, po kritikah in nasprotovanju različnih deležnikov umaknila. Majhno število zdravstvenih delavcev je bilo za Slovenijo pri odzivanju na pandemijo covid-19 velik izziv (glej oddelek 5.2).

Slika 8. Slovenija ima manj zdravnikov, kot je povprečje EU, a več medicinskih sester



Opomba: povprečje EU ni tehtano. Podatki za Portugalsko in Grčijo vključujejo vse zdravnike z dovoljenjem za opravljanje dejavnosti, zaradi česar je ocena števila zdravnikov, ki dejansko opravljajo dejavnost, močno previsoka (npr. za približno 30 % na Portugalskem). Ocena števila medicinskih sester v Grčiji je prenizka, saj vključuje le tiste, ki delajo v bolnišnicah. Za Slovenijo število vključuje diplomirane medicinske sestre in poklicno usposobljene zdravstvene tehnike/medicinske sestre.
Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2019 ali najbližje leto).

Zdravstveni domovi so središče usklajevanja oskrbe

Primarno zdravstveno dejavnost večinoma zagotavlja mreža zdravstvenih domov na ravni skupnosti, ki so v lasti in upravljanju občin. Pacienti si izberejo osebnega zdravnika, ki deluje kot vstopna točka do specialistične obravnave. Ambulantna specialistična obravnava se izvaja v javnih in zasebnih bolnišnicah, zdravstvenih domovih (nekatere storitve), zasebnih specialističnih ambulantah in zdraviliščih. Za terciarno obravnavo so pacienti napoteni v klinike in specializirane ustanove.

V zadnjem desetletju je bilo izvedenih več pobud za okrepitev usklajevanja in integracije oskrbe.

Leta 2011 so „referenčne ambulante" (preimenovane v „ambulante družinske medicine") uvedle nove preventivne storitve in usklajevanje oskrbe pacientov s stabilnimi kroničnimi boleznimi. V ta namen so se diplomirane medicinske sestre pridružile ekipam za družinsko medicino, naloge pa so bile z zdravnikov prenesene na medicinske sestre. Leta 2021 več kot 90 % ambulant družinske medicine deluje v skladu s tem novim modelom. Poleg tega novi modeli centrov za krepitev zdravja, uvedeni leta 2017, prinašajo veliko več integriranih javnozdravstvenih ukrepov in storitev primarnega zdravstvenega varstva za zmanjšanje z življenjskih slogom povezanih dejavnikov tveganja v zvezi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (glej oddelek 5.1).

5 Uspešnost zdravstvenega sistema

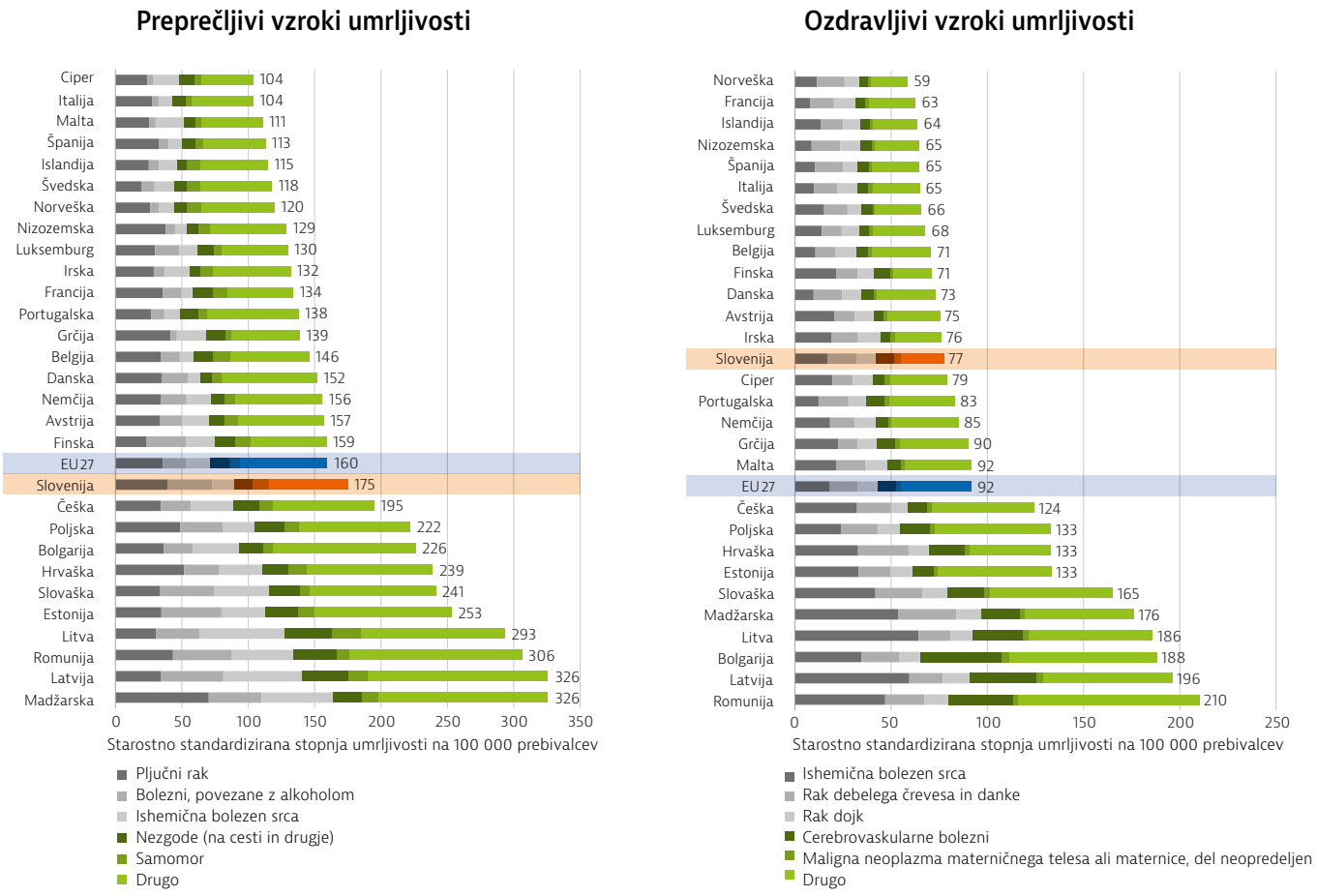
5.1 Učinkovitost

Umrljivost zaradi preprečljivih in ozdravljivih vzrokov se še naprej počasi zmanjšuje

Od leta 2011 se je stopnja preprečljive umrljivosti znižala za približno 9 %. K temu pozitivnemu trendu so prispevale različne pobude, ki obravnavajo težave, kot so kajenje, uživanje alkohola, prehrana in telesna dejavnost. Vendar pa s 175 umrlih na 100 000 prebivalcev preprečljiva umrljivost v Sloveniji ostaja višja od stopnje v EU kot celoti (slika 9). Pljučni rak in bolezni, povezane z alkoholom, so skupaj glavni vzroki, ki so leta 2018 pomenili 45 % vseh smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti. Povečanje števila ambulant družinske medicine in novih centrov za krepitev zdravja bo po pričakovanjih izboljšalo presejalne programe, svetovanje, cepljenje in boljše usklajevanje oskrbe. Do zdaj je v okviru največjih zdravstvenih domov začelo delovati 25 centrov za krepitev zdravja. Poleg teh je bilo ustanovljenih 20 skupnostnih centrov za duševno zdravje (10 za odrasle in 10 za otroke) za spodbujanje bolj v skupnost usmerjenega pristopa do duševnega zdravja.

Podobno se od leta 2011 stalno znižuje stopnja ozdravljivih vzrokov umrljivosti. S stopnjo 77 umrlih na 100 000 prebivalcev leta 2018 je Slovenija še naprej precej pod povprečjem za EU kot celoto. Glavni vzroki za te smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti zlasti z učinkovitimi ukrepi zdravstvenega varstva, so ishemična bolezen srca (22 %) in kolorektalni rak (19 %) ter rak dojk in cerebrovaskularna bolezen (možganska kap) – vsaka pomeni 13 %.

Slika 9. Preprečljivi vzroki umrljivosti so nad povprečjem EU, ozdravljivi vzroki pa pod njim



Opomba: preprečljiva umrljivost je opredeljena kot smrt, ki se ji je večinoma mogoče izogniti z ukrepi javnega zdravja in primarne preventive. Umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov je opredeljena kot smrt, ki se ji je večinoma mogoče izogniti z ukrepi zdravstvenega varstva, vključno s presejalnimi programi in zdravljenjem. Polovico vseh smrti zaradi nekaterih bolezni (npr. ishemična bolezen srca in cerebrovaskularna bolezen) je mogoče pripisati preprečljivi umrljivosti; drugo polovico je mogoče pripisati ozdravljivim vzrokom. Oba kazalnika se nanašata na prezgodnjo umrljivost (pred 75. letom). Podatki temeljijo na revidiranih seznamih OECD/Eurostata.
Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2018, razen za Francijo na leto 2016).

