

State of Health in the EU Slovenija

Zdravstveni profil države 2019

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 informacije o zdravju.

Vsebina

1. POUĐARKI	3
2. ZDRAVJE V SLOVENIJI	4
3. DEJAVNIKI TVEGANJA	7
4. ZDRAVSTVENI IZDATKI	8
5. USPEŠNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	12
5.1 Učinkovitost	12
5.2 Dostopnost	16
5.3 Odpornost	18
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), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), ankete Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in drugi nacionalni viri.

Izračunana povprečja EU so tehtana povprečja 28 držav članic, razen če ni navedeno drugače. Ta povprečja EU ne vključujejo Islandije in Norveške.

Ta profil je bil zaključen avgusta 2019 na podlagi razpoložljivih podatkov iz julija 2019.

Za prenos Excelove razpredelnice z vsemi preglednicami in grafi iz tega profila v spletni brskalnik vnesite naslednje povezave URL: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Slovenia.xls>

Demografske in socialno-ekonomske razmere v Sloveniji leta 2017

Demografski dejavniki

	Slovenija	EU
Število prebivalcev (ocena med letom)	2 066 000	511 876 000
Delež prebivalcev, starejših od 65 let (v %)	18,9	19,4
Stopnja rodnosti ¹	1,6	1,6

Socialno-ekonomski dejavniki

BDP na prebivalca (PKM v EUR ²)	25 500	30 000
Stopnja relativne revščine ³ (v %)	13,3	16,9
Stopnja brezposelnosti (v %)	6,6	7,6

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 oseb, ki živijo 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 razmejitve mednarodnih meja in v ime katerega koli ozemlja, mesta ali območja.

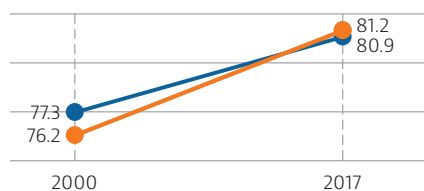
Dodatne izjave o omejitvi odgovornosti SZO so na voljo na naslovu: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Poudarki

V zadnjem desetletju se je povprečno pričakovano trajanje življenja v Sloveniji hitro podaljševalo, povečujeta pa se tudi obolevnost in umrljivost zaradi vedenjskih dejavnikov tveganja. Socialno zdravstveno zavarovanje je obvezno v sistemu enega plačnika in pokriva skoraj vse osebe s stalnim prebivališčem. Slovenija se z izboljševanjem promocije zdravja in usklajevanjem oskrbe pripravlja na prilagoditev zdravstvenega sistema za obravnavo potreb hitro starajočega se prebivalstva in velikega števila oseb s kroničnimi bolezenskimi stanji. Pomemben poudarek reform zdravstvene politike je bil oblikovati trden sistem osnovne zdravstvene dejavnosti.

● SI ● EU

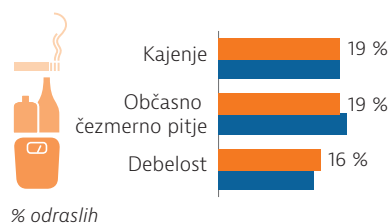


Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, leta

Zdravje v Sloveniji

Leta 2017 je bilo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu 81,2 leta, kar pomeni podaljšanje glede na 76,2 leta iz leta 2000. Slovenija je dosegla pomembne mejnike, vključno s pomembnim zmanjšanjem umrljivosti zaradi glavnih vzrokov, zlasti ishemične bolezni srca in možganske kapi. Skrb še vedno vzbuja naraščajoče breme pljučnega raka pri ženskah ter primerljivo manjši delež let zdravega življenja starejših ljudi, saj je več kot polovica let po 65. letu starosti obremenjena z oviranostjo.

● SI ● EU

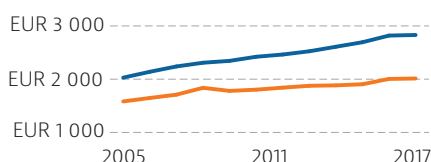


% odraslih

Dejavniki tveganja

V letu 2014 je 19 % odraslih kadilo vsak dan, kar je enako povprečju EU. Občasno čezmerno pitje med odraslimi je bilo leta 2014 pod povprečjem EU, vendar je znatno več mladostnikov poročalo o občasnem čezmernem pitju kot v drugih državah EU. V Sloveniji se obravnava prekomerne teže in debelosti šteje za prednostno nalogo. Leta 2017 je bilo debelih 16 % odraslih. Večina dejavnikov tveganja v Sloveniji je pogostejša med posamezniki z le osnovnošolsko izobrazbo, kar prispeva k neenakosti v zdravju.

● SI ● EU



Izdatki na prebivalca (PKM v EUR)

Zdravstveni izdatki

Od leta 2006 se zdravstveni izdatki počasi povečujejo, vendar ostajajo pod povprečjem EU. Slovenija je leta 2017 za zdravje porabila 2 060 EUR na prebivalca, v EU pa je povprečje 2 884 EUR. Javni delež zdravstvenih izdatkov je pod povprečjem EU, ki znaša 79,4 %, vendar se je od leta 2014 počasi povečeval in v letu 2017 dosegel 72,2 %. Večina prebivalstva ima sklenjeno tudi dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, predvsem za kritje doplačil. Slovenija ima eno od najnižjih stopenj neposrednih izdatkov v EU, in sicer le 12,3 % trenutnih zdravstvenih izdatkov.

Učinkovitost

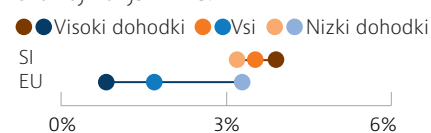
Združena prizadevanja na področju medsektorskih politik in preventivnih ukrepov so prispevala k zmanjšanju preprečljive umrljivosti, vendar ta ostaja nad povprečjem EU. Stopnja hospitalizacij, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, je pod povprečjem EU, kar kaže na učinkovit sistem osnovne zdravstvene dejavnosti.



Umrljivost, standardizirana glede na starost, na 100 000 prebivalcev, 2016

Dostopnost

V zvezi s prizadevanji za obravnavo dolgih čakalnih dob, ki so poglaviti izziv pri dostopu do storitev zdravstvenega varstva, se pripravljajo načrti za spoprijemanje s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev, zlasti zdravnikov splošne medicine, ter za ustrezno dodatno financiranje določenih prioritetnih področij. Predvsem poročana razlika pri dostopu do zdravstvenih storitev med dohodkovnimi skupinami je ena najmanjših v EU.



Delež poročenih neizpolnjenih potreb po medicinski oskrbi, 2017

Odpornost

Prednostna naloga ostaja zagotavljanje dolgoročne fiskalne vzdržnosti zdravstvenega sistema, zlasti glede na starajoče se prebivalstvo. Sloveniji primanjkuje tudi ključna zakonodaja na področju dolgotrajne oskrbe in integrirane zdravstvene obravnave.



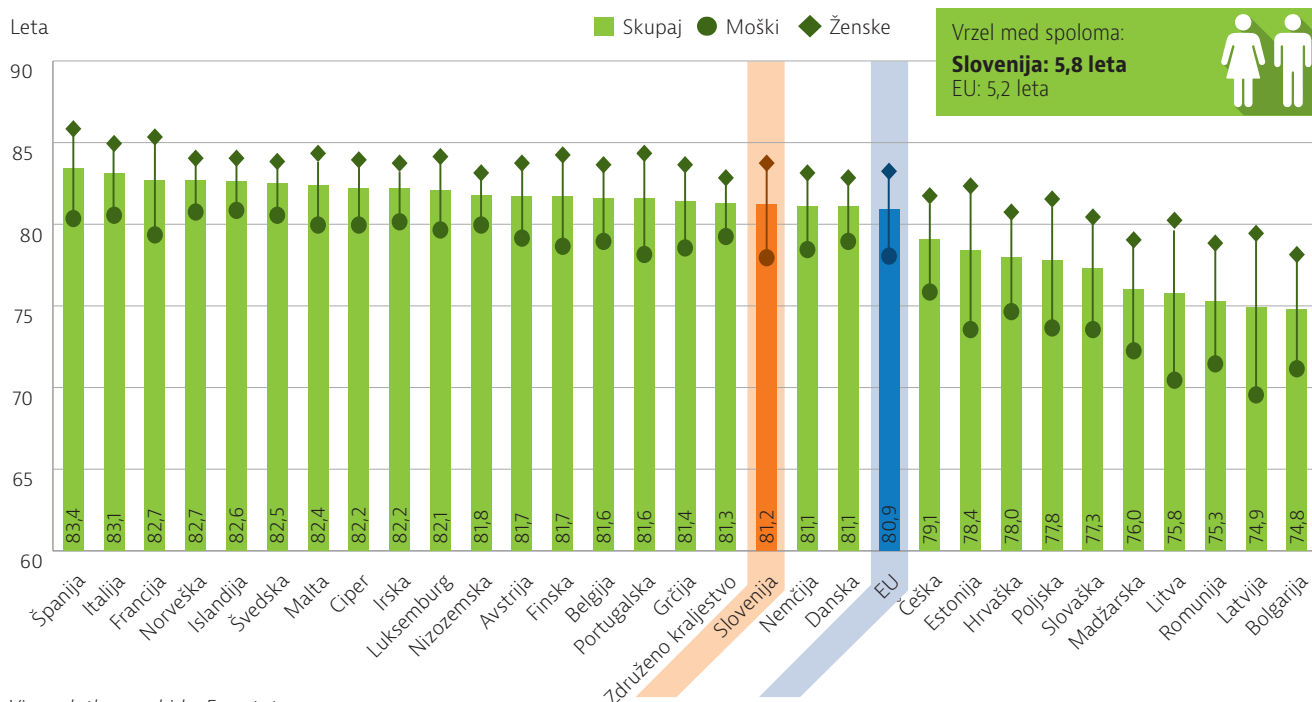
2 Zdravje v Sloveniji

Od leta 2000 se je pričakovano trajanje življenja v Sloveniji močno podaljšalo

Stanje prebivalstva Slovenije na področju zdravja se je od leta 2000 močno in stalno izboljševalo. Med letoma 2000 in 2017 se je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu podaljšalo za pet let (s 76,2 leta na 81,2 leta), kar

je eno največjih povečanj v EU v navedenem obdobju. Posledično je pričakovano trajanje življenjska v Sloveniji nekoliko daljše od povprečja EU (slika 1). Čeprav se je od leta 2000 razlika med spoloma v pričakovanem trajanju življenja ob rojstvu zmanjšala za 1,9 leta, moški v Sloveniji živijo približno 6 let manj kot ženske (78,2 leta v primerjavi s 84 leti).

Slika 1: Pričakovano trajanje življenja je preseglo povprečje EU, vendar ostaja precejšnja razlika med spoloma



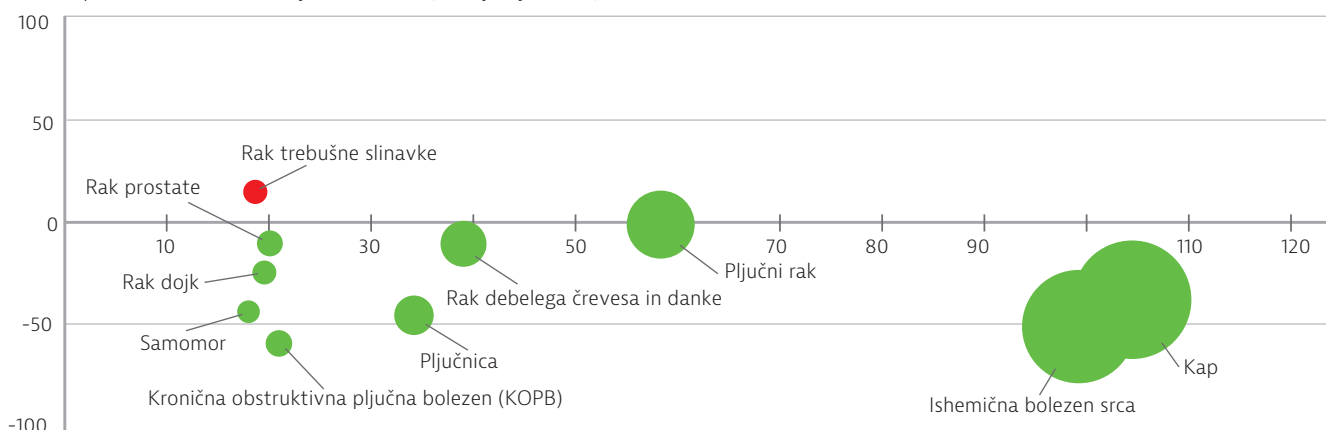
Ishemična bolezen srca možganska sta poglavitna vzroka umrljivosti

Srčno-žilne bolezni ostajajo glavni vzrok smrti v Sloveniji, kljub strmemu zmanjšanju stopnje umrljivosti od leta 2000. Leta 2016 je bila ishemična bolezen srca vzrok za eno od desetih smrti; podobna stopnja umrljivosti so ugotavljali glede možganske kapi (slika 2). Čeprav se je v obdobju 2000–2016 med desetimi glavnimi vzroki smrti povečala le umrljivost zaradi raka trebušne slinavke, se med ženskami povečuje umrljivost zaradi pljučnega raka, pljučni rak pa ostaja najpogostejši vzrok smrti zaradi raka med Slovenci.

Dosežen je bil napredek pri znižanju stopnje umrljivosti zaradi samomora, ki se je med letoma 2000 in 2016 znižala za več kot 40 %. Najopaznejše zmanjšanje je bilo po letu 2006, ko je bil uveden celovit skupnostni program zgodnjega odkrivanja in zdravljenja depresije. Kljub temu pa je bila leta 2016 stopnja samomorilnosti v Sloveniji tretja najvišja v EU (18,1 na 100 000 prebivalcev v primerjavi s povprečjem EU, ki je 10,3 na 100 000) (slika 3). Zdravstvena politika se zaveda pomena te težave, zato je bil uveden celovit program preprečevanja samomorov (oddelek 5.1).

Slika 2: Umrljivost se je zmanjšala pri vseh glavnih vzrokih smrti – narašča le umrljivost zaradi raka trebušne slinavke

Delež spremembe v % v obdobju 2000–2016 (ali najbližjem letu)



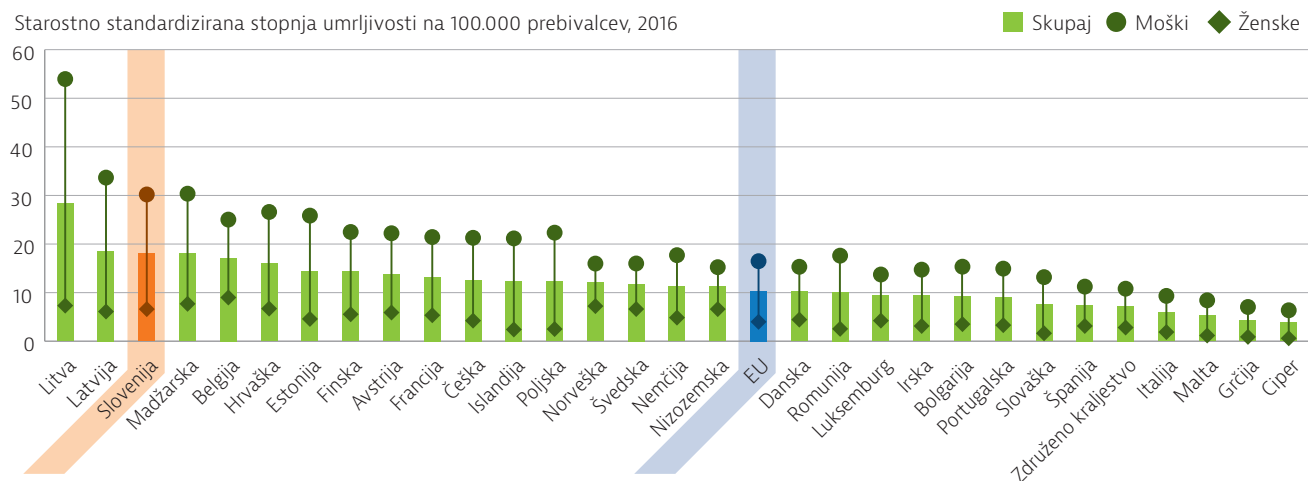
Umrljivost, standardizirana glede na starost, na 100 000 prebivalcev, 2016

Opomba: velikost mehurčkov je sorazmerna s stopnjo umrljivosti v letu 2016.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Slika 3: Kljub izboljšanjem je stopnja samomorilnosti še vedno visoka, zlasti med moškimi

Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev, 2016



Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2016 ali najbližja leta).

Velika neenakost pri samoporočanem zdravstvenem stanju med dohodkovnimi skupinami

Leta 2017 je skoraj dve tretjini (65,3 %) odraslih v Sloveniji poročalo, da so dobrega zdravja, kar je rahlo pod povprečjem EU (ki je 69,7 %) (slika 4). Vendar se delež oseb, ki poročajo, da so dobrega zdravja, tako kot v večini drugih držav zelo razlikuje med dohodkovnimi skupinami. V najnižjem dohodkovnem kvintilu je le 51,4 % oseb poročalo, da so dobrega zdravja, v primerjavi s 77,1 % v najvišjem dohodkovnem kvintilu. Oba deleža sta pod zadevnim povprečjem EU (61,2 % oziroma 80,4 %).

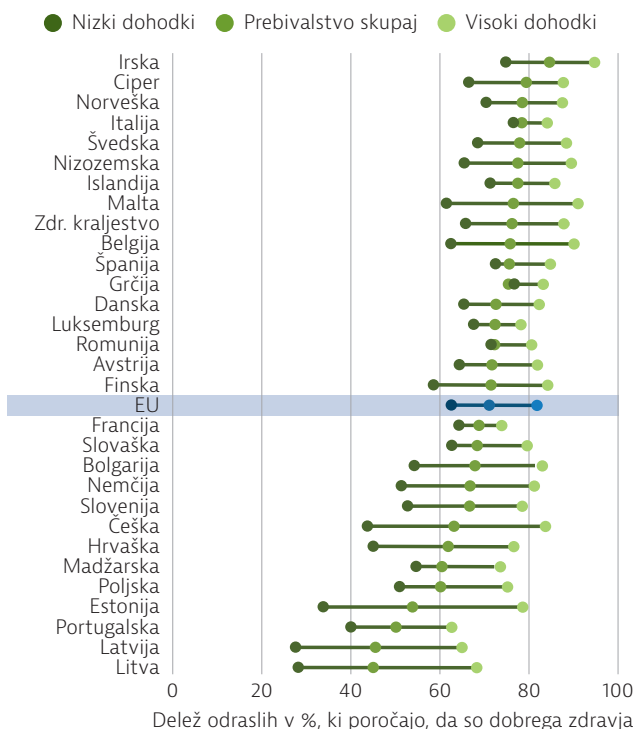
Ženske, starejše od 65 let, živijo več let, vendar z oviranostjo

Kljub hitremu podaljševanju pričakovanega trajanja življenja v zadnjih letih v Sloveniji ostajajo izzivi glede ohranjanja dobrega zdravja v tako pridobljenih dodatnih letih življenja. Leta 2017 so Slovenci, stari 65 let, lahko pričakovali, da bodo živeli še 19,8 leta (slika 5), kar je podobno kot v EU kot celoti in pomeni podaljšanje od 16,9 leta v letu 2000. Vendar take osebe več kot 12 let od navedenih preživijo z oviranostjo. Razlika med spoloma glede pričakovanega trajanja življenja pri starosti 65 let je še vedno precejšnja, saj je pričakovano trajanje življenja moških pri navedeni starosti skoraj štiri leta krajše od pričakovanega trajanja življenja žensk. Vendar med moškimi in ženskami ni razlike pri številu let zdravega življenja¹, saj ženske večji del svojega življenja preživijo z oviranostjo.

1: Leta zdravega življenja pomenijo število let, za katera lahko osebe pri različnih starostih pričakujejo, da jih bodo preživele brez oviranosti.

Na splošno je le malo več kot polovica oseb, starih 65 let in več, poročala, da nimajo kroničnih bolezni, kar je nad povprečjem EU kot celote (46 %). Med tistimi, ki so poročali o kroničnih boleznih, jih je 17 % poročalo, da imajo dve ali več. Večina oseb v starosti lahko živi samostojno, vendar eden od šestih poroča o omejitvah pri osnovnih vsakodnevnih dejavnostih, kot sta oblačenje in prhanje, ki morda zahtevajo dolgotrajno oskrbo. Ta delež je skoraj enak kot v drugih državah EU.

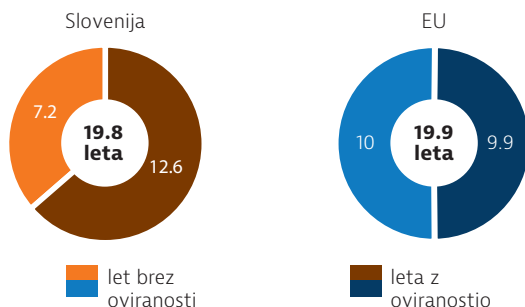
Slika 4: Delež Slovencev, ki poročajo, da so dobrega zdravja, je nižji od povprečja EU



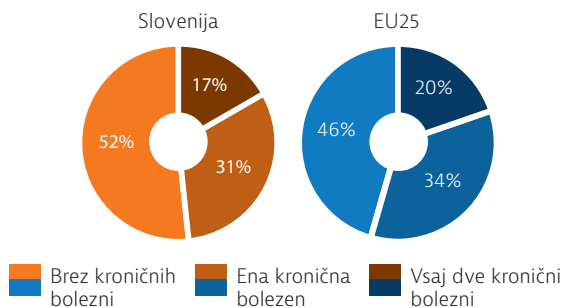
Vir: podatkovna zbirka Eurostata, na podlagi podatkov EU-SILC (podatki se nanašajo na leto 2017).

Slika 5: Več kot polovica življenja po 65. letu je zaznamovana z zdravstvenimi oviranostmi

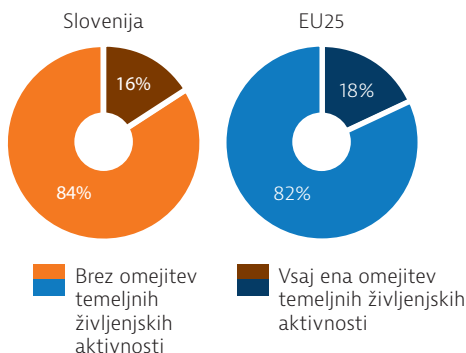
Pričakovano trajanje življenja pri starosti 65 let



Delež oseb, starih 65 let in več (v %), ki poročajo o kroničnih boleznih¹



Delež oseb, starih 65 let in več (v %), ki poročajo o omejitvah temeljnih življenjskih aktivnosti²



Opombi: 1. Kronične bolezni vključujejo infarkt, možgansko kap, sladkorno bolezen, parkinsonovo bolezen, alzheimerjevo bolezen, revmatoidni artritis in osteoartritis. 2. Osnovne vsakodnevne dejavnosti vključujejo oblačenje, hojo po sobi, kopel ali prhanje, prehranjevanje, vstajanje iz postelje in leganje vanjo ter uporabo stranišča.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata glede pričakovane življenjske dobe in let zdravega življenja (podatki se nanašajo na leto 2017); anketa SHARE glede ostalih kazalnikov (podatki se nanašajo na leto 2017).

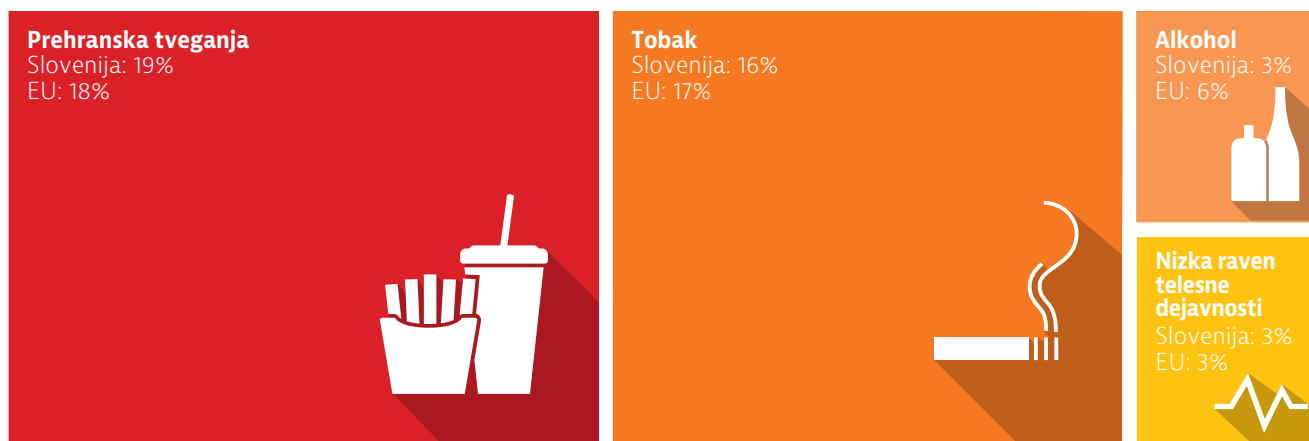
3 Dejavniki tveganja

Več kot tretjina vseh smrti je povezana z vedenjskimi dejavniki tveganja

Iz ocen izhaja, da lahko približno 37 % vseh smrti v Sloveniji pripišemo vedenjskim dejavnikom tveganja (slika 6), kar je podobno kot povprečje EU, ki znaša 39 %.

Približno 19 % vseh smrti v letu 2017 je bilo povezanih s prehranskimi tveganji, kot so majhen vnos sadja in zelenjave ter velik vnos sladkorja in soli. Tobak (vključno z neposrednim in posrednim kajenjem) je po ocenah povzročil 16 % vseh smrti, alkohol in majhna telesna dejavnost pa vsak približno 3 % vseh smrti.

Slika 6: Dejavniki prehranskega tveganja najbolj prispevajo k umrljivosti zaradi vedenjskih tveganj



Opomba: skupno število smrti zaradi teh dejavnikov tveganja (7 500) je manjše od vsote vsakega posameznega (8 000), saj je mogoče isto smrt pripisati več kot enemu dejavniku tveganja. Prehranska tveganja vključujejo 14 elementov, kot so majhen vnos sadja in zelenjave in velik vnos s sladkorjem sladkanih pijač.

Vir: IHME (2018), svetovna izmenjava podatkov o zdravju (ocene se nanašajo na leto 2017).

Deleža prekomerno težkih in debelih v Sloveniji sta višja kot v večini držav EU

Leta 2017 je bilo 16 % odraslih v Sloveniji debelih, kar presega povprečje EU (15 %) (slika 7). V obdobju 2013–2014 je petina slovenskih petnajstletnikov imela prekomerno težo ali je bila debelih, kar je precejšnje povečanje od obdobja 2001–2002. Vendar iz nacionalne ocene iz leta 2015 izhaja, da se je trend naraščanja stopnje otrok in mladostnikov s prekomerno težo ali debelih otrok in mladostnikov po letu 2010 obrnil (SZO, 2016). 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 naraščajočimi ravnmi debelosti (oddelek 5.1). Telesna dejavnost ter vnos sadja in zelenjave med odraslimi sta razmeroma visoka. Delež telesno nedejavnih odraslih je največji med tistimi z nižjo izobrazbo, prav nasprotno pa velja za odrasle z doseženo višjo izobrazbo (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Kajenje med najstniki je višje od povprečja EU

Leta 2014 je skoraj eden od petih odraslih Slovencev poročal, da kadi vsak dan. Delež odraslih, ki kadijo vsak dan, se je od začetka tega stoletja zmanjšal in je zdaj na ravni povprečja EU (19 %). Delež kadilcev med mladostniki, zlasti med dekleti, je prav tako višji kot v številnih drugih državah EU. Leta 2015 je četrtna petnajst- in šestnajstletnic poročala, da so v preteklem mesecu kadile, kar znatno presega delež fantov (19 %). V odzivu na to je bil leta 2017 sprejet strožji zakon o nadzoru nad tobakom, ki ureja tudi prodajo elektronskih cigaret, kar je zlasti pomembno glede na njihovo naraščajočo priljubljenost med najstniki (oddelek 5.1).