Politike na področju nadzora nad tobakom vključujejo uvedbo enotne embalaže za cigarete leta 2020

Glavni vzrok preprečljive umrljivosti je pljučni rak, ki pomeni 22 % vseh smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti (glej sliko 9). Parlament je leta 2017 sprejel celovito zakonodajo o nadzoru nad tobakom, ki v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih ter v vseh vozilih v navzočnosti mladoletnih oseb prepoveduje kajenje in uporabo elektronskih cigaret. Zakonodaja prepoveduje vse oblike oglaševanja cigaret (tudi e-cigaret) in drugih tobačnih izdelkov, vključno s prepovedjo razstavljanja na vseh prodajnih mesti. Sistem izdaje dovoljenj za prodajalce tobaka in povezanih izdelkov, uveljavljen leta 2018, predvideva stroge kazni za kršitve predpisov, vključno z odvzemom dovoljenja v primeru prodaje izdelkov mladoletnim osebam ali kršitve prepovedi oglaševanja.

Zakon je s 1. januarjem 2020 uvedel tudi enotno embalažo za cigarete in tobak. Ta ukrep je bil deležen precej nasprotovanja poslancev in tobačne industrije. Kljub temu so bili predlogi za odlog izvajanja zakona v parlamentarnem postopku zavrnjeni na ravni odbora, in sicer na podlagi dokazov NIJZ, NVO, ki so dejavne na področju tobačne preventive, in javnih izjav vodilnih strokovnjakov SZO. Zakonodaja je začela v celoti veljati januarja 2020.

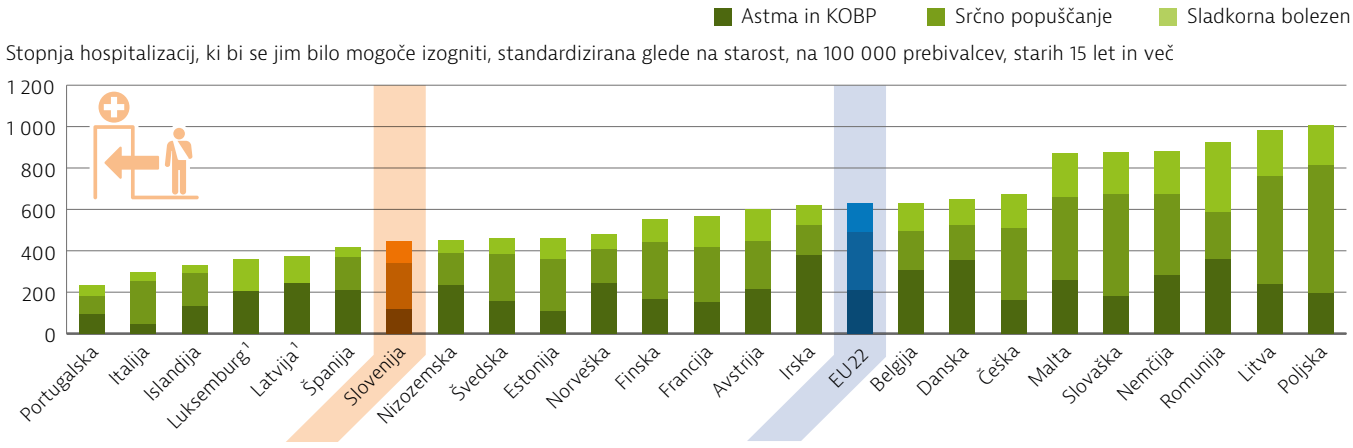
Precepljenost proti gripi še naprej narašča, a ostaja precej pod povprečjem EU

Stopnja precepljenosti proti gripi med starejšimi od 65 let se je od leta 2016 nekoliko povečala. Vendar pa Slovenija z le 19-odstotno precepljenostjo leta 2019 ostaja precej pod povprečjem EU, ki znaša 42 %. Delno je razlog za to nizko zavedanje o tveganjih, povezanih z gripo, med starejšo populacijo, delno pa dejstvo, da cepivo ni bilo brezplačno. Do sezone gripe 2019/2020 je strošek cepiva za rizične skupine kril sistem zdravstvenega zavarovanja, a so morali pacienti plačati samo aplikacijo cepiva. Da bi spodbudili cepljenje, država od leta 2020 tem skupinam v celoti povrne vse stroške. Poleg tega je bilo v sezoni 2020/2021 cepljenje proti gripi brezplačno za vse slovenske državljane, da bi še bolj povečali precepljenost in preprečili sočasno obolevanje zaradi gripe in covid-19.

Primarno zdravstveno varstvo je razmeroma učinkovito pri preprečevanju hospitalizacij, ki bi se jim bilo mogoče izogniti

V Sloveniji se stopnje hospitalizacij zaradi kroničnih bolezni, kot sta astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), v zadnjem desetletju na splošno zmanjšujejo in so med najnižjimi v EU (slika 10). Slovenija je imela leta 2019 za astmo in KOPB četrto najnižjo stopnjo v EU (119 hospitalizacij na 100 000 prebivalcev), in sicer za Italijo, Portugalsko in Estonijo. To kaže na precejšnjo učinkovitost sistema primarne zdravstvene dejavnosti, kjer novi modeli, kot so ambulante družinske medicine, zagotavljajo bolj usklajeno kronično oskrbo za ciljne skupine in tudi preventivne storitve za celotno populacijo (glej oddelek 4).

Slika 10. V Sloveniji so hospitalizacije, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, pod povprečjem EU



Opomba: 1. Podatki za srčno popuščanje niso na voljo v Latviji in Luksemburgu.
Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2021 (podatki se nanašajo na leto 2019 ali najbližje leto).

Kakovost oskrbe pri raku se izboljšuje

Glede na podatke programa CONCORD se je petletna stopnja preživetja pri raku prostate, raku dojk, raku materničnega vratu, raku debelega črevesa in danke ter pljučnem raku od obdobja 2000–2004 postopno izboljšala, skoraj vse osebe, ki jim je bila diagnoza postavljena med letoma 2010 in 2014, so presegle ali

dosegle povprečja EU (slika 11). To kaže boljšo kakovost zaradi več učinkovitih terapij in presejalnih programov. Več podpore za spodbujanje presejalnih programov za raka je na voljo prek evropskega načrta za boj proti raku, ki je bil uveden februarja 2021 in je osredotočen na štiri ključna področja ukrepanja: preventiva, zgodnje odkrivanje, diagnoza in zdravljenje ter izboljšanje kakovosti življenja (Evropska komisija, 2021).

Slika 11. Petletna stopnja preživetja pri pogostih oblikah raka je nad povprečjem EU ali blizu njega



Rak na prostati
Slovenija: 85 %
EU23: 87 %

Rak dojk
Slovenija: 84 %
EU23: 82 %

Rak materničnega vratu
Slovenija: 66 %
EU23: 63 %

Rak debelega črevesa in danke
Slovenija: 62 %
EU23: 60 %

Pljučni rak
Slovenija: 15 %
EU23: 15 %

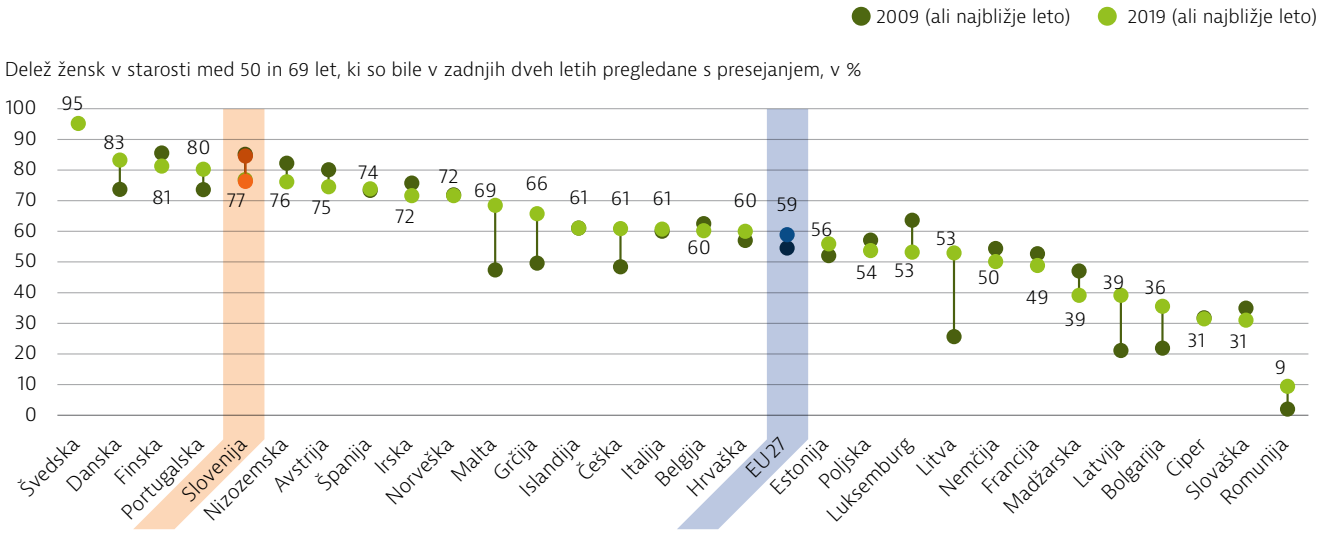
Opomba: podatki se nanašajo na osebe, ki jim je bila diagnoza postavljena med letoma 2010 in 2014. Otroška levkemija se nanaša na akutno limfoblastno levkemijo.
Vir: program CONCORD, Londonska šola za higieno in tropsko medicino.