Čezmerno uživanje alkohola, zlasti med najstniki, je pomembna težava javnega zdravja

Leta 2014 je skoraj eden od petih odraslih Slovencev poročal o občasnem čezmernem pitju alkohola² vsaj enkrat na mesec, kar je tik pod povprečjem EU. Tako kot pri številnih drugih dejavnikih tveganja je tudi pri tem zelo opazna razlika med stopnjami, o katerih poročajo moški in ženske (29 % moški in 10 % ženske). Občasno čezmerno pitje med najstniki je še bolj skrb vzbujajoče.

2: Občasno čezmerno pitje je opredeljeno kot zaužitje šestih ali več meric alkoholnih pijač v enem dogodku pri odraslih in pet ali več meric alkoholnih pijač pri otrocih.

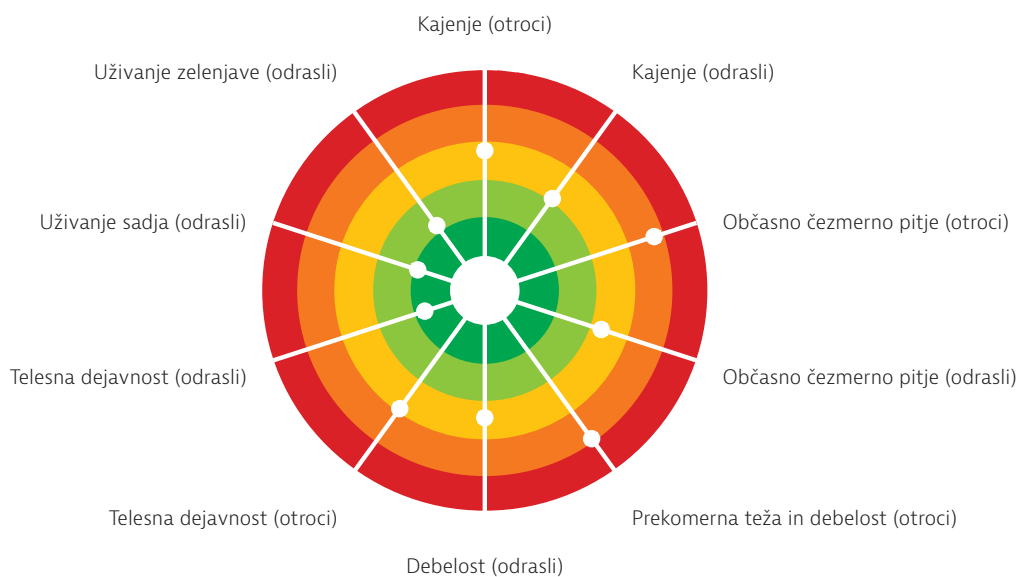
V letu 2015 je več kot dve petini mladostnikov v Sloveniji poročalo o vsaj enem primeru občasnega čezmernega pitja v preteklem mesecu, kar je pogostejše kot v večini drugih držav EU. Občasno čezmerno pitje ostaja pomembna težava glede na povečano tveganje nesreč in poškodb, povezanih s čezmernim uživanjem alkohola.

Slovenija si prizadeva zmanjšati socialno-ekonomske neenakosti glede zdravstvenih tveganj

Številni vedenjski dejavniki tveganja v Sloveniji so pogostejši med osebami z nižjo stopnjo izobrazbe ali manjšimi dohodki. Leta 2014 je eden od šestih odraslih

(17 %), ki niso zaključili sekundarnega izobraževanja, kadil vsak dan, v primerjavi z 12 % med tistimi s terciarno izobrazbo. Podobno je bilo leta 2017 debelih približno 21 % oseb brez sekundarne izobrazbe, v primerjavi z le 10 % tistih z visokošolsko izobrazbo. Ta višja prevalenca dejavnikov tveganja med socialno prikrajšanimi skupinami prispeva k neenakosti v zdravju in vpliva na pričakovano trajanje življenja v večini evropskih držav. Slovenija poskuša zmanjšati to vrzel neenakosti s pomočjo Evropskih strukturnih in investicijskih skladov za posodobitev in razvoj celovite, na enakosti temelječe, skupnostne zdravstvene in socialne oskrbe.

Slika 7: Kajenje, čezmerno uživanje alkohola in debelost so glavni dejavniki tveganja v Sloveniji



Opomba: Bližje kot je točka sredini, uspešnejša je država v primerjavi z drugimi državami EU. Nobena država ni v belem „ciljnem območju“, saj so v vseh državah na vseh področjih možnosti za napredek.

Vir: izračuni OECD na podlagi ankete ESPAD iz leta 2015 in ankete HBSC iz obdobja 2013–2014 glede dejavnikov pri otrocih; ter EU-SILC 2017, EHIS 2014 in zdravstveni statistični podatki OECD za leto 2019 glede dejavnikov pri odraslih.

4 Zdravstveni izdatki

Spreminjajoči se demografski podatki poudarjajo potrebo po strukturnih reformah

Slovenija ima obvezno socialno-zdravstveno zavarovanje, ki ga upravlja en plačnik, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Skoraj vsak prebivalec je krit s programom obveznega zavarovanja. Približno 95 % odraslega prebivalstva ima sklenjeno tudi dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, predvsem za kritje doplačil, kar je največji delež v EU. Poteka razprava o dolgoročni fiskalni vzdržnosti zdravstvenega sistema, saj se

Slovenija pri financiranju sistema zanaša skoraj izključno na prispevke iz plač, pri tem pa je njeno prebivalstvo med tistimi v EU, ki se najhitreje starajo (Evropska komisija, 2019a in okvir 1).³

3: Čeprav je potrebno priznati, da povečanje financiranja zdravstvenega sistema samo po sebi ne zagotavlja prihodnje fiskalne vzdržnosti.

Okvir 1: Predlagane reforme za spoprijemanje s fiskalno vzdržnostjo in dolgotrajno oskrbo ne napredujejo

Zaradi občutljivosti prihodkov zdravstvenega sektorja na nihanja na trgu dela so bili v predlogu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju predlagani ukrepi za diverzifikacijo tokov financiranja, kot je zamenjava sedanje oblike dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja z obveznimi prispevki glede na prihodke. Predlog zakona je bil pripravljen leta 2016 in predložen v javno razpravo leta 2017, vendar se je razprava ustavila po splošnih volitvah junija 2018 ter po oblikovanju nove vlade septembra 2018. V letu 2019 je Vlada obravnavala predlog sprememb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki bi ukinil dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Do časa priprave tega poročila še ni bil oblikovan oziroma potrjen končni predlog. Čeprav se do konca leta 2019 pričakuje nov predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, pa do zdaj niso bili

predlagani še nobeni ukrepi, financiranje reform pa še ni bilo obravnavano (Evropska komisija, 2019b). Podobno tudi vprašanje prihodnje fiskalne vzdržnosti še vedno ni rešeno.

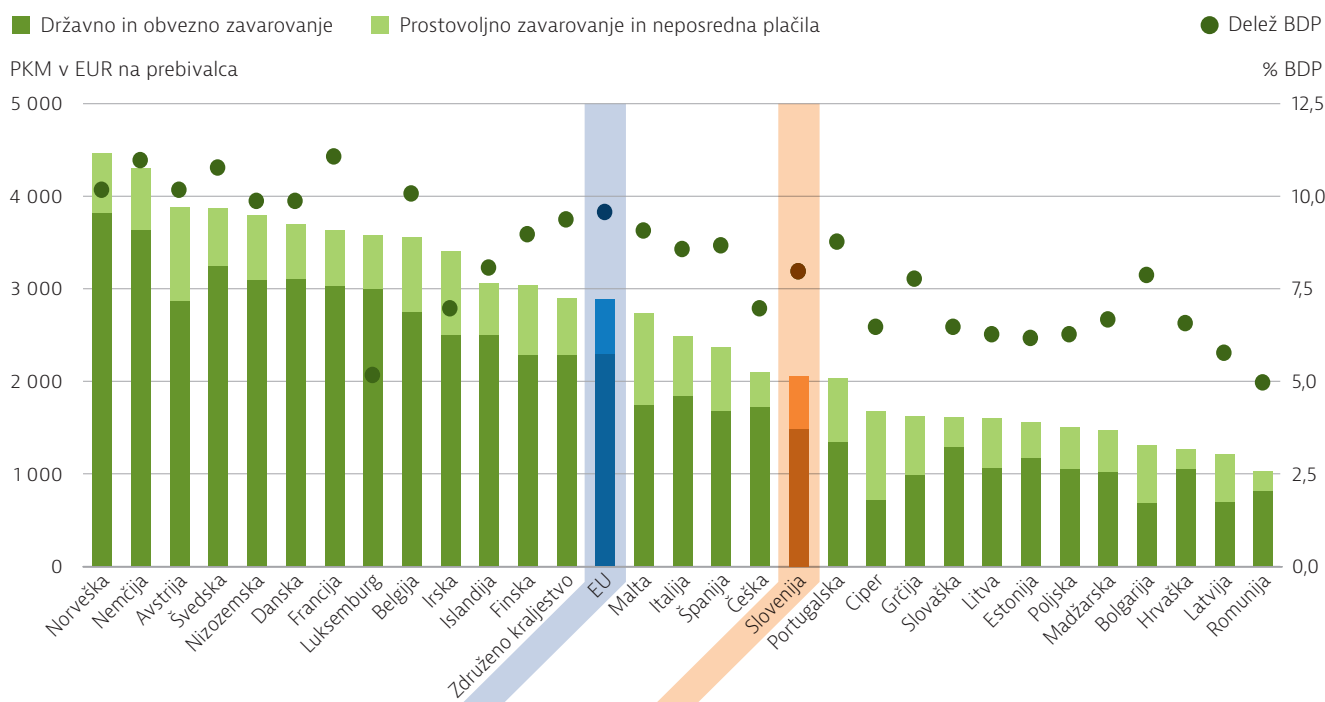
Trenutno ni nobenega posameznega celovitega predpisa o dolgotrajni oskrbi in njenem financiranju. Prvi predlog zakona o dolgotrajni oskrbi je bil pripravljen oktobra 2017 in se še vedno oblikuje. Čeprav se je leta 2018 začel dveletni pilotni projekt, pa namerava vlada obravnavati zakonodajo o dolgotrajni oskrbi šele po sprejetju novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, najverjetneje šele do konca leta 2020. Te zamude ovirajo izvajanje reform na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe, ki bi zagotavljalje enakost, dostopnost in dolgoročno fiskalno vzdržnost (Svet Evropske unije, 2019).

Zdravstveni sistem je precej centraliziran in Ministrstvo za zdravje je odgovorno za zakonodajo, načrtovanje, izvajanje in urejanje na področju zdravstva. Občine morajo organizirati in zagotavljati primarno zdravstveno dejavnost, vendar imajo mimo tega omejeno vlogo pri odločanju v zdravstvenem sistemu. Država ima v lasti skoraj vse zmogljivosti bolnišnic, večino specialističnih ambulant in celoten sektor zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni.

Delež javnih izdatkov se je povečal, kljub temu pa zasebni izdatki ostajajo visoki

V skladu s splošno gospodarsko rastjo se zdravstveni izdatki v Sloveniji počasi povečujejo. Z 2 060 EUR zdravstvenih izdatkov na prebivalca v letu 2017 se Slovenija uvršča približno 25 % pod povprečjem EU. Zdravstveni izdatki kot delež BDP so znašali 8,2 %, kar je prav tako pod povprečjem EU (ki je 9,8 %, slika 8). Kljub temu pa so bili zdravstveni izdatki kot delež BDP ter na prebivalca v Sloveniji večji kot v večini držav članic, ki so se EU pridružile leta 2004 in pozneje, vključno s sosednjima Hrvaško in Madžarsko.

Slika 8: Zdravstveni izdatki v Sloveniji so tretji najvišji med novejšimi državami članicami



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2019 (podatki se nanašajo na leto 2017).

Povečanje deleža javnega financiranja zdravstvenega varstva je med glavnimi prednostnimi nalogami nove vlade. Čeprav se je javni delež zdravstvenih izdatkov od leta 2014 počasi povečeval in leta 2017 dosegel 72,2 %, je še vedno pod povprečjem EU (79,3 %). Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva so znašali 27,8 % skupnih zdravstvenih izdatkov v primerjavi z 20,7 % v EU. Vendar približno polovica zasebnih izdatkov izhaja iz dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki krije 14,3 % sedanjih zdravstvenih izdatkov, kar je največji delež v EU. Ostali zasebni izdatki so skoraj v celoti iz neposrednih izdatkov (12,3 %), kar je eden najnižjih deležev v Evropi.