Slovenija je kljub znižanju stopnje presejanja za raka dojk pred pandemijo ostala nad povprečjem EU

Od leta 2000 poteka več presejalnih programov za raka, vključno z zgodnjim odkrivanjem raka materničnega vratu od leta 2001, raka debelega črevesa in danke od leta 2008 in raka dojk (najprej kot pilotni program) od leta 2008. Od takrat so regije druga za drugo uvedle presejanje za raka dojk in leta 2019 je bila dosežena 77-odstotna pokritost žensk v starosti med 50 in 69 let[4]. Stopnje presejanja za raka dojk v Sloveniji so zdaj višje od stopenj v sosednjih državah, kot sta Hrvaška in Madžarska, ter nad povprečjem EU (slika 12).

Marca 2020 so bili zaradi izbruha covid-19 odpovedani vsi nenujni ambulantni pregledi in elektivne operacije. To pomeni, da se začasno niso izvajale niti preventivne dejavnosti na področju oskrbe pri raku, vključno s presejanjem za raka, ki se je ponovno začelo izvajati jeseni 2020. Čeprav se je onkološko zdravljenje nadaljevalo, je ocena klinične dejavnosti v programih za raka pokazala precejšen upad števila napotitev na onkološko obravnavo aprila 2020 in posledično stalno naraščanje maja 2020 (Zadnik et al., 2020); zadnji podatki raziskave, ki zajemajo celo leto, kažejo, da je število napotitev zaradi raka dojk, raka materničnega vratu in kolorektalnega raka v primerjavi z letom 2019 rahlo upadlo.

Slika 12. V presejalnem programu za raka dojk sodeluje več žensk, kot je povprečje EU



Opomba: povprečje EU ni tehtano. Za večino držav podatki temeljijo na presejalnih programih in ne raziskavah. Podatki za Slovenijo so le za posamezni leti –2010 (le ena pilotna regija) in 2019. Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2021 in podatkovna zbirka Eurostata.

4. *Stopnja presejanja je bila leta 2019 nižja kot leta 2010 (izhodiščno leto za Slovenijo), ker je v izbrani regiji v pilotnem programu najprej sodelovalo več žensk. Približno deset let je trajalo, da se je dosegla popolna regionalna pokritost. Po pričakovanjih bodo podatki za leto 2021– tri leta po doseženi popolni regionalni pokritosti –, ko bodo na voljo, izkazali višje stopnje presejanja.*

5.2 Dostopnost

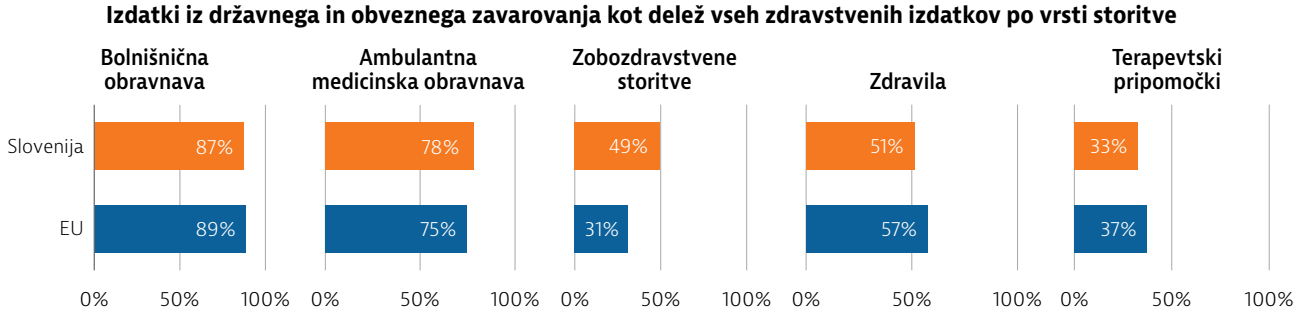
Pri nekaterih marginaliziranih skupinah prebivalstva vztrajajo manjše razlike v pokritosti

Slovenija ima skoraj univerzalno pokritost prebivalstva za stalne prebivalce (glej oddelek 4). Manj kot 1 % prebivalstva ni krit, predvsem marginalizirane skupine, ki ne morejo izpolnjevati uradne zahteve glede prebivališča, da bi bile upravičene do socialno-zdravstvenega zavarovanja, na primer migranti brez urejenega statusa in etnične manjšine, vključno z Romi. Poleg tega niso kriti podjetniki, katerih podjetja so v stečaju, ker ne morejo plačati socialnih prispevkov. Izvedena so bila različna prizadevanja za obravnavo upravnih ovir do dostopa. Na primer, vlada je predstavila način, kako bi lahko brezdomne osebe pridobile stalno prebivališče; če se to upošteva, država krije njihove prispevke za zdravstveno zavarovanje.

Obstaja precejšnja odvisnost od dopolnilnega zavarovanja za kritje visoke stopnje delitve stroškov

Slovenija ponuja celovito košarico pravic (glej oddelek 4) in zagotavlja javno financiranje storitev, ki je večinoma na ravni povprečja EU, razen za ambulantno in zobozdravstveno obravnavo, za katero socialno-zdravstveno zavarovanje zagotavlja večji delež javnega financiranja, kot je povprečje EU (slika 13). Vendar pa se število storitev, ki so v celoti finančno krite, postopoma zmanjšuje, pri čemer se neomejena delitev stroškov giblje med 10 % in 90 % cene storitev. Zato ima približno 95 % prebivalcev, ki bi morali doplačevati storitve, sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje in plačujejo pavšalno premijo za kritje teh ureditev za delitev stroškov. Revnejšim gospodinjstvom, ki prejemajo socialne prejemke (približno 100 000 oseb), vlada zagotavlja subvencionirane premije. Preostalih 5 %, za katere premija za prostovoljno zdravstveno zavarovanje finančno ni dosegljiva, hkrati pa niso upravičeni do socialnih prejemkov, zelo verjetno doživlja višje ravni neizpolnjenih potreb zaradi stroškov kot preostanek prebivalstva.

Slika 13. Delež javnega financiranja ambulantne in zobozdravstvene obravnave je večji od povprečja EU

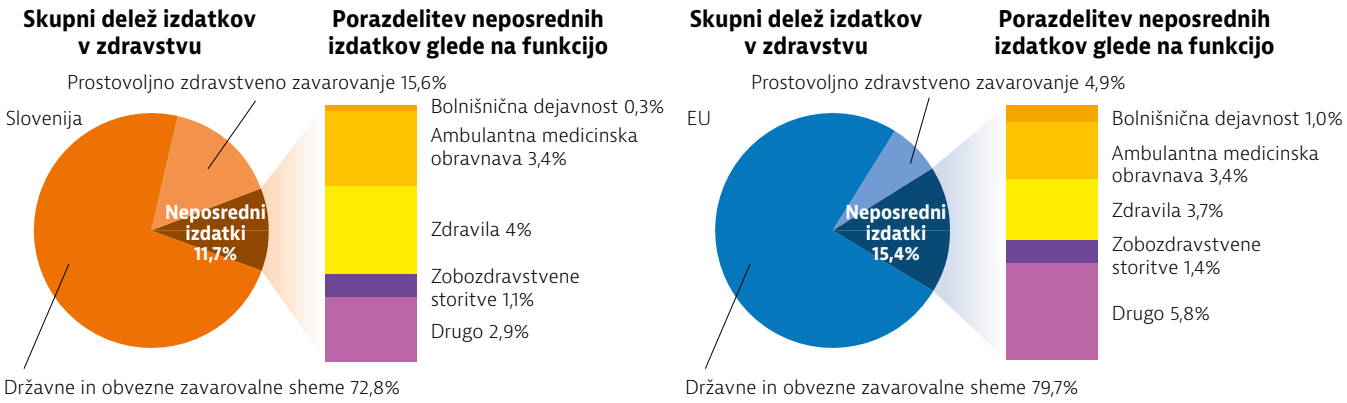


Opomba: ambulantne zdravstvene storitve se nanašajo predvsem na storitve, ki jih v ambulantnem sektorju zagotavljajo zdravniki splošne medicine in zdravniki specialisti. Zdravila vključujejo zdravila na recept in zdravila brez recepta ter medicinske netrajne izdelke. Terapevtski pripomočki se nanašajo na pripomočke za vid, slušne aparate, invalidske vozičke in druge medicinske pripomočke.
Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2021 (podatki se nanašajo na leto 2019 ali najbližje leto).

Neposredni izdatki so med najnižjimi v Evropi

Ker večino zdravstvenih storitev in zdravil krijeta obvezno socialno-zdravstveno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ima Slovenija peto najnižjo stopnjo neposrednih izdatkov za zdravstvo v EU – 11,7 % skupnih zdravstvenih izdatkov v primerjavi s 15,4 % v EU kot celoti leta 2019 (slika 14). Neposredni izdatki se nanašajo na neposredna plačila za storitve, ki ne spadajo v obvezno košarico pravic, in delitev stroškov za storitve, ki jih delno krije javno ali zasebno zavarovanje. Neformalna plačila, na primer ponudnikom neformalne oskrbe, prav tako vplivajo na razpoložljiv dohodek gospodinjstev. Približno tretjina neposrednih plačil je povezana z zdravili (34 % neposrednih izdatkov leta 2019), sledi ambulantna obravnava (29 %).

Slika 14. Zdravila in ambulantna obravnava pomenijo tri petine neposrednih izdatkov



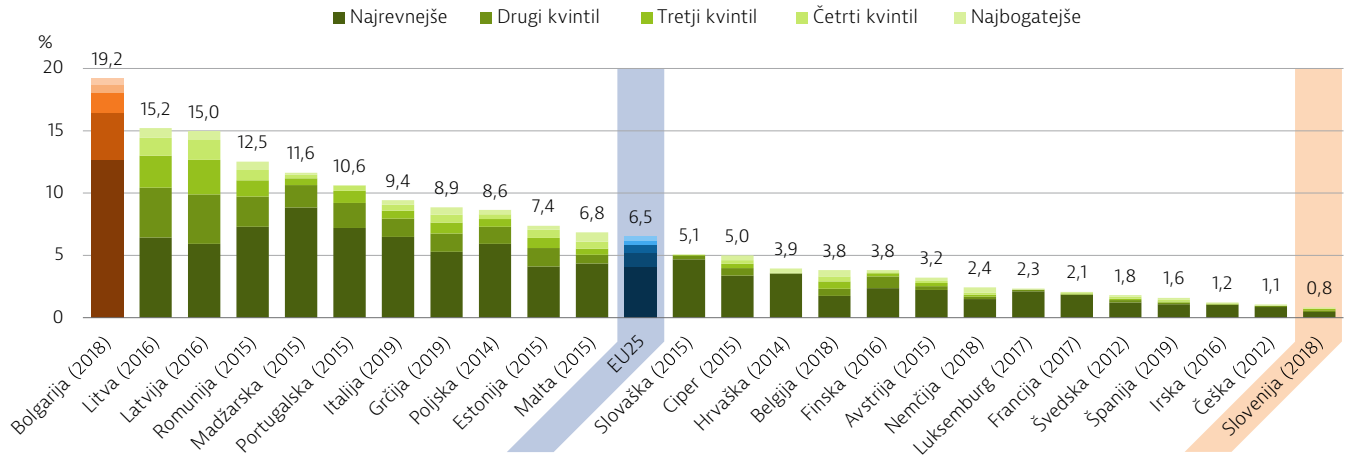
Opomba: povprečje EU je tehtano. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje vključuje tudi druge prostovoljne predplačniške sheme.
Viri: zdravstveni statistični podatki OECD 2021; podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2019).

Vzpostavljeni so ukrepi za zaščito pred katastrofičnimi izdatki

Vzpostavljene so izjeme za tiste, ki ne zmorejo kriti neposrednih plačil, vključno z državnimi subvencijami za doplačila za zdravila vojnih veteranov, zapornikov in oseb brez dohodka.

Prebivalci Slovenije so imeli z 0,8 % leta 2018 najnižjo stopnjo katastrofičnih izdatkov[5], povezanih z zdravjem, v primerjavi z drugimi evropskimi državami (slika 15). Kljub temu, kot v drugih državah EU, imajo več kot polovico teh katastrofičnih izdatkov najrevnejša gospodinjstva.

Slika 15. Slovenija ima najnižjo stopnjo katastrofičnih zdravstvenih izdatkov v EU



Opomba: povprečje EU ni tehtano.
Vir: podatki Regionalnega urada SZO za Evropo, 2021.

Samoporočane neizpolnjene potrebe po medicinski in zobozdravstveni oskrbi so posledica dolgih čakalnih dob

Pred pandemijo covid-19, tj. leta 2019, je 2,9 % prebivalcev Slovenije poročalo o neizpolnjenih potrebah po medicinski oskrbi zaradi stroškov, oddaljenosti ali čakalnih dob, kar je bilo nad povprečjem za EU kot celoto (1,7 %). Vendar je razlika v neizpolnjenih potrebah med dohodkovnimi skupinami zanemarljiva. Skladno z nizkimi stopnjami neposrednih in katastrofičnih izdatkov države ter gosto mrežo izvajalcev so dolge čakalne dobe edini pomemben dejavnik, ki je vzrok za neizpolnjene zdravstvene potrebe.

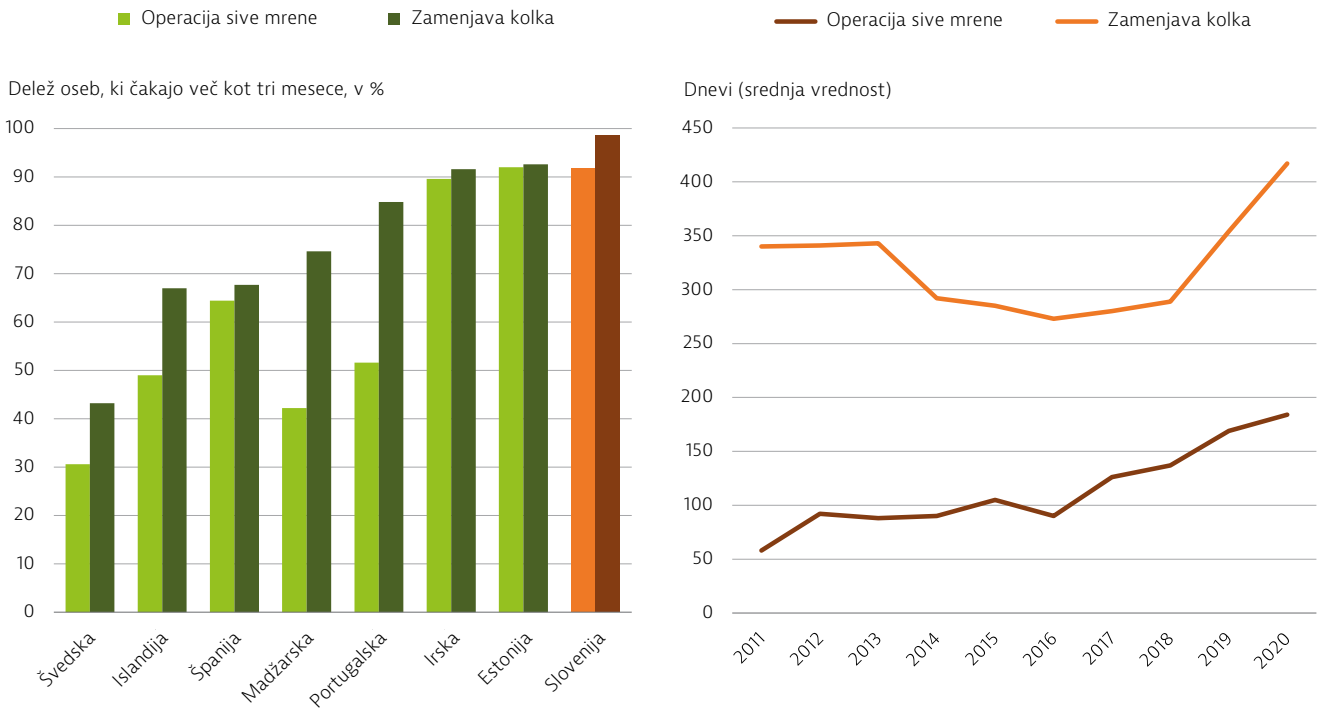
Čakalne dobe za elektivne (nenujne) posege so v Sloveniji dolge. Leta 2020 je moralo 92 % pacientov na seznamu za operacijo sive mrene na obravnavo čakati več kot tri mesece, 99 % pacientov pa je moralo več kot tri mesece čakati na zamenjavo kolka (slika 16).

5. *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).*

To je veliko večji delež kot v večini drugih držav EU. Leta 2018 je vlada za skrajševanje čakalnih dob namenila dodatna finančna sredstva, vzpostavljeni pa so tudi načrti za zagotovitev finančnih spodbud izvajalcem. Za razliko od večine držav EU so razlike v neizpolnjenih potrebah med skupinami z višjimi in nižjimi dohodki minimalne, in sicer verjetno zato, ker čakalne dobe veljajo za vse dohodkovne skupine v sistemu, kjer ni veliko dopolnilnih zasebnih alternativ (glej oddelek 4).

Ravni neizpolnjenih potreb po zobozdravstveni oskrbi so višje od tistih po medicinski oskrbi, in sicer 3,7 % leta 2019 (v primerjavi z 2,8 % v EU), in sicer se gibljejo med 4,0 % v najnižjem dohodkovnem kvintilu in 3,3 % v najvišjem. Tako kot pri medicinski oskrbi so neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi posledica zlasti dolgih čakalnih dob, saj je 3,4 % Slovencev to navedlo kot glavni razlog.

Slika 16. Čakalne dobe za elektivne operativne posege so v Sloveniji dolge in se še podaljšujejo



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2021.