Slovenija ima skoraj univerzalno pokritost in celovit sveženj ugodnosti

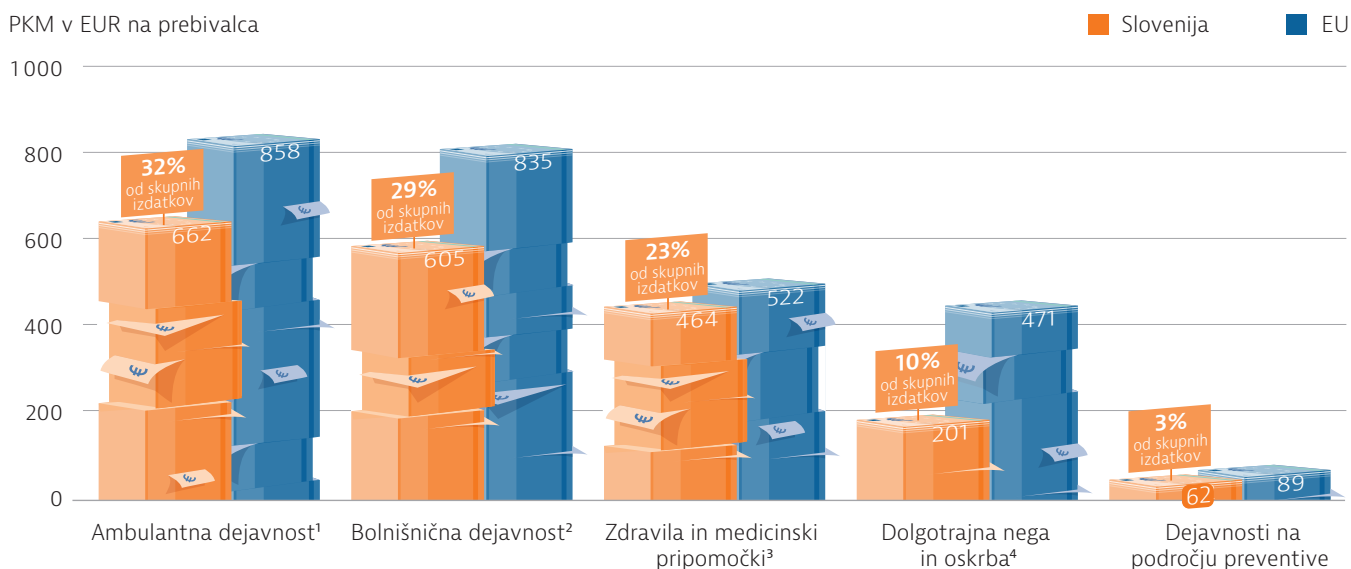
Skoraj vsaka oseba s stalnim prebivališčem v Sloveniji je krita s programom obveznega zavarovanja, izvzetje iz tega sistema pa ni dovoljeno. Iz letnega poslovnega poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije izhaja, da ob koncu decembra 2018 ni bilo zavarovanih 3 430 oseb (0,17 %), predvsem zaradi nejasnega statusa prebivališča ali zaradi več kot dva meseca neplačanih prispevkov za zdravstveno zavarovanje (oddelek 5.2) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019). Zavarovani prebivalci so upravičeni do svežnja ugodnosti, ki vključuje storitve na primarni, sekundarni in terciarni ravni, zdravila, medicinske pripomočke, nadomestilo za bolniško odsotnost nad 30 dni in potne stroške najbližje zdravstvene ustanove za ustrezno zdravstveno obravnavo.

Slovenija je ena od redkih držav EU, ki je izdatke preusmerila na ambulantno obravnavo

Glavni kategoriji zdravstvenih izdatkov v letu 2017 sta bili ambulantna in bolnišnična obravnavo (slika 9). Od leta 2010 so na voljo finančne spodbude (kot so plačila kirurških postopkov v ambulantni obravnavi za posamezni primer), da se spodbuja premik od bolnišnične obravnave v ambulantno kirurgijo ali drugo obravnavo. V skladu s tem se je bolnišnična obravnavo kot delež trenutnih izdatkov v zdravstvu zmanjšala za skoraj 3 odstotne točke v letu 2017 v primerjavi z letom 2010, medtem ko se je ambulantna obravnavo v istem obdobju povečala za skoraj 5 odstotnih točk, zaradi česar so deleži zdaj (29,4 % bolnišnične obravnave in 32,1 % ambulantne) podobni povprečju EU (28,9 % in 29,7 %).

Čeprav je Slovenija leta 2017 v absolutnem smislu porabila manj za preventivo na prebivalca, kot je povprečje EU (62 EUR oziroma 89 EUR), pa je to pomenilo 3,0 % skupnih zdravstvenih izdatkov, kar je v skladu s povprečjem EU (3,1 %). Vendar imajo izdatki za dolgotrajno oskrbo, ki je zlasti pomembna zaradi hitro starajočega se prebivalstva, še vedno omejen delež (9,8 %), kar je manj kot polovica povprečja izdatkov EU (slika 9). Izdatki za dolgotrajno oskrbo se financirajo predvsem iz žepa uporabnikov in ti stroški naraščajo.

Slika 9: Izdatki za dolgotrajno oskrbo ne dosegajo niti polovice povprečja EU



Opomba: upravni stroški niso vključeni. 1. Vključuje kurativno-rehabilitacijsko oskrbo v bolnišnicah in drugih ustanovah. 2. Vključuje oskrbo na domu. 3. Vključuje le ambulantni trg. 4. Vključuje le zdravstveno komponento.
Vira: zdravstveni statistični podatki OECD 2019, podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2017).

Večina Slovencev ima sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Zdravstveni sistem zagotavlja skoraj univerzalno pokritost, vendar je stopnja delitve stroškov razmeroma visoka. Večina prebivalstva plačuje dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, predvsem za kritje doplačil, obstajajo pa tudi možnosti za posameznike, ki si stroškov ne morejo privoščiti. Glede na velik delež sklenjenega dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je delež neposrednih plačil (angl. Out-of-pocket - OOP) razmeroma majhen (12,3 % sedanjih zdravstvenih izdatkov v primerjavi s 15,8 % povprečja EU v letu 2017) (oddelek 5.2).

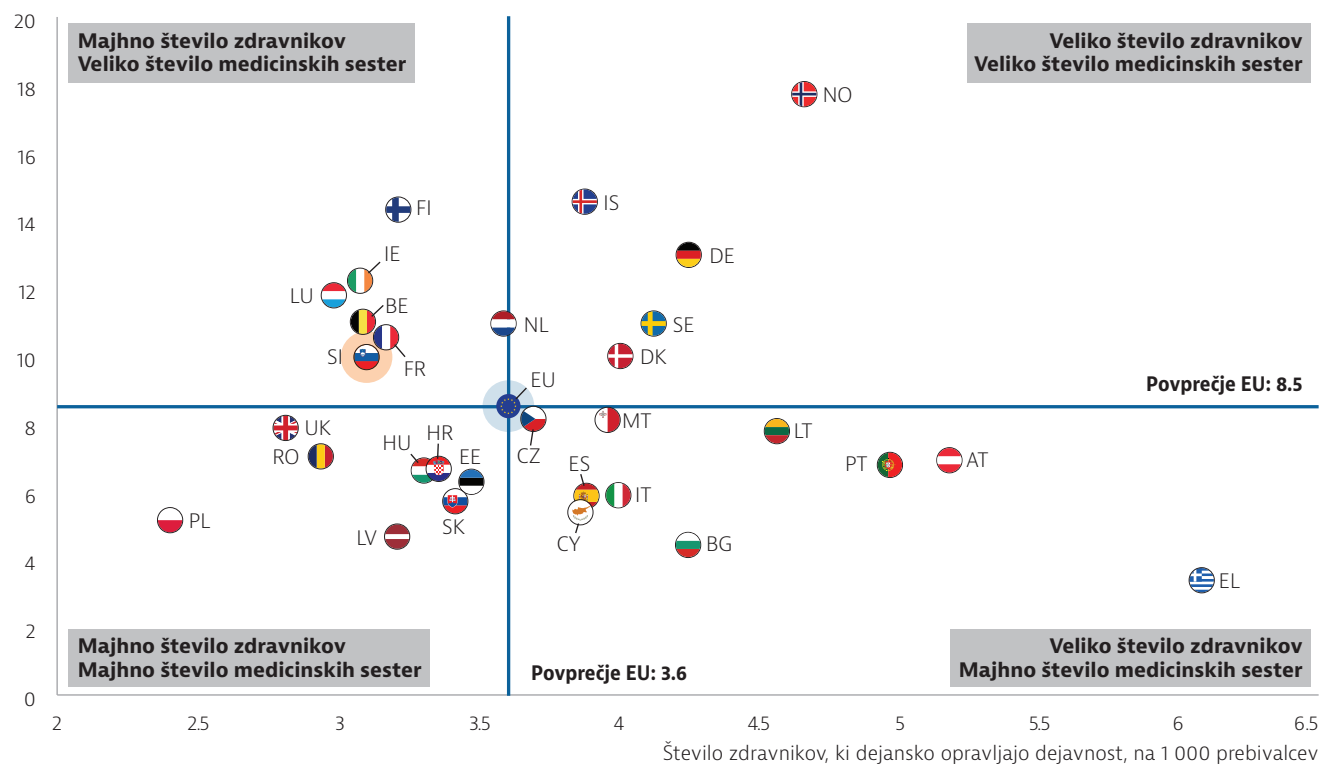
Načrtuje se reševanje težave pomanjkanja zdravnikov

Število zdravnikov v Sloveniji (3,1 na 1 000 prebivalcev) je precej pod povprečjem EU (slika 10). Pacienti poročajo, da imajo težave pri izbiri zdravnika družinske medicine, tudi v gosto naseljenih urbanih območjih. Težave so se še poslabšale po sklenitvi dogovora z Ministrstvom za zdravje o manjši delovni obremenitvi zdravnikov družinske medicine, ki je razkril pomanjkanje skoraj 400 zdravnikov družinske medicine (eno tretjino celotne delovne sile). Ker takojšnje rešitve ni bilo, je

več zdravnikov splošne medicine zagrozilo z odpovedjo delovnega razmerja. Ministrstvo za zdravje je doseglo ustrezne dogovore za preprečitev takega izida. Specializacija iz družinske medicine ni bila priljubljena izbira zaradi predhodno veljavnega sistema plač v javnem sektorju, ki je bila povezana z leti usposabljanja (štiri leta za zdravnike družinske medicine in šest let za vse druge specialiste). Ta težava z nagrajevanjem se zdaj izboljšuje in usposablja se več zdravnikov družinske medicine. Na področju zdravstvene nege vidimo sicer relativno večje število osebja (9,9 na 1 000), ki presega povprečje EU (8,5). Vendar bi bilo treba ta podatek razlagati previdno, saj vključuje tudi medicinske sestre, ki so opravile le poklicno izobraževanje in je njihov delež dve tretjini vsega kadra v zdravstveni negi, medtem ko je število diplomiranih medicinskih sester, ki ustrezajo Direktivi o reguliranih poklicih v zdravstvu, le 3,4 na 1000 prebivalcev (glej oddelek 5.3).

Slika 10: Številokadrov v zdravstveni negi je višje od povprečja EU, število zdravnikov pa zaostaja

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



Opomba: 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 Avstriji in Grčiji je prenizka, saj vključuje le tiste, ki delajo v bolnišnicah. V Sloveniji vključuje tudi tehnike zdravstvene nege, ki so zaključili le poklicno izobraževanje in ne ustrezajo določilom iz Direktive o reguliranih poklicih v zdravstvu.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2017 ali najbližje leto).

Dolge čakalne dobe za nekatere storitve v javni zdravstveni mreži so še vedno težava

Dolge čakalne dobe so trajna težava slovenskega zdravstvenega sistema. Kljub prizadevanjem Ministrstva za zdravje za njihovo zmanjšanje s pritiskom na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, naj nameni več denarja, zlasti za diagnostične storitve, pa manjkajo učinkovite spodbude v javnem sistemu, kar ogroža vzdržnost sistema (glej oddelek 5.3). Nadalje, povečanje števila pacientov s kroničnimi stanji pomeni večjo delovno obremenitev že tako majhnega števila zdravnikov družinske medicine, kar posledično pomeni več napotitev na specialistične preglede in daljše čakalne dobe. Ker zdravniki družinske medicine delujejo kot vstopna točka za dostop do specialistične obravnave, bi povečanje ponudbe zdravnikov družinske medicine zagotovilo tudi boljši nadzor nad napotitvami v specialistično obravnavo (Evropska komisija, 2019c).

Centri za krepitev zdravja nadalje krepijo primarno zdravstveno dejavnost

Centri za krepitev zdravja delujejo od leta 2002 in za promocijo zdravja in preprečevanje bolezni v okviru skupnosti uporabljajo večdisciplinarni pristop na podlagi vsebine. Čeprav je bil njihov cilj sprva zagotavljanje svetovanja glede življenjskega sloga pacientom s tveganjem za nenalezljive bolezni, pa se je program razvil za povečanje osredotočenosti na neenakosti ter razširil svoje področje delovanja tudi na zdravo prebivalstvo. Predvidena je nadgradnja zdravstvenovzgojnih centrov, njihovo preoblikovanje v centre za krepitev zdravja ter razširitev novega modela promocije zdravja in preprečevanja bolezni na vse zdravstvene domove, ob podpori Evropskih strukturnih in investicijskih skladov (Regionalni urad SZO za Evropo, 2018) (glej oddelek 5.3). Druge pobude za izboljšanje sodelovanja in integracije oskrbe vključujejo referenčne ambulante (glej okvir 3), ki so omogočile tudi vzpostavitev protokolov za vodenje pacientov, registrov pacientov s kroničnimi stanji in razvoj kazalnikov kakovostnega spremljanja.