Covid-19 je okrnil dostop do oskrbe, vse večja uporaba spletnih storitev ali posvetovanj na daljavo pa je pripomogla k izboljšanju dostopnosti

Med marcem in majem 2020 so bili začasno ustavljeni vsi preventivni ukrepi, zobozdravstvene storitve in nenujni ambulantni pregledi – razen onkoloških storitev in storitev, povezanih s pregledi nosečnic –, da bi se ohranilo dovolj kapacitet za obravnavo pandemije covid-19. Kljub ponovnemu izvajanju storitev je 24 % Slovencev poročalo, da so imeli v prvih 12 mesecih pandemije covid-19 nekaj neizpolnjenih potreb po medicinski oskrbi (povprečje EU je znašalo 21 %) (Eurofound, 2021)[6]. Nacionalni podatki za prvih sedem mesecev leta 2020 kažejo, da se je število pregledov pri zdravnikih družinske medicine zmanjšalo za več kot 30 %, število načrtovanih elektivnih ortopedskih posegov pa za več kot 40 %, pri čemer se trenda nadaljujeta tudi v letu 2021. Zmanjšalo se je tudi število odpustov iz bolnišnice in ambulantnih specialističnih storitev. Nasprotno pa leta 2020 ni bilo sprememb pri splošni uporabi storitev na področju onkologije, dialize ali nujne kardiološke oskrbe.

Hkrati so bila uporabljena orodja za e-zdravje, da bi se ohranil dostop do storitev med pandemijo in olajšala kontinuiteta zdravstvenih storitev. E-recepti so zdaj prevladujoča metoda izpolnjevanja receptov v Sloveniji (leta 2020 je njihov delež znašal 96 % vseh izdanih receptov). V prvih 12 mesecih pandemije je približno 64 % Slovencev poročalo o prejemu recepta po spletu ali telefonu, 65 % pa se jih je po spletu ali telefonu posvetovalo z zdravniškim osebjem (Eurofound, 2021). To je precej več od povprečja EU, ki znaša 53 % za recepte in 38 % za posvetovanja. Spletna posvetovanja (npr. po elektronski pošti) ZZZS zdaj tudi priznava in zdravnikom plačuje zanje.

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

Slovenija zagotavlja sorazmerno dober dostop do zdravil

Obvezno socialno-zdravstveno zavarovanje krije zdravila, ki so na pozitivni in vmesni listi ZZZS, vendar le do najvišje cene, ki jo določi ZZZS. Izdelki na pozitivni listi so kriti bodisi v celoti ali 70-odstotno; kritje izdelkov na vmesni listi znaša le do 10 % cene. Pacienti, ki jim je bil predpisan izdelek z višjo ceno, kot jo je določil ZZZS, lahko bodisi doplačajo razliko ali prejmejo generični izdelek brez doplačila. Predpisovanje generičnih zdravil je pomemben dejavnik učinkovitosti in lahko prebivalstvu izboljša dostop do zdravil.

V Sloveniji je delež trga generičnih zdravil po obsegu stalno naraščal, in sicer z 42 % leta 2009 na 53 % leta 2019, kar je nad povprečjem držav EU, za katere so podatki na voljo (49 %). Slovenija je tudi podpisnica izjave iz Vallette, tj. mednarodnega sodelovanja, katerega namen je izboljšati stroškovno učinkovitost in zmanjšati neenakosti pri dostopu do zdravil. Glavni cilji njenih farmacevtskih politik so skladni z novo evropsko strategijo za zdravila, sprejeto novembra 2020 (Evropska komisija, 2020).

5.3 Odpornost

Ta oddelek o odpornosti se osredotoča zlasti na posledice pandemije covid-19 in odziv nanjo[7]. Kot je navedeno v oddelku 2, je pandemija covid-19 v Sloveniji močno vplivala na zdravje prebivalcev in umrljivost, med januarjem 2020 in avgustom 2021 je bilo zabeleženih približno 4 780 smrti zaradi covid-19. Ukrepi za zajezitev pandemije so prizadeli tudi gospodarstvo. Slovenski BDP je leta 2020 upadel za 6 %, kar je enako povprečju EU.

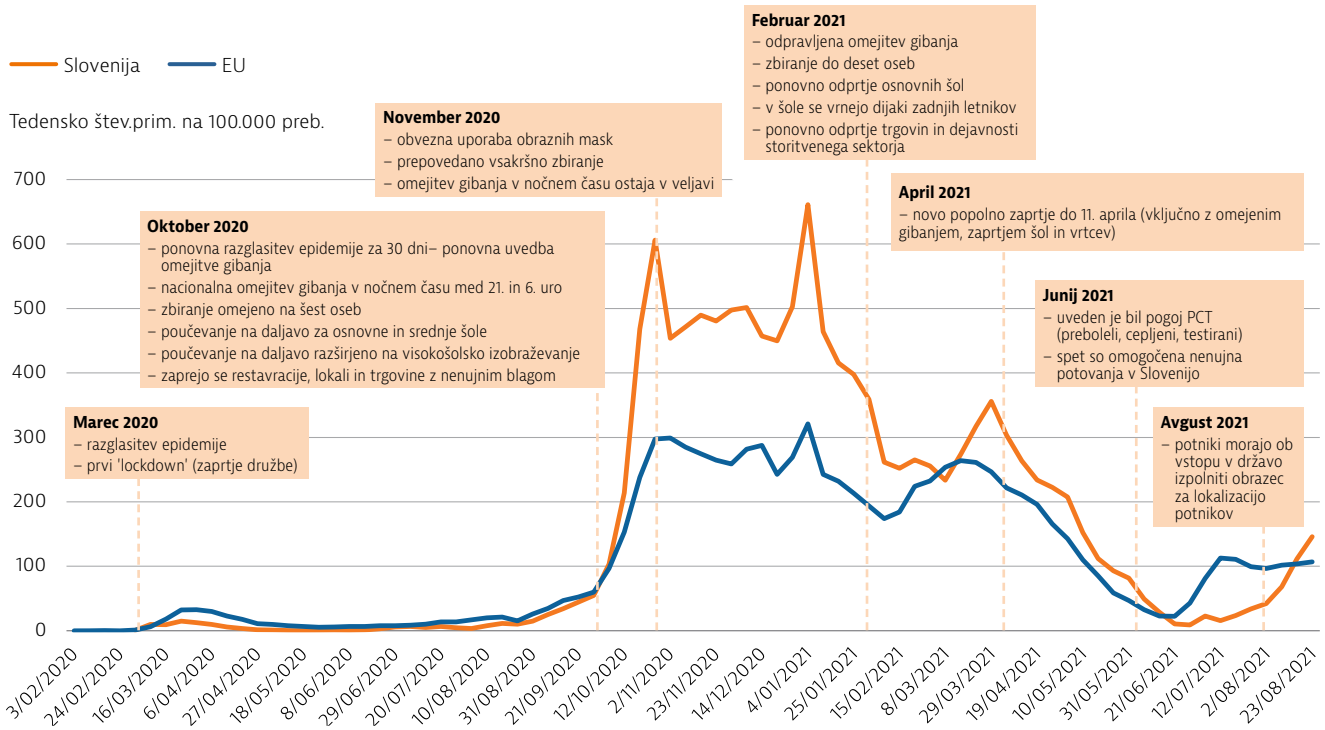
Slovenija je zgodaj ukrepala za preprečevanje širjenja covid-19

Prvi primer covid-19 so v Sloveniji zabeležili na začetku marca 2020. Zaradi povečanja števila pozitivnih primerov je vlada 12. marca covid-19 razglasila za epidemijo, s čimer je aktivirala načrt pripravljenosti na pandemijo, sledila je vrsta ukrepov za zajezitev virusa. Najprej je to vključevalo zaprtje vrtcev, šol in univerz, restavracij, hotelov, kinematografov in frizerskih salonov, odprte so ostale le trgovine z nujnimi življenjskimi izdelki. Konec marca je vlada uvedla nov obseg ukrepov, vključno z omejitvijo gibanja znotraj občine prebivališča (z izjemami, kot je odhod v službo in prihod iz nje).

Po zmanjšanju števila aktivnih okužb s covid-19 aprila 2020 je vlada postopoma odpravila omejitve zaradi zaprtja in sredi maja uradno razglasila konec izrednih razmer zaradi epidemije, še vedno pa so bile obvezne maske v zaprtih prostorih. Število pozitivnih primerov je začelo počasi in vztrajno naraščati avgusta, oktobra pa je Slovenija doživela drugi val okužb s covid-19, kar je povzročilo razglasitev novih izrednih razmer zaradi epidemije in drugo zaprtje (slika 17). Do konca oktobra 2020 je bila ponovno vzpostavljena večina omejitev iz prvega zaprtja, kot so omejeno gibanje, nacionalna omejitev gibanja v nočnem času ter zaprtje izobraževalnih ustanov in restavracij. Na začetku leta 2021 je število primerov končno začelo upadati, zaradi vrhunca dnevnih primerov konec marca 2021 pa je bilo razglašeno tretje, strogo zaprtje za dva tedna. Zaprtje je prineslo želeni rezultat, saj se je število primerov začelo zmanjševati, omejitve pa so bile posledično odpravljene, vključno z odprtjem šol, vrtcev in restavracij. Junija 2021 se je Slovenija odprla za potnike za poletno počitniško sezono. Varnostne zahteve so vključevale obvezno testiranje na covid-19, dokazilo o cepljenju ali dokazilo o preboleli bolezni pred prihodom.

7. V tem okviru je bila odpornost zdravstvenega sistema opredeljena kot zmožnost priprave na pretrese, njihovo obvladovanje (absorbirati, prilagoditi se in se preobraziti) in se iz njih učiti (strokovna skupina EU za ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov, 2020).

Slika 17. Slovenijo sta drugi in tretji val covid-19 močno prizadela



Opomba: povprečje EU (kot ga je izračunal OECD) ni tehtano (število držav, uporabljenih za povprečje, se razlikuje glede na teden).
Viri: ECDC za primere covid-19 in avtorji za ukrepe za zajezitev.

Načrt pripravljenosti na pandemijo je bil hitro uveden

Slovenija se je najprej učinkovito odzvala na pandemijo covid-19. Na podlagi okvira Mednarodnega zdravstvenega pravilnika[8] je država pred pandemijo poročala o nadpovprečnih rezultatih za vrsto kazalnikov samoporočane zmožnosti zaznavanja in obvladovanja tveganj za javno zdravje, vključno z zakonodajo in financiranjem, laboratorijsko zmogljivostjo, nadzorom, okvirom za izredne razmere na področju zdravja in točkami vstopa. Vendar pa je Slovenija v zvezi z razpoložljivostjo človeških virov in sporočanjem tveganj dosegla rezultat, nižji od povprečja EU (slika 18). Načrt za odzivanje na pandemijo je bil vzpostavljen marca 2020, a je bil deležen kritik, ker je bil namenjen epidemiji gripe in ni vključeval vseh ukrepov, potrebnih za izbruh covid-19. Bolj pozitiven vidik je bil, da so laboratoriji v državi zaloge reagentov pripravili že pred začetkom pandemije, kar je pomenilo, da pri testiranjih s testi PCR ni prihajalo do ozkih grl.

Slika 18. Slovenija je imela na več področjih zmogljivosti v zvezi z izrednimi razmerami v javnem zdravju nadpovprečne rezultate



Opomba: povprečje EU ni tehtano.
Vir: Mednarodni zdravstveni pravilnik SZO (podatki se nanašajo na leto 2019).

8. Od leta 2005 Mednarodni zdravstveni pravilnik določa krovni pravni okvir, ki opredeljuje pravice in obveznosti držav pri obvladovanju dogodkov in izrednih razmer na področju javnega zdravja. V skladu z Mednarodnim zdravstvenim pravilnikom morajo vse države članice pripraviti javnozdravstvene zmogljivosti za preprečevanje, odkrivanje in ocenjevanje tveganj za javno zdravje ter odzivanje nanje. Postopek spremljanja statusa izvajanja Mednarodnega zdravstvenega pravilnika vključuje oceno 13 ključnih zmogljivosti z vprašalnikom za samooceno.

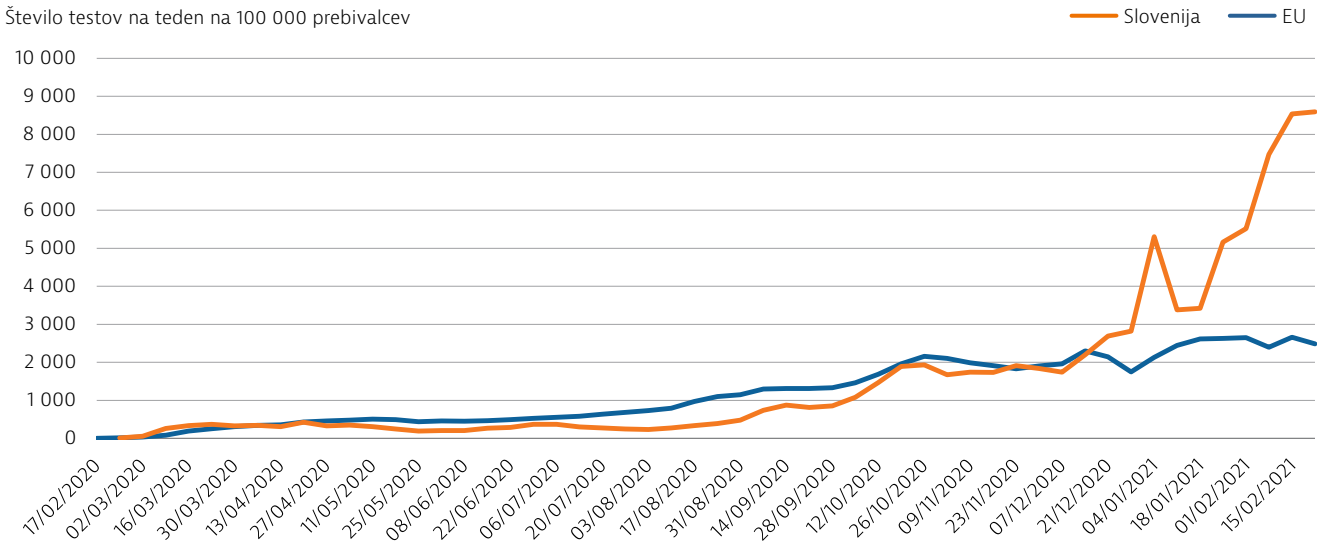
Za odpravo obstoječega pomanjkanja zdravstvenih delavcev so bile uporabljene različne politike

V Sloveniji je število zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester (glej oddelek 4) nizko. Pandemija je pomenila velik izziv, ki je pokazal preobremenjenost zdravstvenih delavcev in včasih nižjo kakovost oskrbe. Posledično so bili zdravniki na specialističnem usposabljanju pozvani k zagotavljanju storitev, potrebnih za obravnavo pacientov s covid-19, študenti medicine pa so odgovarjali na klice na namensko brezplačno telefonsko številko. Oktobra 2020 je država z začasno premestitvijo zdravstvenih delavcev na bolj prizadeta delovišča omogočila reševanje večjih delovnih obremenitev zaradi covid-19. Za nadomestilo so bili vsi premeščeni zdravstveni delavci upravičeni do 20-odstotnega dodatka k plači. Zdravstveni delavci, ki so delali v posebej tveganih razmerah, so bili med razglašenimi izrednimi razmerami zaradi epidemije upravičeni do 65 odstotkov višje urne postavke (med marcem in majem 2020 ter oktobrom 2020 in junijem 2021). Posebni dodatki so bili med pandemijo izplačani tudi zdravstvenim delavcem z dodatnimi delovnimi obremenitvami ter tistim, ki so v bolnišnicah in domovih za starejše delali s pacienti s covid-19. Čeprav so bile za obravnavo pomanjkanja zdravstvenih delavcev izvedene različne pobude, je kriza izpostavila potrebo po dolgoročnejših naložbah za povečanje zmogljivosti delovne sile v Sloveniji.

Kampanja prostovoljnega in brezplačnega hitrega testiranja se je začela konec decembra 2020

V Sloveniji so teste na covid-19 opravljali trije nacionalni laboratoriji. Na začetku pandemije so bile testirane le osebe s simptomi, kar je pomenilo sorazmerno visoke deleže pozitivnih testov. Ta strategija se je spremenila sredi marca 2020, testirale so se lahko tri kategorije oseb: osebe s simptomi covid-19, ki potrebujejo hospitalizacijo, zdravstveni delavci in osebe v domovih za starejše z znaki in/ali simptomi okužbe. Do konca oktobra 2020 so se čakalne dobe za testiranje na covid-19 začele podaljševati (Vlada Republike Slovenije, 2020a). Poleg tega so bile zmogljivosti preobremenjene, deleži pozitivnih testov pa so v tem obdobju dosegli več kot 30 %. Decembra 2020, sredi drugega vala, je vlada začela kampanjo prostovoljnega in brezplačnega hitrega testiranja, zaradi česar se je število tedenskih testov močno povečalo (slika 19).

Slika 19. V Sloveniji so se ravni testiranja povečale od drugega vala pandemije oktobra 2020



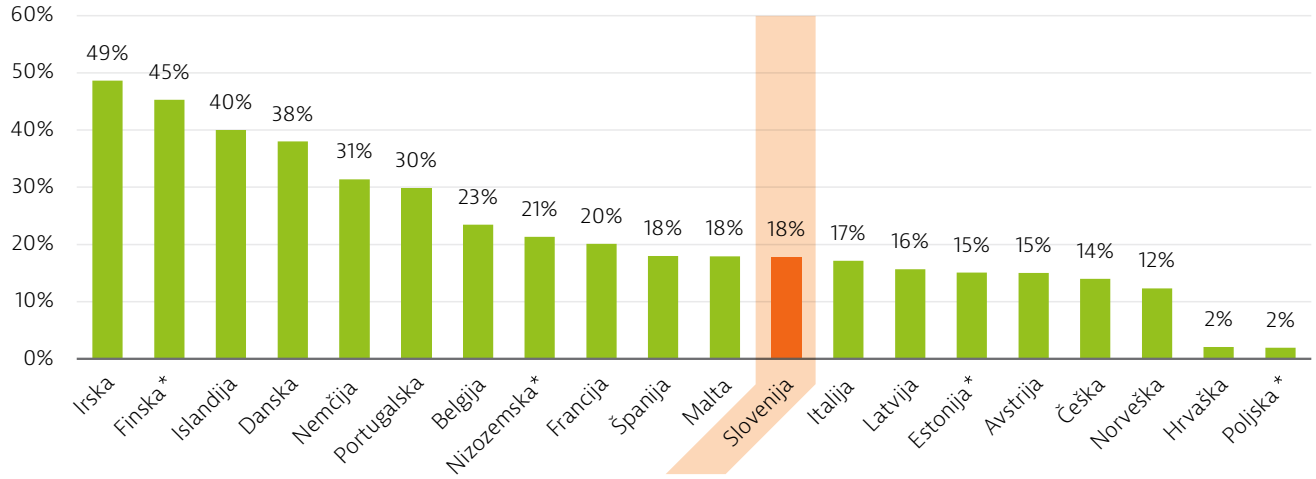
Opomba: povprečje EU je tehtano (število držav, vključenih v povprečje, se razlikuje glede na teden).
Vir: ECDC.