5 Uspešnost zdravstvenega sistema

5.1 Učinkovitost

Sedanje preusmerjanje v preventivo lahko nadalje zmanjša preprečljivo umrljivost

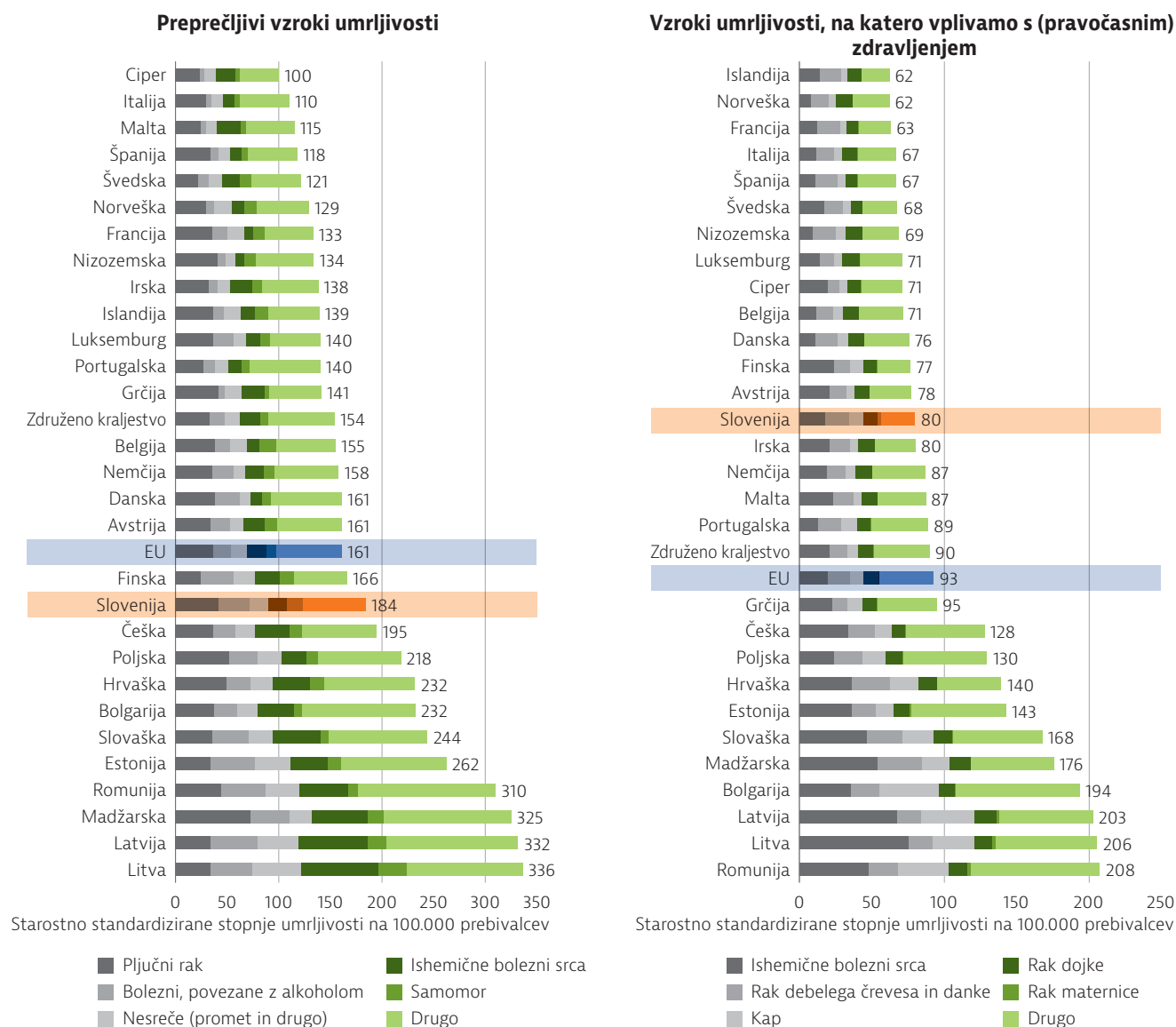
Leta 2016 je bila stopnja preprečljive umrljivosti, ki bi jo bilo mogoče preprečiti z ukrepi javnega zdravja in primarne preventive v Sloveniji, višja od povprečja EU (slika 11), vendar se je od leta 2011 znižala za približno 12 %. Čeprav gre za napredek, pa so še možnosti za izboljšanje. Veliko se pričakuje od uvedbe referenčnih ambulant (glej oddelek 5.3) in centrov za krepitev zdravja, ki bi morali spodbuditi prizadevanja na področju preventive z izboljšanjem presejalnih programov, svetovanja, cepljenj in boljšega usklajevanja obravnave (Evropska komisija, 2019b). Očitna je zlasti znatna razlika v preprečljivi umrljivosti med moškimi in ženskami, saj moški sistematično poročajo o višjih stopnjah ishemične bolezni srca, pljučnega raka, nezgod, motenj povezanih z alkoholom in samomorov.

Prizadevanja in medsektorsko sodelovanje so prispevali k odzivu politike na področju nadzora tobaka in predpisov glede alkohola, kljub lobiranju interesnih skupin. Ravni kajenja so se znižale, vendar je pljučni rak še vedno glavni vzrok preprečljive umrljivosti. Stopnja uživanja alkohola je še vedno visoka, stopnja preprečljivih smrti zaradi bolezni, povezanih z alkoholom, pa je skoraj dvakrat višja od povprečja EU. Čeprav je Slovenija uvedla več ukrepov za omejitev zlorabe alkohola, pa še vedno ni uvedla trošarin na vino, nedavno pa je bil po 18-letni prepovedi sprejet predlog, ki znova omogoča prodajo piva in vina na športnih dogodkih.

Umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov se je zmanjšala in je zdaj precej pod povprečjem EU

V Sloveniji se stopnje umrljivosti zaradi ozdravljivih vzrokov, ki bi se jim bilo mogoče izogniti (torej vzrokov smrti, ki bi se jim bilo mogoče izogniti s pravočasno in učinkovito oskrbo), vztrajno znižujejo in so bile leta 2016 pod povprečjem EU, kar kaže na razmeroma učinkovito zdravstveno varstvo. Ishemična bolezen srca ter rak debelega črevesa in danke sta pomenila največji delež teh smrti, sledita jima možganska kap in rak dojke (slika 11).

Slika 11: Stopnje preprečljive umrljivosti so višje od povprečja EU, umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov pa je nižja od povprečja



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 (oziroma vzrokov, na katere je mogoče vplivati) 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). Podatki temeljijo na revidiranih seznamih OECD/Eurostata.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2016).

Kljub programom za preprečevanje samomorov je stopnja samomorilnosti še vedno dvakrat višja od povprečja EU

Stopnje samomorilnosti v Sloveniji se znižujejo, vendar so še vedno dvakrat višje od povprečja EU (slika 3). Stopnje so tudi približno štirikrat višje pri moških kot pri ženskah. Obstajajo tudi razlike v stopnjah samomorilnosti med regijami, in sicer o višjih stopnjah poročajo z osrednje-vzhodnega dela države. V odziv se izvaja več kampanj in posegov za preprečevanje samomorov na več ravneh. Zlasti program, ki se je začel leta 2006, namenjen usposabljanju zdravnikov splošne medicine, da se izboljša njihova sposobnost zaznavanja zgodnjih znakov depresije (saj prav ti zdravniki odločajo o napatitvah k psihiatru,

če je potrebno). Na destigmatizacijo duševnega zdravja je vplivala tudi izboljšana kakovost zdravljenja.

Slovenska vlada je ukrepala na področju prehrane in telesne dejavnosti

Državni zbor je v prizadevanjih za odpravo vse večjega bremena kroničnih bolezni in debelosti sprejel Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2020, ki na podlagi vseživljenjskega pristopa spodbuja zdrav življenjski slog (Ministrstvo za zdravje, 2015). Vendar ustrezni mehanizmi za merjenje učinkovitosti izvajanja programa niso v celoti vzpostavljeni. Program je osredotočen predvsem na socialno-ekonomske razlike in vključuje ukrepe za

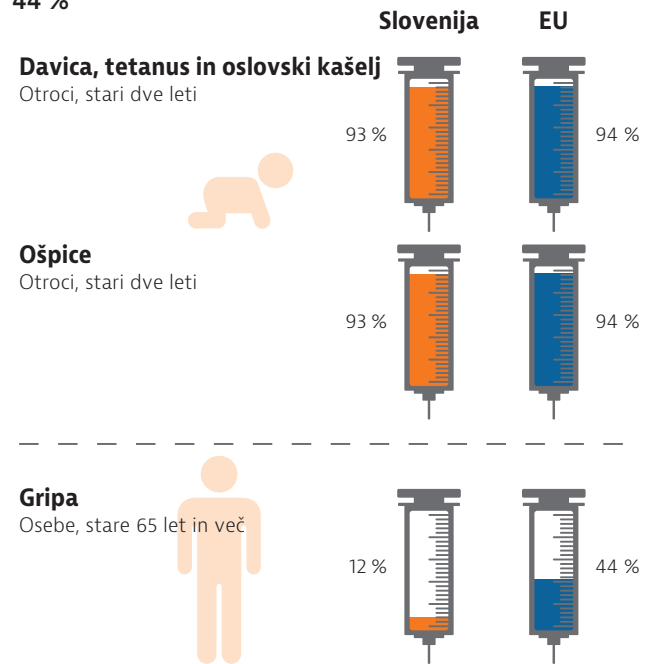
zagotavljanje enakih priložnosti za zdravje prebivalcem na teh področjih. Tudi v šolah po vsej Sloveniji potekajo nacionalni programi in projekti za promocijo zdrave prehrane (npr. topli obroki v vseh osnovnih in srednjih šolah po načelu pravičnosti) in telesne dejavnosti (npr. sistem spremljanja SLOfit). Zaradi nujnosti težav zaradi kroničnih bolezni in debelosti so se začela pogajanja s prehrabno industrijo in industrijo pijač. Od leta 2015 se je industrija prostovoljno strinjala omejiti oglaševanje brezalkoholnih pijač v šolskem okolju ter v revijah in kinematografih za otroke, mlajše od 12 let (OECD, 2017).

Stopnje precepljenosti proti gripi med odraslimi so močno pod povprečjem EU

Slovenija ima eno najnižjih stopenj precepljenosti proti gripi med prebivalci, starimi 65 let ali več, in sicer le 12-odstotno pokritost v primerjavi s 44-odstotno, ki je povprečje EU (slika 12), in je še daleč od cilja SZO, ki je določen pri 75 %. Na precepljenost med starejšimi vpliva nizka stopnja dojemanja tveganj, cepljenje pa tudi ni brezplačno (cepivo samo je krito, posamezniki pa morajo plačati za storitev cepljenja, ki je v sezoni 2017/18 stala 7 EUR za to starostno skupino).

Obvezna cepljenja otrok so v celoti krita iz nacionalnih sredstev. Stopnje precepljenosti proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so razmeroma visoke, precepljenost proti ošpicam pa je dve odstotni točki pod ciljem SZO, ki je 95 %. Cepljenje proti ošpicam je obvezno ter brezplačno za otroke in študente. Vendar več dejavnikov ovira izboljšanje precepljenosti, vključno z negotovostjo glede cepiva in relativnim pomanjkanjem znanja, tako med splošnim prebivalstvom kot med zdravstvenimi delavci (Rechel, Richardson in McKee, 2018).

Slika 12: Stopnje precepljenosti proti gripi so zelo nizke, le 12 %, v primerjavi s povprečjem EU, ki je 44 %



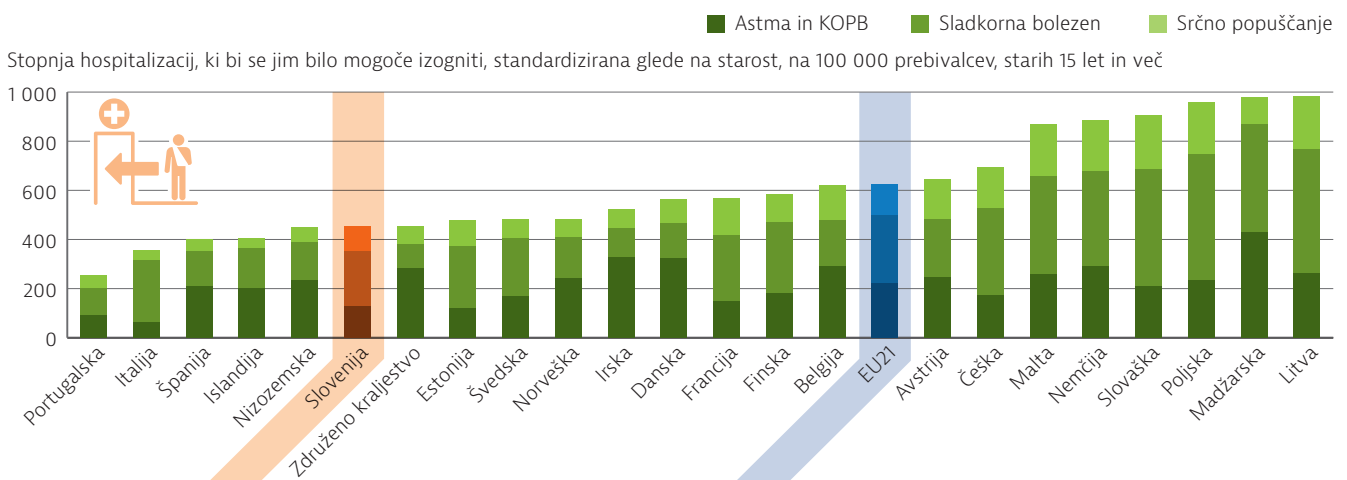
Opomba: podatki se nanašajo na tretjo dozo cepiva proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju ter prvo dozo cepiva proti ošpicam.

Vir: odložišče podatkov globalnega zdravstvenega observatorija SZO/ UNICEF glede otrok (podatki se nanašajo na leto 2018); zdravstveni statistični podatki OECD 2019 in podatkovna zbirka Eurostata glede oseb, starih 65 let in več (podatki se nanašajo na leto 2017 ali najbližje leto).

Iz razmeroma nizkih stopenj hospitalizacije je mogoče sklepati o trdnem sistemu primarnega varstva

Slovenija dosega dobre rezultate glede hospitalizacij zaradi astme in kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB), sladkorne bolezni in srčnega popuščanja, ki bi se jim bilo mogoče izogniti (slika 13). Stopnja hospitalizacij zaradi teh stanj, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, je pod povprečjem EU, kar kaže na razmeroma učinkovit sektor osnovne zdravstvene dejavnosti.

Slika 13: Hospitalizacije, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, so v upadu in so trenutno pod povprečjem EU



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2019 (podatki se nanašajo na leto 2017 ali najbližje leto).

Oskrba pri raku se izboljšuje, tudi zaradi učinkovitih presejalnih programov

Zaznano je stalno izboljševanje petletnih stopenj preživetja pri pljučnem raku, raku dojke, raku debelega črevesa in danke ter raku prostate; med leti 2010 in 2014 so stopnje dosegle ravni, primerljive s povprečjem EU. Visoke stopnje preživetja izražajo boljšo kakovost oskrbe pri raku (tj. učinkovitejše terapije), delno pa so tudi posledica presejanja prebivalstva, kar neposredno vpliva na umrljivost z zmanjševanjem pojavnosti vrst raka v poznem stadiju med prebivalstvom. Vključenost v presejalne programe za rak materničnega vratu in rak dojke presega povprečje EU. Leta 2009 se je začel nacionalni presejalni program za rak debelega črevesa in danke, v okviru katerega se ohranja visoka stopnja vključenosti, in sicer 64,6 % leta 2018 (Nacionalni inštitut za javno zdravje Slovenije, 2019). V preteklosti sta bili incidenca raka debelega črevesa in danke in umrljivost

zaradi njega visoki, vendar iz podatkov Registra raka za Slovenijo izhaja, da se stopnja incidence od leta 2011 znižuje.