Zaradi nezadovoljstva s slovensko aplikacijo za sledenje stikom si jo je preneslo le malo oseb

Da bi vlada omejila nadaljnje širjenje virusa, je avgusta 2020 uvedla mobilno aplikacijo za sledenje stikom #OstaniZdrav *(#StayHealthy)*. Temeljila je na v Nemčiji razviti odprtokodni aplikaciji Corona-Warn-App in je bila januarja 2021 prilagojena za čezmejno izmenjavo podatkov. Decembra 2020, ko je vlada omejila gibanje med občinami, je bila aplikacija za sledenje stikom uvedena kot pogoj za prečkanje občinskih meja. Pogoj je bil umaknjen čez dva tedna zaradi pritožb v zvezi z zahtevo. Poleg tega so kritiki izpostavili, da aplikacija ne deluje optimalno, da je ni mogoče uporabljati na vseh mobilnih napravah in da se ne posodablja redno. Zlasti so aplikacijo kritizirali uporabniki pametnih telefonov z operacijskim sistemom Android, do februarja 2021 pa jo je preneslo le 18 % prebivalcev (slika 20).

Slika 20. Približno petina prebivalcev je prenesla aplikacijo za sledenje stikom covid-19

Delež prebivalcev, ki so prenesli aplikacijo, v %



*Opomba: podatki od aprila 2021. * Podatki do jeseni 2020.*
Vir: nacionalni podatki.

Bolniki s covid-19 v prvem valu nikoli niso zasedali več kot tretjine bolnišničnih postelj

Število bolnišničnih postelj je v Sloveniji sorazmerno majhno (4,4 v primerjavi s 5,3 na 1 000 prebivalcev v EU leta 2019). V pričakovanju vse večjega pritiska na bolnišnice med prvim valom je vlada uvedla politike za sproščanje bolnišničnih postelj in okrepitev zmogljivosti za obvladovanje povečanja števila bolnikov s covid-19. Na primer, nekateri bolnišnični postopki so bili ustavljeni, da bi se sprostile zmogljivosti za obravnavo bolnikov s covid-19 (glej oddelek 5.2), vojska pa je postavila poljske bolnišnice in tako povečala število postelj na intenzivni negi. Ker vseh postelj ni bilo mogoče opremiti z ustreznimi ventilatorji, je bil izveden hiter postopek javnega naročanja za nakup najmanj 300 dodatnih ventilatorjev.

Ko se je število primerov okužb s covid-19 zaradi zaprtja začelo zmanjševati, so se spet začeli izvajati elektivni postopki, a z daljšimi čakalnimi dobami, kar je še poslabšalo obstoječo težavo (glej oddelek 5.2). Na koncu bolniki s covid-19 med prvim valom pandemije nikoli niso zasedali več kot tretjine vseh bolnišničnih postelj. Med drugim valom je bil imenovan poseben koordinator za upravljanje bolnišničnih kapacitet in zagotavljanje podatkov v realnem času.

Pandemija covid-19 je razgalila ranljivosti v sistemu dolgotrajne oskrbe

Med prvim valom pandemije covid-19 so bila žarišča okužb domovi za starejše, v katerih v večini živijo starejši stanovalci. V tem obdobju je bilo približno 85 % s covid-19 povezanih smrti med starejšimi od 70 let, večina med njimi je bivala v domovih za starejše. Izvedene so bile politike za zaščito uporabnikov in izvajalcev dolgotrajne oskrbe pred covid-19 ter za ohranjanje neprekinjenosti oskrbe starejših med prvim valom pandemije. To je vključevalo izboljšan dostop do osebne zaščitne opreme (s financiranjem ali neposrednim razdeljevanjem), prednostno hitro testiranje stanovalcev in zaposlenih v domovih za starejše, omejitve znotraj ustanov (kot so omejitve obiskov in ukrepi izolacije) in povečanje števila zaposlenih (s financiranjem ali prerazporeditvijo osebja).

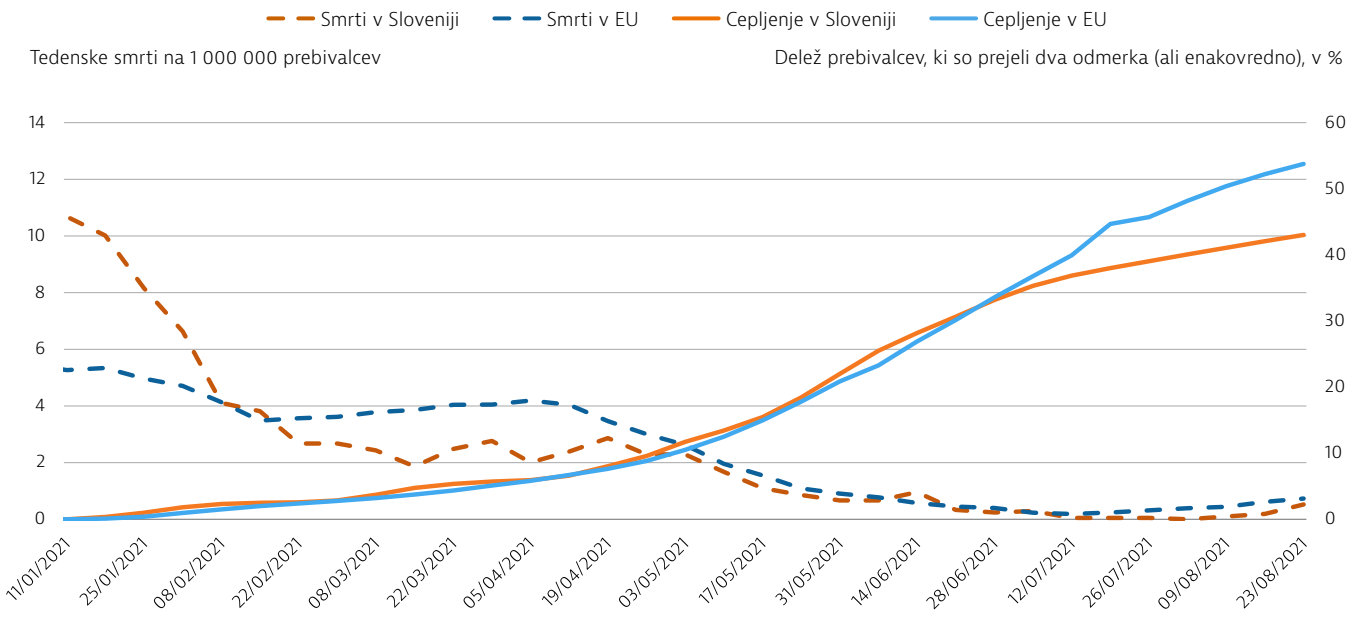
Pandemija covid-19 je izpostavila potrebo po bolj homogenem sistemu dolgotrajne oskrbe. Sedanji sistem je zelo razdrobljen, urejajo ga različni pravni predpisi, financira pa se iz različnih virov (Evropska unija, 2021). Druge večje težave vključujejo precejšnje pomanjkanje kadrov v domovih za starejše, zlasti za zagotavljanje socialnega varstva, in omejene strokovne kompetence za oskrbo pacientov v negovalnih domovih s kompleksnimi potrebami (Vlada Republike Slovenije, 2020b).

V Sloveniji se je kampanja cepljenja pospešila spomladi leta 2021

Vlada je nacionalno strategijo cepljenja proti covid-19 predstavila konec leta 2020. Najprej so imeli prednost stanovalci in zaposleni v domovih za starejše ter ogroženi zdravstveni delavci, ki delajo z bolniki s covid-19. Mobilne enote iz zdravstvenih domov so bile odgovorne za izvajanje cepljenja v domovih za starejše. Nato so prišli na vrsto bolniki s kroničnimi boleznimi ali večjim tveganjem za hujši potek bolezni zaradi covid-19 in zaposleni v kritični infrastrukturi, kot so sektorji izobraževanja, policije in prometa. Cepiva so se razdeljevala prek centralnega sistema, ki ga je vzpostavil in upravljal NIJZ (Vlada Republike Slovenije, 2021). Do začetka marca 2021 je bilo v državi vzpostavljenih 61 cepilnih centrov (MMC, 2021), kar je

pospešilo cepljenje prebivalstva. V poletnih mesecih pa se je cepljenje upočasnilo in do konca avgusta 2021 je dva odmerka cepiva (ali enakovredno) prejelo 43 % prebivalcev, kar je manj od povprečja EU, ki znaša 54 % (slika 21). Cepivo proti covid-19 je brezplačno na voljo vsem državljanom s stalnim ali začasnim prebivališčem.