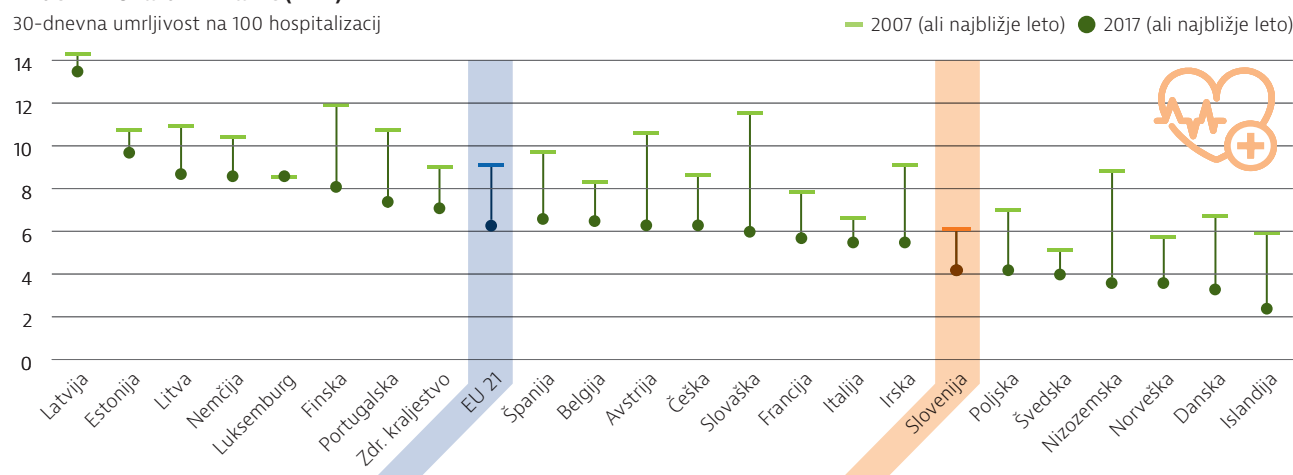
Umrljivost po kapi ostaja nad povprečjem EU

Tridesetdnevna umrljivost po hospitalizaciji zaradi infarkta in možganske kapi je kazalnik kakovosti bolnišnične oskrbe ter učinkovitosti medicinskih posegov. V skladu z zmanjšanjem umrljivosti zaradi ozdravljivih vzrokov iz razloga ishemične bolezni srca je stopnja umrljivosti v 30 dneh po hospitalizaciji zaradi akutnega miokardnega infarkta (AMI) v Sloveniji nižja od tiste v številnih drugih državah EU. Nasprotno pa je stopnja umrljivosti v 30 dneh po hospitalizaciji zaradi možganske kapi višja od povprečja EU (slika 14). Program Telekap, ki poteka od leta 2015, vključuje zgodnje prepoznavanje znakov kapi in zgodnjo uporabo učinkovitih terapij ter bi moral prispevati k zmanjšanju te prekomerne umrljivosti.

Slika 14: Iz stopenj umrljivosti po hospitalizaciji zaradi možganske kapi je mogoče sklepati, da bi bilo stanje mogoče še izboljšati

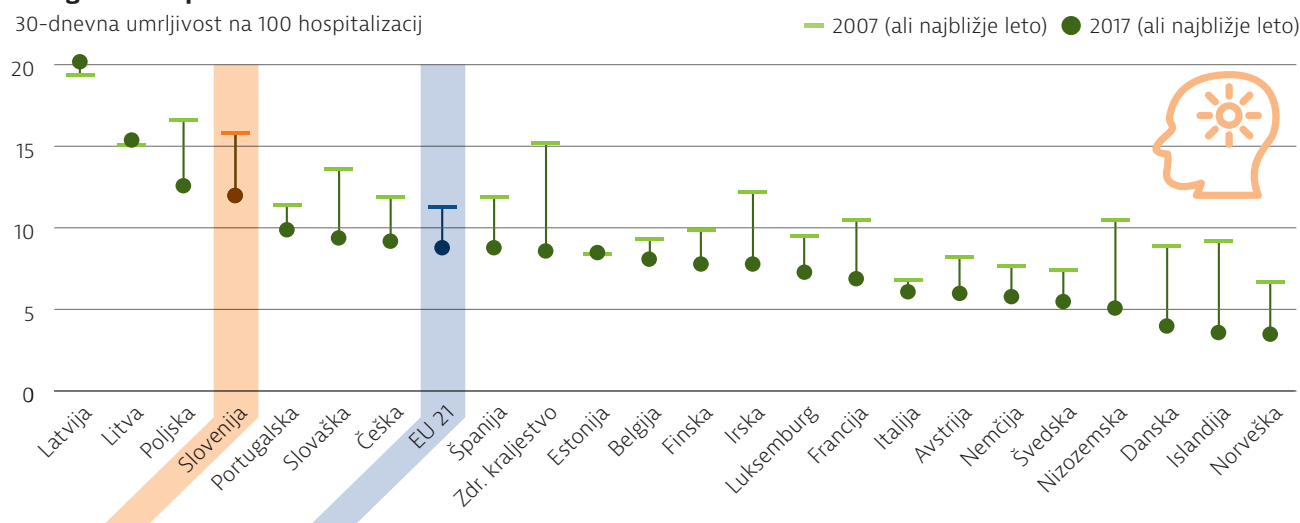
Akutni miokardni infarkt (AMI)

30-dnevna umrljivost na 100 hospitalizacij



Možganska kap

30-dnevna umrljivost na 100 hospitalizacij



Opomba: podatki temeljijo na podatkih o sprejemu in so standardizirani glede na starost in spol prebivalcev OECD leta 2010 v starosti 45 let ali več, ki so sprejeti v bolnišnico zaradi AMI in ishemične kapi.

Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2019.

Napredek pri izvajanju zagotavljanja kakovosti je počasen

Trenutno niso vzpostavljeni nobeni nacionalni standardi glede kakovosti zdravstvenega varstva. Agencija za kakovost in varnost v zdravstvu, ki je bila predlagana v okviru Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, še ni bila ustanovljena. Vendar so bolnišnice in nekateri drugi izvajalci zdravstvenih storitev akreditirani v skladu z mednarodnimi standardi (npr. s strani

Mednarodne organizacije za standardizacijo). S tehnično podporo podporne službe za strukturne reforme Evropske komisije je Slovenija vzpostavila nekatere strukture za spremljanje kakovosti in varnosti storitev zdravstvenega varstva (Evropska komisija, 2019b). Te vključujejo letno zbiranje in analizo 78 kazalnikov kakovosti za bolnišnice, ki so postali osnova za primerjalno analizo kakovosti v bolnišnicah. Z uvedbo referenčnih ambulant v letu 2011 je bilo vzpostavljenih 35 kazalnikov kakovosti za spremljanje kakovosti osnovne zdravstvene dejavnosti.

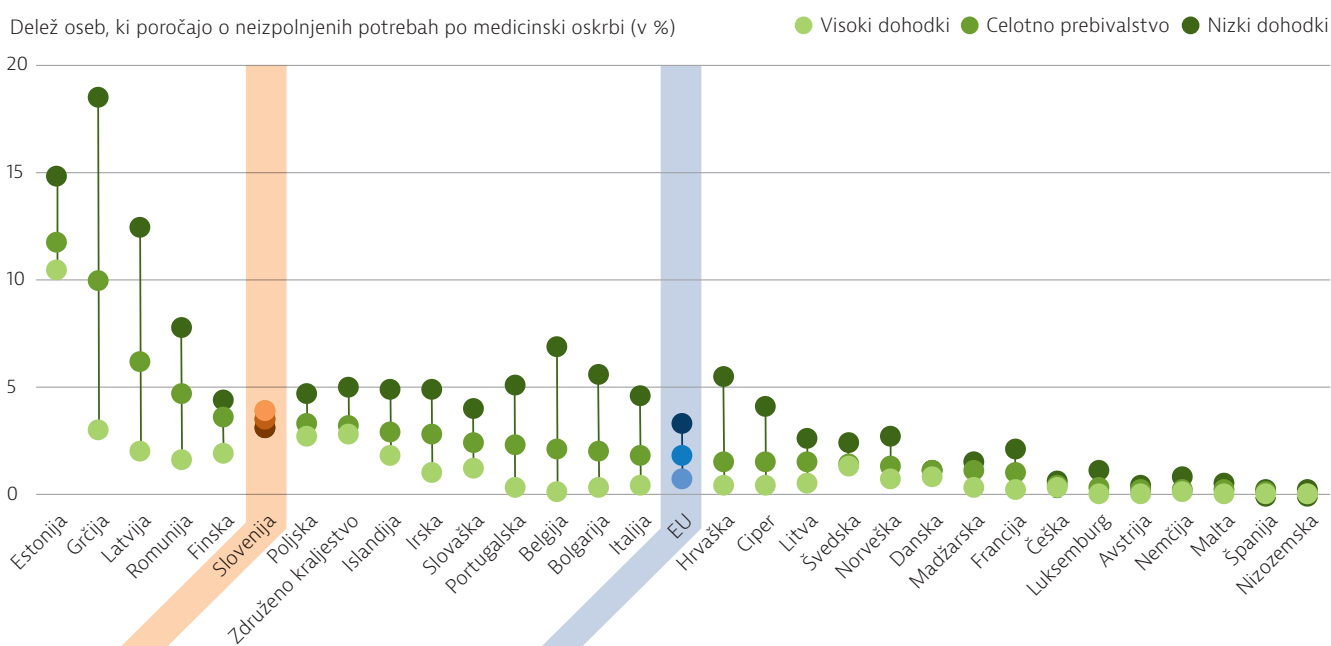
5.2 Dostopnost

Dolge čakalne dobe so glavni razlog za neizpolnjene medicinske in zobozdravstvene potrebe

Leta 2017 je 3,5 % prebivalstva poročalo o neizpoljenih potrebah po medicinski oskrbi zaradi finančnih razlogov, razdalje ali čakalnih dob (slika 15). Ta podatek skoraj za dvakrat presega povprečje EU (ki je 1,7 %). Znatno povečanje z zelo majhnega deleža prebivalstva z neizpoljenimi potrebami po medicinski oskrbi, ki je bil zabeležen v prejšnjih letih (npr. 0,4 % v letu 2016) je najverjetneje posledica dvoumnosti anketnih vprašanj, ki so bila leta 2016 popravljena. Dolge čakalne dobe je leta 2017 kot glavni razlog za neizpolnjene potrebe navajalo 3,3 % prebivalstva.

Predvsem je opazno, da se dostopnost oskrbe med dohodkovnimi skupinami le minimalno razlikuje. Najverjetnejši razlog je, da čakalne dobe v sistemu brez številnih alternativnih zasebnih možnosti enako vplivajo na skupine z manjšimi in večjimi dohodki. Dokazi o uporabi povsem zasebnega zdravstvenega zavarovanja oziroma neposrednih plačil za preskok čakalnih dob so večinoma nepreverjeni. Neizpolnjene zobozdravstvene potrebe dosegajo podoben delež in so leta 2017 znašale 3,8 %, njihov glavni vzrok pa so bile predolge čakalne dobe. Vendar je več ljudi pripravljenih zasebno plačati za zobozdravstveno oskrbo, zato približno 15 % vseh zobozdravnikov dela izključno za neposredna plačila ali na podlagi zasebnih dodatnih zavarovalnih shem. Zanimivo je, da so v Sloveniji neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi pri osebah z visokimi dohodki nekoliko večje kot pri osebah z nizkimi dohodki.

Slika 15: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi so v vseh dohodkovnih skupinah zelo podobne



Opomba: podatki se nanašajo na neizpolnjene potrebe po zdravniškem pregledu ali zdravljenju zaradi stroškov, potovalne razdalje ali čakalne dobe. Pri primerjavi podatkov med državami je potrebna previdnost, saj se uporabljene instrumente ankete nekoliko razlikujejo. Vir: podatkovna zbirka Eurostata, na podlagi podatkov EU-SILC (podatki se nanašajo na leto 2017).

Košarica pravic je obsežna, vendar odvisna od delitve stroškov

Kot je navedeno v oddelku 4, ima Slovenija skoraj univerzalno pokritost prebivalstva, saj manj kot 1 % prebivalcev nima socialno-zdravstvenega zavarovanja. Med njimi je največ marginaliziranih skupin, ki težko izpolnijo uradne zahteve glede prebivališča (okvir 2). Pri veliki večini ljudi, ki so kriti z zdravstvenim zavarovanjem, so nekatere storitve (npr. načrtovanje družine, preventiva, presejalni programi in dolgoročna zdravstvena oskrba) ter storitve za nekatere skupine prebivalstva (nosečnice, otroci in študentje do 26. leta) v celoti krite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Druge storitve pa zahtevajo znatna doplačila, ki po skupni višini niso omejena in segajo od 10 % do 90 % cene storitev. Osnovna košarica pravic na primer vključuje večino zobozdravstvenih storitev za otroke in najstnike brez doplačila. Pri odraslih pa je treba za zobozdravstvene storitve doplačati v vseh primerih, razen v redkih nujnih primerih. Glede na velik obseg doplačil ima približno 95 % prebivalstva sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Vsi zavarovanci plačujejo enotno pavšalno premijo, vlada pa zagotavlja subvencionirane premije za revnejša gospodinjstva, ki prejema določene socialne prejemke (skupno približno 100 000 oseb). Pri preostalih 5 %, ki nimajo sklenjenega dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, to pomeni pomembno oviro pri dostopu do zdravstvenih storitev.

Neposrednih izdatkov je malo in vzpostavljeni so ukrepi za zagotavljanje finančnega varstva

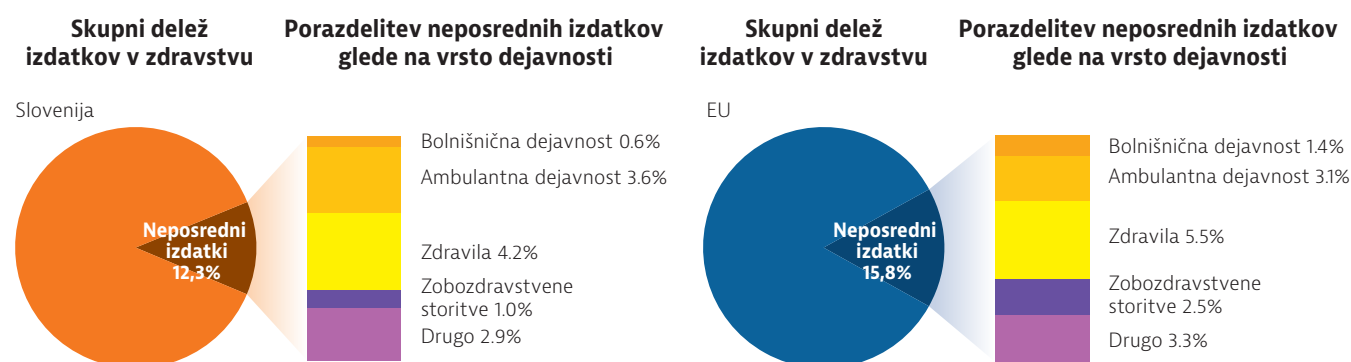
Slovenija ima kljub izdatkom za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje eno od najnižjih stopenj neposrednih izdatkov za zdravje v EU. Neposredni izdatki so leta 2017 znašali 12,3 % skupnih zdravstvenih

izdatkov v primerjavi s povprečjem EU, ki je 15,8 % (slika 16). Največji delež neposrednih izdatkov je v kategoriji ambulantnih izdatkov za zdravila, ki ji sledi kategorija ambulantne medicinske obravnave. Glede na to, da je večina zdravstvenih storitev in zdravil krita z obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, je delež neposrednih izdatkov majhen, kar pomeni, da so slovenska gospodinjstva večinoma zaščitena pred katastrofičnimi zdravstvenimi izdatki.⁴ Hkrati obstajajo izjemni ukrepi za zagotavljanje finančne varnosti: država na primer krije doplačila za zdravila vojnih veteranov, zapornikov in oseb brez dohodka.

Okvir 2: Vzeli v pokritosti prebivalstva prizadenejo predvsem marginalne skupine

Nekatere marginalizirane skupine prebivalstva (etnične manjšine, kot so Romi, migranti brez dokumentov in brezdomci) pogosto nimajo sklenjenega zdravstvenega zavarovanja. Nejasen status prebivališča je glavni izziv, saj je stalno prebivališče merilo za upravičenost do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obstajajo nekatere pobude glede tega – brezdomci lahko na primer prijavijo stalno prebivališče v nekaterih ustanovah (npr. pri centrih za socialno delo) in s tem pridobijo pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Njihovi prispevki za zdravstveno zavarovanje se nato krijejo iz občinskih proračunov. Druga prizadevanja socialnih zdravstvenih služb pogosto vključujejo usposabljanje osebja, ki ima stike s temi skupinami, o posebnih kulturnih kompetencah, ter dejavnosti ozaveščanja za spoprijemanje s predsodki in sovražnostjo v skupnosti.

Slika 16: Neposredni izdatki so nižji od povprečja EU in se nanašajo predvsem na zdravila



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2019 (podatki se nanašajo na leto 2017).

4: Katastrofični zdravstveni 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)

Izvajajo se strategije za odpravo regionalnih razlik v dostopu do zdravstva

Pomanjkanje zdravstvenih delavcev v nekaterih delih države, zlasti na podeželju in v manj razvitih delih, je pomembna ovira dostopu. Slovenija se s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev in geografskimi ozkimi grli spoprijema tako, da izvaja referenčne ambulante po

vseh državi (glej okvir 3) ter povečuje zmogljivosti usposabljanja zdravnikov, zlasti zdravnikov družinske medicine. Poleg tega so načrtovani Centri za krepitev zdravja (glej oddelek 4) posebej namenjeni zmanjševanju vrzeli v enakosti z izboljšanjem dostopa do oskrbe in preventivnega svetovanja na območjih, ki so slabše oskrbljena.

5.3 Odpornost⁵

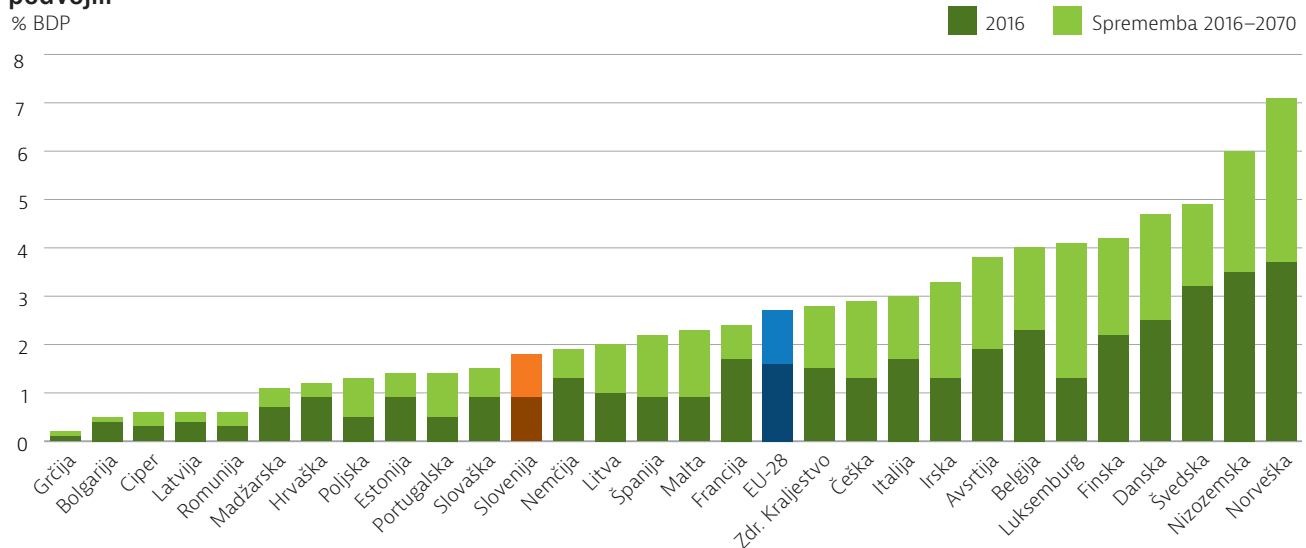
Prednostna naloga ostaja zagotavljanje dolgoročne fiskalne vzdržnosti zdravstvenega sistema

Financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji je zelo ciklično, saj je skoraj v celoti odvisno od prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki se plačujejo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Premik k sistemu, ki je manj odvisen od prispevkov iz plač posameznikov, bi omogočil stabilnejše financiranje zdravstvenega varstva ter pripravo na prihodnje izzive, saj na podlagi sedanjega sistema ne bo mogoče financirati predvidenih zvišanj stroškov zdravstvenega varstva (Evropska komisija, 2019a). Izvedenih je bilo več poskusov reformiranja in razširitve virov financiranja zdravstvenega sistema. V začetku leta 2017 je bila s predlogom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju predlagana opustitev sheme dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in njena nadomestitev z dajatvami na podlagi prihodkov, vendar končno oblikovan zakonodajni predlog še ni bil predložen Državnemu zboru v parlamentarno obravnavo (glej okvir 1).

Zaradi starajočega se prebivalstva bo obremenjen proračun za zdravje in dolgotrajno oskrbo, spremenili pa se bodo tudi modeli obravnave

Demografske spremembe ter posledično zmanjšanje delovno aktivnega prebivalstva bodo izziv za fiskalno vzdržnost pokojninskega in zdravstvenega sistema ter sistema dolgotrajne oskrbe. Glede na predvidevanja iz slike 17 bi predvideno povečanje javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2016–2020 podvojilo delež BDP, ki se porabi za to (Evropska komisija, Odbor za ekonomsko politiko, 2018). Poleg teh finančnih potreb se bodo spremenili tudi modeli obravnave, vendar Slovenija še vedno nima zakonodaje o dolgotrajni oskrbi in integraciji storitev, pri čemer se načrtuje, da bo Državni zbor zakon sprejel leta 2020 (glej okvir 1). Trenutno se dolgotrajna oskrba zagotavlja v okviru različnih sistemov socialne zaščite in na podlagi različnih zakonov. Predvideno je, da se bodo v istem obdobju izdatki za zdravstveno varstvo povečali za eno odstotno točko BDP. Predvideno povečanje prispeva k opredelitvi tveganj glede vzdržnosti v srednje- in dolgoročnem obdobju (Evropska komisija, Odbor za ekonomsko politiko, 2018).

Slika 17: Predvideva se, da se bodo javni izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2016–2020 v deležu BDP podvojili



Opomba: celota EU-28 je tehtana glede na BDP.
Vir: Evropska komisija, Odbor za ekonomsko politiko, 2018.

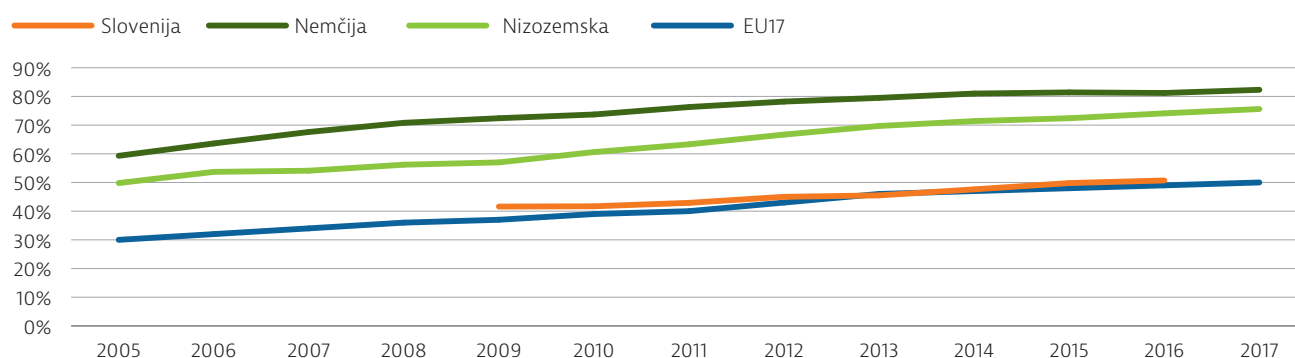
5: Odpornost se nanaša na zmožnost sistemov zdravstvenega varstva, da se učinkovito prilagajajo spreminjajočim se okoliščinam, nenadnim pretresom ali krizam.

Slovenija je uvedla ukrepe za optimizacijo izdatkov za zdravila

Izdatki za zdravila in medicinske pripomočke so tretja največja kategorija izdatkov v zdravstvu za ambulantno in bolnišnično varstvo v Sloveniji (oddelek 4) ter glavni element neposrednih izdatkov. Maksimizacija potencialne uporabe generičnih zdravil bi omogočila znatne prihranke in manjše neposredne izdatke. Čeprav je delež trga generičnih zdravil glede na obseg v Sloveniji podoben povprečju EU, bi ga bilo mogoče še izboljšati, saj ima več držav (npr. Nizozemska in Nemčija) znatno višje deleže uporabe generičnih zdravil (slika 18).

Proizvajalci v farmacevtski industriji pogosto bolnišnicam prostovoljno odobrijo popuste na zdravila, in čeprav je tako tudi v Sloveniji, so popusti razmeroma nizki, in sicer med 1 % in 10 % (Vogler idr., 2010). Na podlagi načrtov glede uvedbe centralnega postopka javnega naročanja so bila od leta 2015 objavljena tri javna naročila zdravil za bolnišnice. Na podlagi najnovejšega iz leta 2017 (ki je poteklo poleti 2019) sta bila izbrana dva dobavitelja z najnižjimi cenami. Vendar so bili prihranki minimalni (manj kot 1 %), bolnišnice pa bodo od sredine leta 2019 znova začele objavljati svoja posamezna javna naročila. Načrt centralnega postopka javnega naročanja ostaja, vendar bo potrebnih več priprav.

Slika 18: Uporabo generičnih zdravil bi bilo mogoče povečati



Opomba: podatki se nanašajo na delež generičnih zdravil glede na obseg.
Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2019.

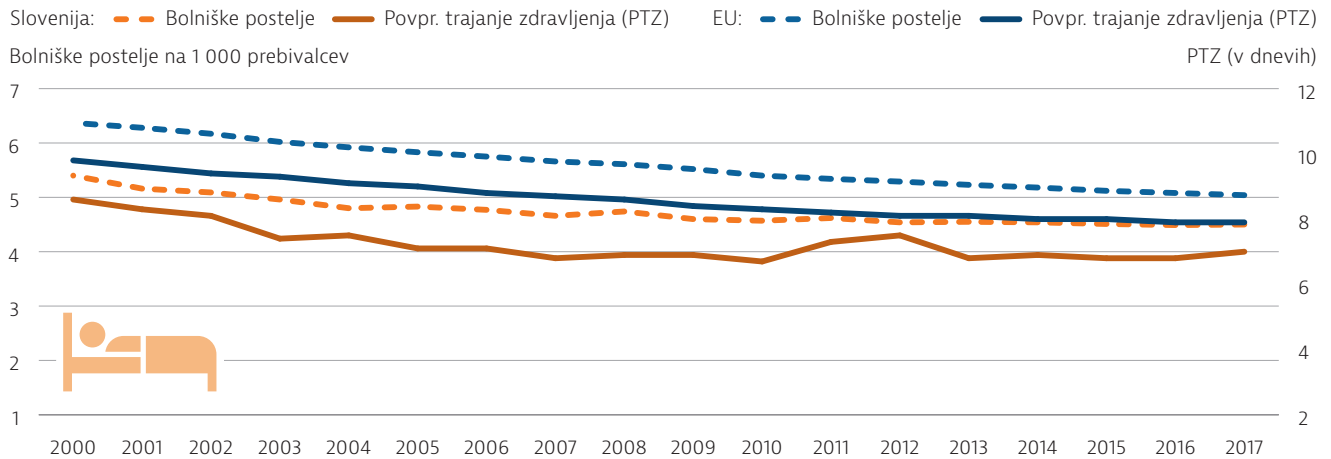
V uporabi so nekateri elementi vrednotenja zdravstvenih tehnologij kot pomoč pri odločanju

V Sloveniji ne obstaja nobena namenska agencija ali nacionalni regulativni okvir za vrednotenje zdravstvenih tehnologij za uvajanje novih zdravstvenih tehnologij v sistem javnega financiranja. Elementi vrednotenja zdravstvenih tehnologij pa so vključeni v postopke določanja cen in povračil za zdravila. Ministrstvo za zdravje je vključeno v evropsko znanstveno/tehnično sodelovanje glede vrednotenja zdravstvenih tehnologij, skupni ukrep EUnetHTA, in namerava ustanoviti nacionalno agencijo za vrednotenje zdravstvenih tehnologij. Mednarodno sodelovanje je bilo pomemben katalizator v podporo dejavnostim za uresničitev tega izvajanja. V tem smislu je Slovenija aktivna članica mreže za informacije o določanju cen in povračil, ki združuje pristojne organe po vsej Evropi in od drugod. V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva je predvidena širša uporaba mehanizmov vrednotenja zdravstvenih tehnologij, vladni predlog zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu pa predvideva ustanovitev agencije za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (Evropska komisija, Odbor za ekonomsko politiko, 2018).

Nadaljnje preusmerjanje v ambulantno kirurgijo lahko poveča učinkovitost bolnišnic

Pri izboljšanju učinkovitosti bolnišnic je bil dosežen določen napredek. Skupno število postelj na 1000 prebivalcev se je od leta 2000 zmanjšalo za skoraj 20 % in je pod povprečjem EU. Podobno se je povprečno trajanje zdravljenja v bolnišnicah prav tako skrajšalo na sedem dni (2017), kar je približno dan pod povprečjem EU (slika 19). Vendar iz nizkih stopenj zasedenosti (69,5 % v primerjavi s 77,1 % v EU) in velike fluktuacije pacientov izhaja, da bi bilo mogoče število bolnišničnih postelj v akutni obravnavi še nadalje zmanjšati. Stopnja odpustov iz bolnišnice (183 na 1 000 prebivalcev) je nekoliko višja od stopnje v celotni EU (172) in se je od leta 2000 zvišala za skoraj 10 %, čeprav je ta podatek najverjetneje posledica uvedbe skupin primerljivih primerov (SPP). Vendar bo zaradi vse večjega deleža prebivalstva, starejšega od 65 let, potreben celovit načrt za obvladovanje večjega povpraševanja po hospitalizacijah.

Slika 19: Število bolnišničnih postelj in povprečno trajanje zdravljenja (PTZ) sta se zmanjšala in sta stalno pod povprečjem EU

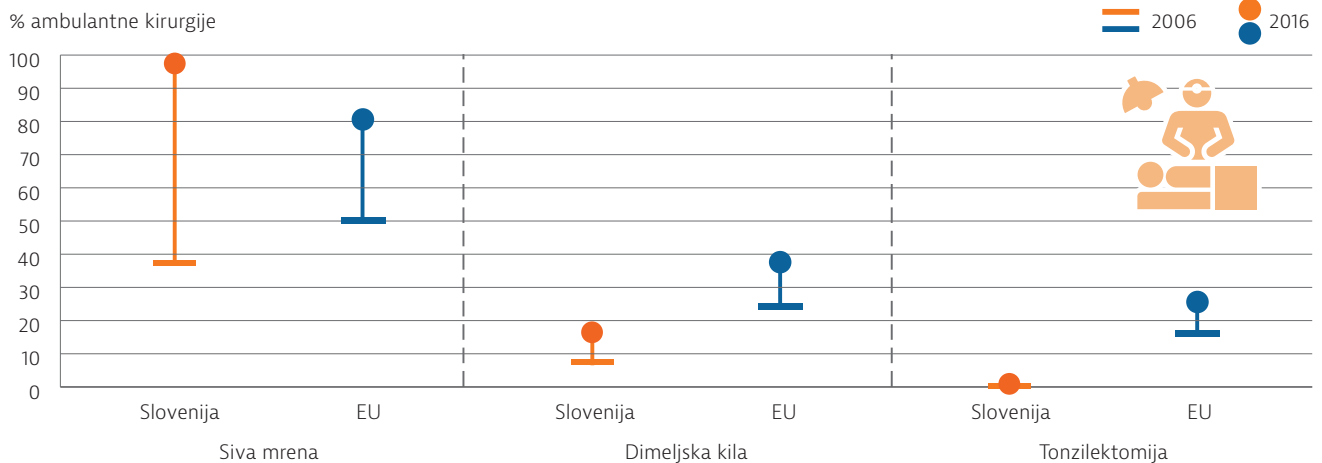


Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Omogočanje pogostejše uporabe ambulantne kirurgije bi lahko prispevalo tudi k znatnim prihrankom pri bolnišničnih izdatkih, saj je razširjenost ambulantne kirurgije v Sloveniji pri nekaterih postopkih še vedno omejena. Čeprav se je na primer število ambulantnih operacij sive mreže hitro povečevalo in leta 2016 celo

preseglo povprečje EU (98 % v Sloveniji in 84 % v EU), pa istega leta ambulantno ni bila opravljena nobena tonzilektomija, v primerjavi z 29 % v EU (slika 20). V pogovoru s specialisti ORL se je pokazalo, da stroka v Sloveniji zaradi tveganj z zapleti nasprotuje ambulantni tonzilektomiji.

Slika 20: Ambulantna kirurgija je glede nekaterih posegov zelo omejena, glede operacije sive mreže pa zelo pogosta



Vir: zdravstveni statistični podatki OECD 2018; podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leti 2006 in 2016 ali najbližja leta).

Povečuje se osredotočenost na obravnavo, usmerjeno v posameznika, ki jo omogoča povezovanje različnih strokovnih znanj in spretnosti

V Sloveniji je za novo paradigmo primarne zdravstvene dejavnosti značilen premik k združevanju preventive in integrirane večprofesionalne obravnave namesto akutne in kronične obravnave. Na podlagi izvajanja referenčnih ambulant (okvir 3) in reform na podlagi slovenske Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2016–2025) strategije vključujejo integracijo Centrov za krepitev zdravja v zdravstvene domove, in sicer najprej 25 centrov do leta 2020 in nato vključitev vseh centrov v zdravstvene domove do leta 2025.

Pri uvajanju infrastrukture e-zdravja je bil dosežen precejšen napredek

Uvajanje infrastrukture e-zdravja je eden od glavnih dolgoročnih ciljev slovenskega javnega sektorja in ima pomembno vlogo pri krepitvi osnovne zdravstvene dejavnosti. Slovenski projekt e-zdravja vključuje 20 rešitev, pri čemer je e-recept ena od najpogosteje uporabljenih. Od nacionalne uvedbe v začetku leta 2016 se je kakovost izvajanja tega instrumenta stalno izboljševala in število uporabnikov je zdaj doseglo 90 % vseh izvajalcev zdravstvenih storitev. Storitve e-napotnica temelji na elektronski napotnici in ureja preglede, na katere so pacienti napoteni s primarne zdravstvene dejavnosti na sekundarno/terciarno zdravstveno dejavnost, pri tem pa omogoča tudi pregled nad čakalnimi dobami. Kljub nekaterim tehničnim težavam od uvedbe leta 2016 je bila storitev e-napotnice nedavno izboljšana in je trenutno ena od glavnih prednostnih nalog države na področju e-zdravja, saj je zelo pomembna v sklopu za spremljanje in upravljanje čakalnih dob.

Okvir 3: V praksah zdravnikov družinske medicine se izvaja združevanje različnih strokovnih znanj in spretnosti

Leta 2011 je Ministrstvo za zdravje pripravilo nov pilotni pristop k upravljanju kroničnih stanj in preprečevanju bolezni na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti, in sicer na podlagi referenčnih ambulant. Glavna novost je uvedba 0,5 ekvivalenta polnega delovnega časa usposobljene diplomirane medicinske sestre, ki je opravila tudi posebno usposabljanje iz preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Ta sestra je odgovorna za oceno stanja stabilnih kroničnih pacientov in usklajevanje obravnave, izvaja preventivno svetovanje in presejanje za dejavnike tveganja osnovni skupini (ki je tradicionalno vključevala zdravnika splošne medicine in medicinsko sestro). Usposabljanje medicinskih sester financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, sestavljeno pa je iz osmih modulov (s poudarkom na preventivi in kroničnih boleznih) za izvajanje protokolov pri nadaljnjem spremljanju kroničnih pacientov. Medicinske sestre tesno sodelujejo z zdravniki družinske medicine, zmanjšujejo njihovo delovno obremenitev in spodbujajo večdisciplinaren pristop k oskrbi. Popolna prenova praks zdravnikov splošne medicine je bila predvidena do leta 2018, vendar se je zaradi proračunskih omejitev ta rok prestavil na sredino leta 2020. Leta 2017 je 75 % vseh ambulant zdravnikov družinske medicine v državi zaposlovalo dodatnega 0,5 ekvivalenta polnega delovnega časa usposobljene diplomirane medicinske sestre.



6 Ključne ugotovitve

- Zdravje slovenskega prebivalstva se še naprej izboljšuje, čeprav so še vedno opazne vrzeli v pričakovanem trajanju življenja po spolu in socialno-ekonomskih skupinah. Znatno podaljšanje pričakovanega trajanja življenja je delno posledica zmanjševanja umrljivosti zaradi srčnožilnih vzrokov. Vendar sta ishemična bolezen srca in možganska kap še vedno glavna vzroka umrljivosti, sledi pa jima pljučni rak. Še vedno so prisotne tudi visoke stopnje samomorilnosti, kljub zmanjšanju skupnega števila samomorov. Vedenjski dejavniki tveganja, zlasti prehranska tveganja, so pomembna težava javnega zdravja, zlasti pri otrocih, mladostnikih in prikrajšanih skupinah prebivalstva.
- Čeprav je bil dosežen postopen napredek pri zmanjšanju umrljivosti zaradi srčnožilnih bolezni, pa ostajajo precejšnje razlike med spoloma. Petletno preživetje pri pljučnem raku, raku dojke, raku debelega črevesa in danke ter raku prostate so je prav tako izboljšalo. Nižje stopnje umrljivosti in izboljšano preživetje odražajo tako učinkovitejše terapije, kot tudi uspešnost presejanja prebivalstva in večje osredotočenosti na preventivo.
- Pomemben napredek v zadnjih letih je bila preusmeritev zdravstvenega sistema v preventivo in dejavnosti na področju javnega zdravja, zlasti na področju nenalezljivih bolezni in dejavnikov tveganja, in sicer prek centrov za promocijo zdravja, referenčnih ambulant, svetovanja in presejanja na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti. Cilj navedenih storitev je tudi spoprijemanje z geografskimi omejitvami zdravstvenega varstva ter povečanje enakosti v dostopnosti in rezultatov pri slabše oskrbljenih skupinah prebivalstva.
- Sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja univerzalno pokritost vseh prebivalcev s stalnim prebivališčem, vendar so zasebni izdatki razmeroma veliki. Približno 95 % prebivalstva ima sklenjeno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, predvsem za kritje doplačil. Glede na velik delež prostovoljnega zavarovanja so neposredni izdatki majhni, kar kaže, da so gospodinjstva večinoma zavarovana pred katastrofičnimi zdravstvenimi izdatki.
- Dolge čakalne dobe so stalen izziv, kljub prizadevanjem za njihovo odpravo, na primer prek občasnega dodatnega financiranja. Iz rezultatov anket izhaja, da so čakalne dobe glavni razlog za samoporočane neizpolnjene medicinske in zobozdravstvene potrebe. Po drugi strani pa je pozitivno, saj majhne razlike med neizpolnjenimi potrebami različnih dohodkovnih skupin kažejo, da je dostop do oskrbe na splošno pravičen.
- Pomanjkanje zdravnikov je velik izziv zdravstvenega sistema v Sloveniji. Zlasti majhno število zdravnikov družinske medicine negativno vpliva na čakalne dobe. Trenutno se usposablja več zdravnikov in tudi plače so se spremenile tako, da se zmanjša plačna vrzel v primerjavi s specialisti v bolnišnicah.
- Slovenija je ena od držav v EU, katere prebivalstvo se najhitreje stara, zato se bodo po predvidevanjih zdravstveni izdatki kot delež BDP v naslednjih letih povečali. Država se spoprijema tudi z velikim izzivom predvidenega naraščanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo ter potrebo po spremembi modelov oskrbe. Predvideva se, da bo to srednje- do dolgoročno povzročilo tveganje glede fiskalne vzdržnosti. Ob upoštevanju, da je sedanji sistem močno odvisen od prispevkov iz plač, obstajajo predlogi glede diverzifikacije virov financiranja zdravstvenega sistema. Pripravljeni so načrti za reformo financiranja zdravstvenega varstva in dolgoročne oskrbe, vendar je bila obravnava navedene zakonodaje preložena vsaj do sredine leta 2020.



Ključni viri

Albrecht T et al. (2016), Slovenia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(3): 1–207.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Sklici

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Slovenia*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10177-2019-INIT/en/pdf>

European Commission (2019a), *Fiscal Sustainability Report 2018*. Institutional Paper 094. Brussels.

European Commission (2019b), *Country Report Slovenia 2019*. 2019 European Semester. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-slovenia_en.pdf

European Commission (2019c), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update*. Institutional Paper 105. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016–2070)*. Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Health Insurance Institute of Slovenia (2019), *Annual business report of the Health Insurance Institute of Slovenia*. Health Insurance Institute of Slovenia, Ljubljana.

Ministry of Health (2015), *National Programme on Nutrition and Health Enhancing Physical Activity 2015–2025*. Ministry of Health, Ljubljana.

National Institute of Public Health of Slovenia (2019), *Annual report on the execution of the SVIT screening programme*. National Institute of Public Health of Slovenia. Ljubljana.

OECD (2017), *Obesity Update 2017*. OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Vogler S, Habl C, Leopold C, Mazag J, Morak S, Zimmermann N. *PHIS Hospital Pharma Report 2010*. Pharmaceutical Health Information System (PHIS), 2010.

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, Copenhagen

WHO Regional Office for Europe (2018), *Good Practice Brief: Health Promotion Centres in Slovenia: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level*. WHO Regional Office for Europe, 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	Združeno kraljestvo	UK

State of Health in the EU

Zdravstveni profil države 2019

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 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264456174 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)