Slika 21. Delež cepljenih v Sloveniji je bil do poletja 2021 enak povprečju EU



Opomba: povprečje EU ni tehtano (število držav, uporabljenih za povprečje, se razlikuje glede na teden).
Vir: ECDC za smrti zaradi covid-19 in Our World In Data za stopnje precepljenosti.

Pandemija je poudarila potrebo po naložbah v zdravstvene informacijske sisteme in infrastrukturo

Digitalna preobrazba slovenskega zdravstvenega sistema je bila izvedena pred pandemijo covid-19. Projekt eZdravje (2008–2015) je uvedel elektronske recepte, elektronsko naročanje (elektronske napotnice in spletna rezervacija terminov), več drugih digitalnih rešitev in sistem elektronskih zdravstvenih kartotek. Poleg tega je vlada leta 2017 predstavila strategijo Digitalna Slovenija 2030, s posebnimi naložbami v zdravstveni sektor. Ko je izbruhnila pandemija covid-19, so postale rešitve e-zdravja pomembna alternativa osebnemu zagotavljanju storitev zdravstvenega varstva. Omogočile so način komuniciranja med zdravstvenimi delavci ter zdravstvenimi delavci in pacienti brez nevarnosti tveganja okužbe (Stanimirović & Matetić, 2020).

Pandemija je izpostavila tudi potrebo po nadaljnjih naložbah v zdravstveno infrastrukturo. Slovenske bolnišnice so sorazmerno dotrajane in neprimerne za zdravljenje bolnikov z nalezljivimi boleznimi. Vlada je za naložbe v zdravstveni sektor namenila več kot 270 milijonov EUR iz nacionalnega načrta za okrevanje in odpornost. Zlasti je 83 milijonov EUR namenjenih digitalni preobrazbi zdravstva, vključno z digitalizacijo zdravstvenih kartotek. Dodatnih 79 milijonov EUR je bilo rezerviranih za vzpostavitev sistema dolgotrajne oskrbe, ki združuje zdravstvene in socialnovarstvene storitve. Dodatnih 110 milijonov EUR bo namenjenih izboljšanju odpornosti zdravstvenega sistema, vključno z naložbami v infrastrukturo, kot so nove zdravstvene zmogljivosti in oprema.

6 Ključne ugotovitve

- Leta 2020 je bil covid-19 glavni vzrok umrljivosti v Sloveniji, pomenil je približno 12 % smrti. Posledično se je pričakovano trajanje življenja med letoma 2019 in 2020 začasno skrajšalo za eno leto, s čimer je bilo izgubljenih 20 % podaljšanja, doseženega v prejšnjih dveh desetletjih. Z 80,6 leta v letu 2020 je povprečno pričakovano trajanje življenja v Sloveniji zdaj enako povprečju EU.

- Leta 2018 sta bila glavna vzroka umrljivosti ishemična bolezen srca in pljučni rak. Več kot tretjina vseh smrti je bila povezana z vedenjskimi in okoljskimi dejavniki tveganja. Zlasti so težave javnega zdravja slaba prehrana, tobak in alkohol, posebej med mladostniki.

- Javnozdravstvene politike, usmerjene v kajenje in uživanje alkohola, so počasi prispevale k zmanjšanju preprečljive umrljivosti, čeprav ta ostaja večja od povprečja EU. Po drugi strani je umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov nižja od povprečja EU, kar pomeni, da Slovenija zagotavlja učinkovite ukrepe zdravstvenega varstva. To dokazuje postopno izboljšanje hospitalizacij, ki se jim je mogoče izogniti, in petletne stopnje preživetja pri raku. Učinek so imeli tudi presejalni programi za raka in novi modeli primarne oskrbe. Izboljšave je mogoče spodbujati z obravnavo dejavnikov tveganja in spodbujanjem zdravega življenjskega sloga, zlasti med mladostniki, kar bi naslovilo nekatere dejavnike umrljivosti, ki se jim je mogoče izogniti. Veliko se pričakuje od povečanja števila ambulant družinske medicine in centrov za krepitev zdravja, kar bi moralo izboljšati presejanje in usklajevanje ukrepanja na področju javnega zdravja v zdravstvenih domovih.

- Slovenski zdravstveni sistem državljane uspešno varuje pred visokimi neposrednimi plačili. V letih pred pandemijo covid-19 so imela gospodinjstva nizke ravni katastrofičnih izdatkov za zdravstvo. Pri le 12 % skupnih zdravstvenih izdatkov so neposredni izdatki med najnižjimi v Evropi, zlasti zaradi razširjenosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki krije doplačila, in posebnih subvencij za tiste, ki si tega zavarovanja ne morejo privoščiti.

- Slovenija je uvedla več ukrepov za reševanje pomanjkanja zdravstvenih delavcev, ki je eden največjih izzivov sistema. Ti ukrepi vključujejo dodatno financiranje, prenos del in nalog ter nove modele zagotavljanja oskrbe. Pandemija covid-19 je dodatno obremenila delovno silo in zahtevala več začasnih ukrepov za obvladovanje razmer. Vendar je kriza poudarila potrebo po stalnih naložbah za povečanje delovne sile.

- Pandemija covid-19 je zmanjšala dostop do preventivnih in drugih zdravstvenih storitev v Sloveniji. Obseg storitev v primarni in preventivni oskrbi – vključno s pregledi pri zdravnikih družinske medicine, presejanjem za raka in načrtovanimi elektivnimi ortopedskimi operacijami – se je leta 2020 zmanjšal. Skladno s tem trendom se je zmanjšalo tudi število odpustov iz bolnišnic in ambulantnih storitev. Po drugi strani je Slovenija uspela ohraniti zagotavljanje nujne medicinske pomoči, vključno na področju onkologije, dialize in nujne kardiološke oskrbe. Zaradi večje uporabe posvetovanj na daljavo so imeli prebivalci med pandemijo še naprej dostop do storitev, olajšala se je neprekinjenost oskrbe.

- Pandemija covid-19 je izpostavila potrebo po obsežnih naložbah v zdravstveni sektor in pokazala, kako pomembna je močna digitalna infrastruktura. V zadnjem desetletju so bile bolnišnice in ustanove za dolgotrajno oskrbo večinoma zanemarjene, posledica tega pa so zastarele zgradbe in razdrobljeno zagotavljanje storitev na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Slovenija je iz nacionalnega načrta za okrevanje in odpornost namenila več kot 270 milijonov EUR za naložbe v zdravstveni sektor, vključno s krepitvijo digitalizacije, posodobitvijo zmogljivosti in doseganjem boljše integracije zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.

Ključni viri

Albreht T et al. (2016), *Slovenia: health system review. Health Systems in Transition*, 18(3):1–207.

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.

Sklici

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Union (2021), *2021 Long-term Care Report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society.* Country profiles, Volume II.

Government of Slovenia (2020a), *The testing system will be supplemented by rapid tests*, Ljubliana.

Government of Slovenia (2020b), *The first positive signs of stabilisation of the situation at the Hrastnik Care Home*, Ljubliana.

Government of Slovenia (2021), *National vaccination strategy against COVID-19* Version II, 1 March 2021, Ljubliana.

MMC (2021), *In the new vaccination strategy of 61 vaccination centers, the Nigerian strain has also been confirmed in Slovenia*, Ljubliana.

Stanimirović D, Matetić V (2020), Can the COVID-19 pandemic boost the global adoption and usage of eHealth solutions? *Journal of Global Health*, 10(2):0203101.

WHO Regional Office for Europe (2016), *Evaluating implementation of the resolution on the Slovenian food and nutrition action plan 2005–2010: upgraded evaluation, 2016.*

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Slovenia.

Zadnik V et al. (2020), Impact of COVID-19 on cancer diagnosis and management in Slovenia –preliminary results, *Radiology and Oncology,* 54(3):329.

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		

European Commission

State of Health in the EU
Zdravstveni profil države 2021

Zdravstveni profili držav so pomemben korak v stalnem ciklu posredovanja znanja s strani Evropske komisije glede State of Health in the EU, ki se izvaja ob finančni pomoči Evropske unije. Profile sta skupaj pripravila Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) in European Observatory on Health Systems and Policies v sodelovanju z Evropsko komisijo.

Natančni in za politiko pomembni profili temeljijo na pregledni in stalni metodologiji, pri kateri se uporabljajo kvantitativni in kvalitativni podatki, ki se prilagajajo okviru vsake države EU/Evropskega gospodarskega prostora. Cilje je ustvariti sredstvo za vzajemno učenje in prostovoljno izmenjavo, ki ga lahko uporabijo oblikovalci politik in osebe, ki vplivajo na politike.

Vsak profil države vključuje kratko zbirno poročilo o:

- zdravju v državi,
- determinantah zdravja, pri čemer se osredotoča na vedenjske dejavnike tveganja,
- organizaciji zdravstvenega sistema,
- učinkovitosti, dostopnosti in odpornosti zdravstvenega sistema.

Komisija pripravi spremljevalno poročilo, ki dopolnjuje ključne ugotovitve iz teh profilov držav.

Za več informacij glej: ec.europa.eu/health/state

To publikacijo navajajte kot: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Slovenija: Zdravstveni profil države 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264716216 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO