

State of Health in the EU Slovenija

Zdravstveni profil leta 2017

Zbirka profilov držav

Profil držav zagotavlja natančen in za politiko pomemben pregled zdravja in zdravstvenih sistemov v državah članicah EU, pri čemer so izpostavljene posebne značilnosti in izzivi v posamezni državi. Zasnovani so tako, da zagotavljajo podporo prizadevanjem držav članic pri oblikovanju na dokazih utemeljene politike.

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 države članice, in mreža omrežja *Health Systems and Policy Monitor*.

Kazalo

1 • POUČENJE	1
2 • ZDRAVJE V SLOVENIJI	2
3 • DEJAVNIKI TVEGANJA	4
4 • ZDRAVSTVENI SISTEM	6
5 • USPEŠNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	9
5.1 Učinkovitost	9
5.2 Dostopnost	12
5.3 Odpornost	13
6 • KLJUČNE UGOTOVITVE	16

Viri podatkov in informacij

Podatki in informacije v teh profilih držav temeljijo predvsem na nacionalnih uradnih statističnih podatkih, ki so bili predloženi Eurostatu in OECD ter potrjeni junija 2017, da bi tako zagotovili najvišje standarde 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* (inštitut za zdravstvene meritve in vrednotenje, IHME), Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), raziskave na področju odnosa šoloobveznih otrok do zdravja (angl. HBSC), Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in drugi nacionalni viri.

Izračunana povprečja EU so tehtana povprečja 28 držav članic, razen če je navedeno drugače.

Za prenos Excelove preglednice z vsemi tabelami in grafi iz tega profila v spletni brskalnik vtipkajte naslednje povezave StatLinks: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623438>

Demografske in družbenogospodarske razmere v Sloveniji leta 2015

	Slovenija	EU
Demografski dejavniki	Število prebivalstva (v tisočih)	2 064
	Delež prebivalcev, starejših od 65 let (v %)	17.9
	Stopnja rodnosti ¹	1.6
Družbenogospodarski dejavniki	BDP na prebivalca (PKM ² v EUR)	23 900
	Relativna stopnja revščine ³ (v %)	8.4
	Stopnja brezposelnosti (v %)	9.0

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 med ravnimi cen držav.

3. Delež ljudi, ki se preživljajo z manj kot 50 % mediane ekvivalentnega razpoložljivega dohodka.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

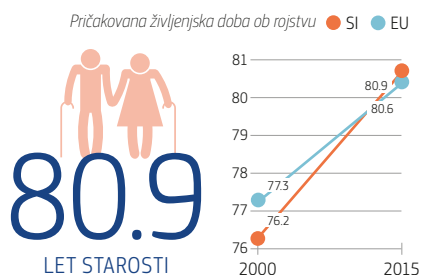
Izjava o omejitvi odgovornosti: Mnenja in argumenti avtorjev v tem dokumentu ne izražajo nujno uradnih stališč OECD in njegovih držav članic ali Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike ali katerega koli izmed njegovih partnerjev. Stališča, izražena v tem dokumentu, se nikakor ne smejo obravnavati kot uradno mnenje Evropske unije.

Ta dokument ter vsi podatki in zemljevidi, ki jih vključuje, ne posegajo v status suverenosti nad katerim koli ozemljem, razmejitve mednarodnih meja in 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/>.

1 Poudarki

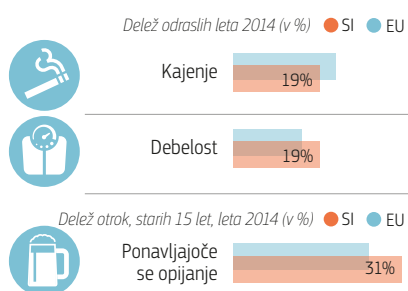
Povprečna pričakovana življenjska doba v Sloveniji presega povprečno pričakovano življenjsko dobo v EU, v zadnjih dveh desetletjih pa je bilo evidentirano eno izmed največjih podaljšanj te dobe. Za sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja je značilna nizka stopnja javnega financiranja, pomembno vlogo pri tem pa ima dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ukrepi fiskalne konsolidacije so ob upoštevanju gospodarske krize pospešili prizadevanja za reforme, katerih namen je razširiti osnovo prihodkov in zagotoviti fiskalno vzdržnost.

Zdravstveno stanje



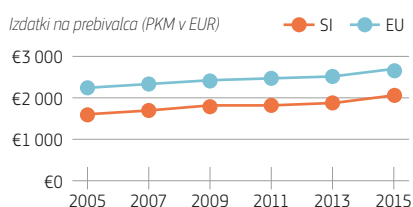
Pričakovana življenjska doba ob rojstvu je leta 2015 znašala 80,9 leta, kar je skoraj pet let več kot leta 2000. Vendar zdrave v teh dodatnih letih življenja ni vedno dobro, pri čemer so leta zdravega življenja pod povprečjem EU. Pričakovana življenjska doba se daljša predvsem zaradi stalnega zmanjševanja števila prezgodnjih smrti zaradi bolezni srca in ožilja ter raka, čeprav so to še vedno glavni vzroki smrti.

Dejavniki tveganja



Leta 2014 je 19 % odraslih v Sloveniji vsak dan kadilo tobak, kar je nekoliko manj od povprečja EU in manj kot leta 2001, ko je ta delež znašal 24 %. Stopnje debelosti pa presegajo povprečje EU, in sicer se je ta stopnja pri odraslih zvišala s 16 % leta 2007 na 19 % leta 2014. Stopnja ponavljajočega se opijanja pri 15-letnikih je višja kot v večini držav članic EU, popivanje pri odraslih pa je blizu povprečju EU.

Zdravstveni izdatki



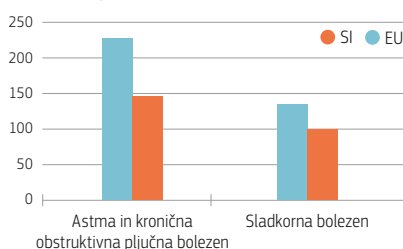
Slovenija je leta 2015 za zdravstveno varstvo posameznika porabila 2 039 EUR, v EU pa se je povprečju porabilo 2 797 EUR. To ustreza 8,5 % BDP, kar je prav tako pod povprečjem EU, tj. 9,9 %. Vendar je zdravstveni sistem Slovenije eden izmed najdražjih med novejšimi državami članicami. Samo 71,1 % zdravstvenih izdatkov je financiranih iz javnih sredstev, na ravni EU pa je ta delež 78,7 %. Za zdravstvene izdatke gospodinjstva neposredno namenijo 13 %, pri tem pa ima pomembno vlogo prostovoljno (dopolnilno) zdravstveno zavarovanje, ki znaša 14 %.

Učinkovitost zdravstvenega sistema

Učinkovitost

Sprejmi v bolnišnicah za ambulantno oskrbo pod občutljivimi pogoji, ki se jim je mogoče izogniti, so pokazali, da zdravstveni sistem tem pacientom zagotavlja učinkovito oskrbo zunaj bolnišnic.

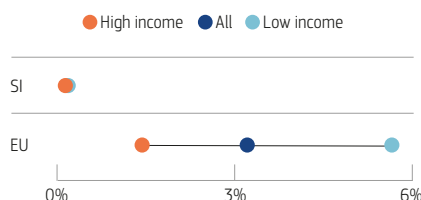
Sprejmi v bolnišnicah, ki se jim je mogoče izogniti, astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen, sladkorna bolezen, standardizirana stopnja glede na starost in spol na 100 000 prebivalcev, starih nad 15 let, 2015



Dostop

Dostop do zdravstvenih storitev je dober, pri čemer je bilo sporočenih zelo malo neizpolnjenih potreb po medicinski oskrbi, med skupinami z različnimi prihodki pa skoraj ni razlik. Čakalni sezname za specialistično oskrbo so še vedno izziv.

Delež sporočenih neizpolnjenih potreb glede medicinske oskrbe (v %), 2015



Odpornost

Gospodarska kriza je razkrila težave v zvezi s fiskalno vzdržnostjo zdravstvenega sistema, diverzifikacija prihodkov v zdravstvu pa je bila določena kot prednostna naloga. Poleg tega je še veliko možnosti za izboljšanje učinkovitosti v zvezi bolnišnično oskrbo, plačili izvajalcem zdravstvenih storitev in sistemi javnega naročanja.



2 Zdravje v sloveniji

Pričakovana življenjska doba se je hitro podaljšala in nedavno preseгла povprečje EU

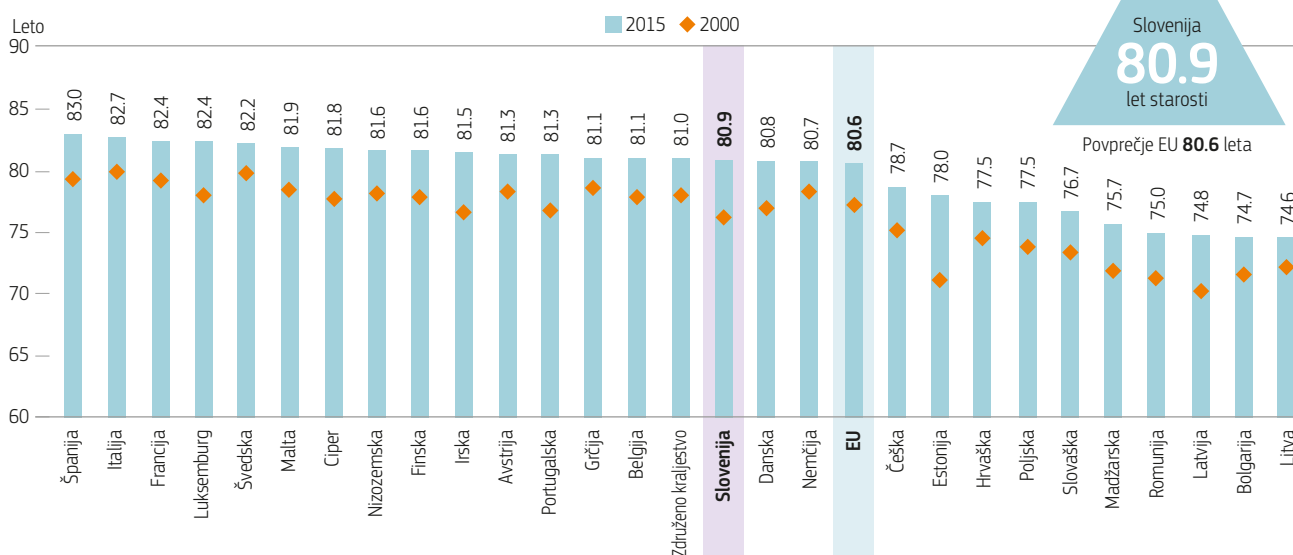
Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se je v Sloveniji od leta 2000 hitro podaljšala (za 4,7 leta) in je pri 80,9 leta nekoliko višja od povprečja EU (slika 1). Kljub temu so še vedno precejšnje razlike med spoloma, pri čemer je pričakovana življenjska doba ob rojstvu pri ženskah šest let daljša od te dobe pri moških, in neenakosti med družbenogospodarskimi skupinami ter med zahodno in vzhodno Slovenijo. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu pri slovenskih moških z univerzitetno izobrazbo je na primer skoraj sedem let daljša kot pri slovenskih moških z le nižjo srednješolsko izobrazbo¹.

Podaljšanja pričakovane življenjske dobe od leta 2000 se večinoma nanašajo na starost po 65. letu, pri čemer je leta 2015 pričakovana življenjska doba Slovenk, starih 65 let, dosegala 21,4 leta, Slovencev pa 17,6 leta. Vendar bodo Slovenke, stare 65 let, brez oviranosti oziroma v dobrem zdravju predvidoma preživele le približno tretjino (36 %) preostalega življenja, Slovenci pa skoraj polovico (47 %)².

1. Nižje stopnje izobrazbe se nanašajo na ljudi z manj kot osnovnošolsko, osnovnošolsko ali nižjo srednješolsko izobrazbo (stopnje ISCED 0–2), višje stopnje izobrazbe pa se nanašajo na ljudi s terciarno izobrazbo (stopnje ISCED 5–8).

2. Ti podatki temeljijo na kazalniku „leta zdravega življenja“, ki meri število let, ki jih ljudje v različnih starostih predvidoma lahko preživijo brez invalidnosti.

Slika 1: Pričakovana življenjska doba se je v Sloveniji od leta 2000 močno podaljšala



Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

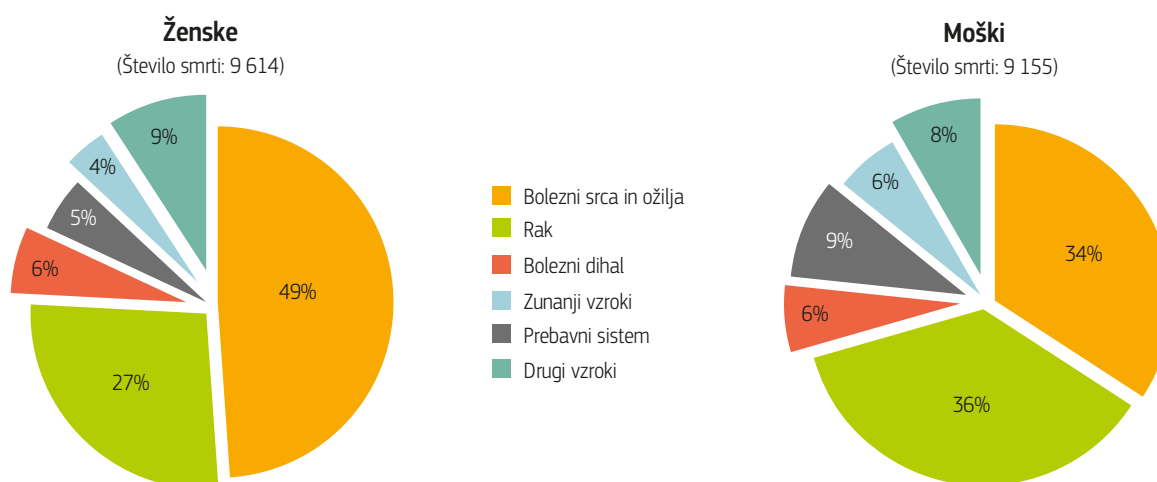
Bolezni srca in ožilja ter rak so še vedno glavni vzroki umrljivosti

Več kot tri četrtine smrti pri ženskah in dve tretjini smrti pri moških je mogoče pripisati boleznim srca in ožilja ter raku (slika 2). Čeprav se je umrljivost zaradi raka ter boleznih srca in ožilja od leta 2000 zmanjšala (s čimer se je podaljšala pričakovana življenjska doba), je še vedno višja od povprečja EU, pri moških pa je dejansko med najslabšimi v Evropi. Zunanji vzroki so tretji največji vzrok smrti pri moških in peti pri ženskah, predvsem zaradi velikega števila padcev v obeh skupinah, zlasti v pozni starosti, in samomorov. Slovenija se je leta 2014 uvrstila na četrto mesto na lestvici umrljivosti zaradi samomorov v EU, pri čemer je bila stopnja zlasti visoka pri moških, med zahodno in vzhodno Slovenijo pa so velike regionalne razlike, in sicer so razmere v vzhodni Sloveniji slabše, tako kot pri številnih gospodarskih in izobraževalnih kazalnikih.

Glavni vzroki smrti so še vedno enaki, njihovi relativni položaji pa so se spremenili

Ob proučitvi bolj specifičnih vzrokov smrti so možganska kap ter bolezni srca in ožilja leta 2014 še vedno glavni vzroki smrti, sledi pa umrljivost zaradi pljučnega raka (slika 3). Med letoma 2007 in 2013 se je umrljivost zaradi pljučnega raka na splošno znižala, čeprav se njena uvrstitev na lestvici ni spremenila. To zmanjšanje je bilo zelo veliko pri moških in je posledica zmanjševanja stopenj kajenja od začetka 21. stoletja (glej oddelek 3). Vendar se umrljivost pri ženskah še naprej veča (kar je prispevalo k večanju umrljivosti leta 2014), čeprav tudi to izraža bolj pretekle vedenjske vzorce, kot pa učinkovitost zdravstvenega varstva.

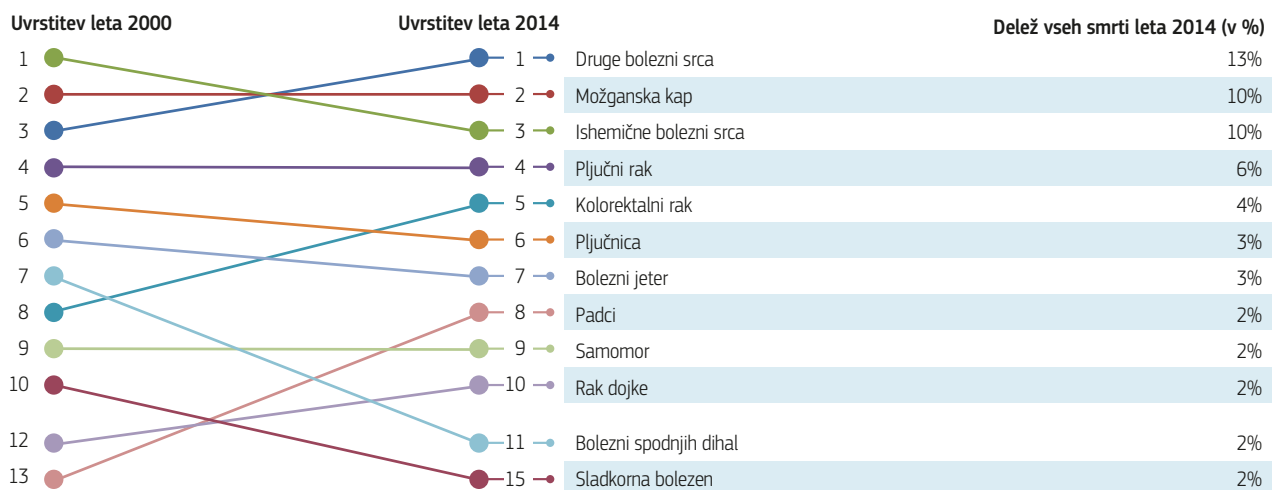
Slika 2: Bolezni srca in ožilja ter rak so glavni vzroki smrti



Opomba: Podatki so predstavljeni v obsežnem poglavju Mednarodne klasifikacije bolezni. Demenca je bila vključena v poglavje o boleznih živčnega sistema, zaradi uvrstitve skupaj z Alzheimerjevo boleznijo (glavna oblika demence).

Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2014).

Slika 3: Bolezni srca in ožilja ter možganska kap so še vedno glavni vzroki umrljivosti



Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Bolečine v hrbtu, depresija in demenca so glavni vzroki slabega zdravja

Tudi kostno-mišične težave (vključno z bolečinami v križu in vratu), težave z duševnim zdravjem (vključno z depresijo in samomori) ter Alzheimerjeva bolezen in druge oblike demence prispevajo k izgubljenim letom življenja zaradi bolezni, invalidnosti ali prezgodnje smrti³ (DALY) v Sloveniji (IHME, 2016).

Glede na samosporočene podatke v okviru evropske ankete o zdravju (EHIS) skoraj četrtina ljudi v Sloveniji trpi zaradi povišanega krvnega tlaka, 1 od 11 oseb zaradi depresije, 1 od 20 oseb zaradi astme in 1 od 14 oseb zaradi sladkorne bolezni. Opazne so izrazite socio-ekonomske razlike in verjetnost sladkorne bolezni pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe je več kot dvainpolkrat večja, verjetnost astme pa skoraj 40 % večja kot pri osebah z najvišjo stopnjo izobrazbe⁴.

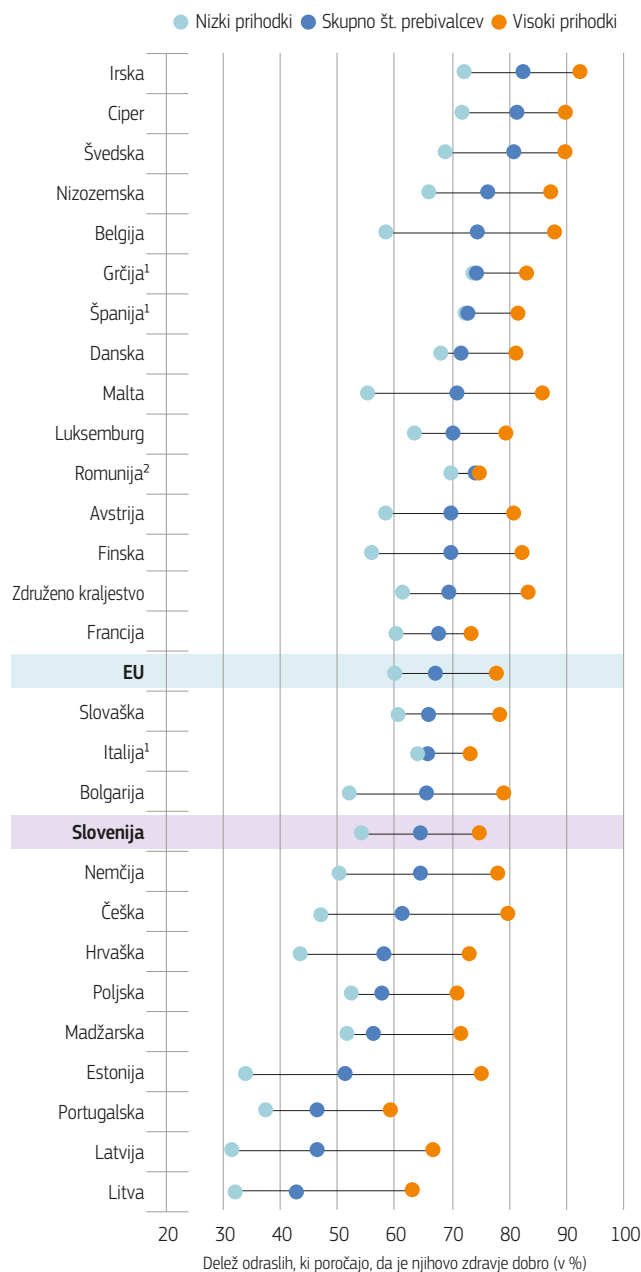
3. DALY je kazalnik, ki se uporablja za oceno skupnega števila let, izgubljenih zaradi specifičnih bolezni ali dejavnikov tveganja. En DALY pomeni eno izgubljeno leto zdravega življenja (IHME).

4. Neenakosti glede na izobrazbo je mogoče delno pripisati večjemu deležu starejših oseb z nižjimi stopnjami izobrazbe, vendar le to ne pojasnjuje vseh družbenogospodarskih razlik.

Dve tretjini Slovencev menita, da je njihovo zdravje dobro, najrevnejši pa se manj pogosto počutijo dobro

Približno dve tretjini Slovencev menita, da je njihovo zdravje dobro, kar je enako povprečju EU (67 %). Med socio-ekonomskimi skupinami pa je razlika očitna: tri četrtine prebivalcev v najvišjem dohodkovnem kvintilu menijo, da je njihovo zdravje dobro, pri tem pa enako meni le nekaj več kot polovica prebivalcev v najnižjem dohodkovnem kvintilu (slika 4).

Slika 4: Pri samoporočanju o dobrem zdravju so med dohodkovnimi razredi velike razlike



1. Delež skupnega prebivalstva in prebivalstva z niskimi dohodki sta približno enaka.
2. Delež skupnega prebivalstva in prebivalstva z visokimi dohodki sta približno enaka.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata, na podlagi podatkov EU-SILC (podatki se nanašajo na leto 2015).

3 Dejavniki tveganja

Vedenjski dejavniki tveganja močno vplivajo na zdravje v Sloveniji

Dobro zdravje slovenskega prebivalstva je povezano s številnimi dejavniki zdravlja, vključno z življenjskimi in delovnimi pogoji, fizičnim okoljem, v katerem ljudje živijo, in raznovrstnimi vedenjskimi dejavniki tveganja. Po podatkih inštituta za zdravstvene meritve in vrednotenja je mogoče skoraj tretjino splošnega bremena bolezni v Sloveniji leta 2015 (v enotah DALY) pripisati vedenjskim dejavnikom tveganja – vključno s kajenjem, uživanjem alkohola, prehranskimi tveganji in nezadostno telesno dejavnostjo.

Stopnja kajenja se je znižala, stopnja uživanja alkohola pa ostaja visoka

Stopnje kajenja pri odraslih v Sloveniji so se od leta 2001 znižale in so nižje kot v večini drugih držav EU (19 % v primerjavi z 21 % leta 2014), pri čemer so stopnje tako pri moških kot pri ženskah primerljive s stopnjami na evropski ravni. Stopnje kajenja so se od leta 2001 znižale tudi pri fantih in dekletih, s čimer so se stopnje kajenja pri mladih znižale na povprečje EU. Vendar je zaželen nadaljnji napredek.

Evidentirano uživanje alkohola odrasle osebe (11,5 litra leta 2015) za 1,5 litra presega povprečje EU (glej oddelek 5.1), redno „popivanje“⁴⁵, ki je lahko zlasti škodljivo, pa je pri odraslih blizu povprečja EU. Pri deležu



odraslih Slovencev, ki so sporočili močno popivanje, je velika razlika med spoloma, in sicer popiva 30 % moških in 10 % žensk. Ugotovljeni so bili tudi skrb vzbujajoči kazalniki ponavljajočega se opijanja pri 15-letnikih, katerega stopnja je za približno šest odstotnih točk višja od povprečja EU pri fantih in dekletih (33 % oziroma 28 % leta 2014) (glej tudi sliko 5).

Visoke stopnje debelosti in visok krvni tlak so znaki nezdrave prehrane

Stopnja debelosti pri odraslih v Sloveniji je višja kot v večini drugih držav EU kljub sporočenim nadpovprečnim ravnem telesne dejavnosti (slika 5). Leta 2014 je bila debela skoraj ena od petih odraslih oseb, kar je več kot leta 2007, ko je bila debela ena od šestih odraslih oseb. Poleg tega je imelo leta 2014 20 % 15-letnikov čezmerno telesno težo ali je bilo debelih, kar je peta najvišja stopnja v EU, prizadeti pa so bili zlasti fantje.

Zdi se, da k temu pomembno prispeva čedalje slabša prehrana slovenskih mladostnikov v zadnjih letih. Kaže, da je njihovo prehransko vedenje med najslabšimi v EU, pri čemer manj kot eden od treh redno uživa sadje in zelenjavo, več kot eden od treh redno uživa sladkane pijače, vsak drugi otrok pa ne zajtrkuje (Koprivnikar et al., 2013). Poleg tega je poraba soli pri Slovencih druga največja v EU (Kloss et al., 2015), kar je po podatkih

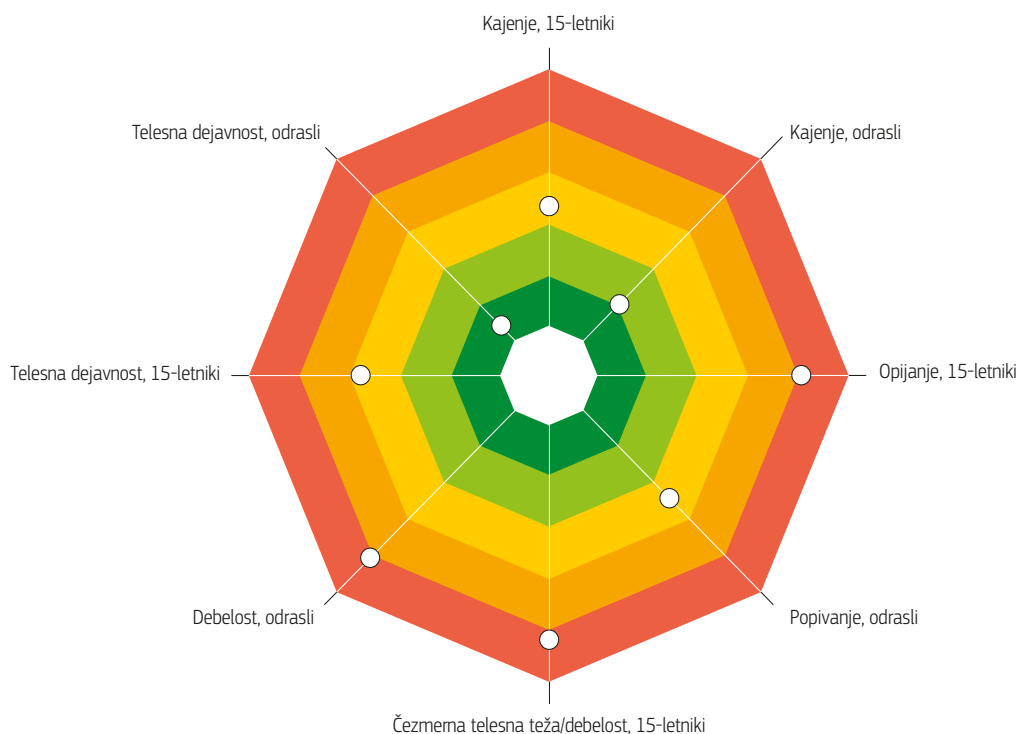
iz leta 2014 pomembno prispevalo k visokemu krvnemu tlaku četrtrine prebivalcev (EHIS, 2015).

Slovenska vlada je uvedla veliko politik in strategij za boj proti zviševanju stopnje čezmerne telesne teže in debelosti ter povišanega krvnega tlaka, da bi se izboljšali prehrana in telesna dejavnost pri celotnem prebivalstvu in od zgodnjega otroštva. Glede tega je zglede Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje (2015–2025) (National Programme on Nutrition and Health Enhancing Physical Activity 2015–2025).

Razlike med tveganimi vedenjskimi vzorci so še posebno velike

Tako kot v drugih državah EU so vedenjski dejavniki tveganja pogostejši v skupinah prebivalstva z nižjimi dohodki in nižjo stopnjo izobrazbe. Stopnji dnevnega kajenja pri odraslih z nižjo stopnjo izobrazbe (16,4%) in odraslih z višjo stopnjo izobrazbe (11%) se jasno razlikujeta, in sicer za skoraj pet odstotnih točk. Poleg tega je stopnja debelosti pri prebivalcih z nižjo stopnjo izobrazbe več kot dvakrat višja kot pri prebivalcih z višjo stopnjo izobrazbe, kar je med državami EU ena od največjih razlik.

Slika 5: Težave v zvezi z uživanjem alkohola, čezmerno telesno težo in debelostjo so večje kot v večini drugih držav EU



Opomba: Bližje ko je pika središču grafa, boljše je stanje v državi v primerjavi z drugimi državami EU. Nobena država ni v belem središču, ker so možne izboljšave v vseh področjih.

Vir: izračuni OECD na podlagi podatkovne zbirke Eurostata (EHIS leta 2014 ali okoli tega leta), zdravstveni statistični podatki OECD in raziskave na področju odnosa šoloobveznih otrok do zdravja v obdobju 2013–2014. (Izdela grafa: Laboratorio MeS).

5. Popivanje pomeni zaužitje šestih alkoholnih pijač ali več ob eni priložnosti vsaj enkrat na mesec v zadnjem letu.

4 Zdravstveni sistem

Poskusi reform v zdravstvenem sektorju so bili sporni

Slovenija izvaja sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja z enim samim plačnikom, tj. neodvisni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Ta sistem zagotavlja storitve skoraj za vse (glej oddelek 5.2). Upravljanje in pravna ureditev sta centralizirana pri ministrstvu za zdravje, ki ima v lasti tudi vse javne bolnišnice in nacionalne inštitute. Občine so odgovorne za organizacijo osnovnega zdravstvenega varstva, vključno s kapitalskimi naložbami v zdravstvene domove in lekarne.

Reforme zdravstvenega sektorja v zadnjih nekaj letih so bile odložene ali neuspešne. Financiranje zdravstva je najtežavnejše področje politike, o katerem se največ razpravlja, kot dokazuje več zavrnjenih predlogov o odpravi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (glej oddelek 5.3). Te težave pri doseganju soglasja so zlasti skrb vzbujajoče zaradi predvidenih izzivov v zvezi s fiskalno vzdržnostjo, ki jih bo morala Slovenija obravnavati, če ne bo spremenila politike. Pričakuje se, da bo sprejetje novega resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva za obdobje 2016–2025 (okvir 1) prispevalo k odpravi teh ovir za reforme.

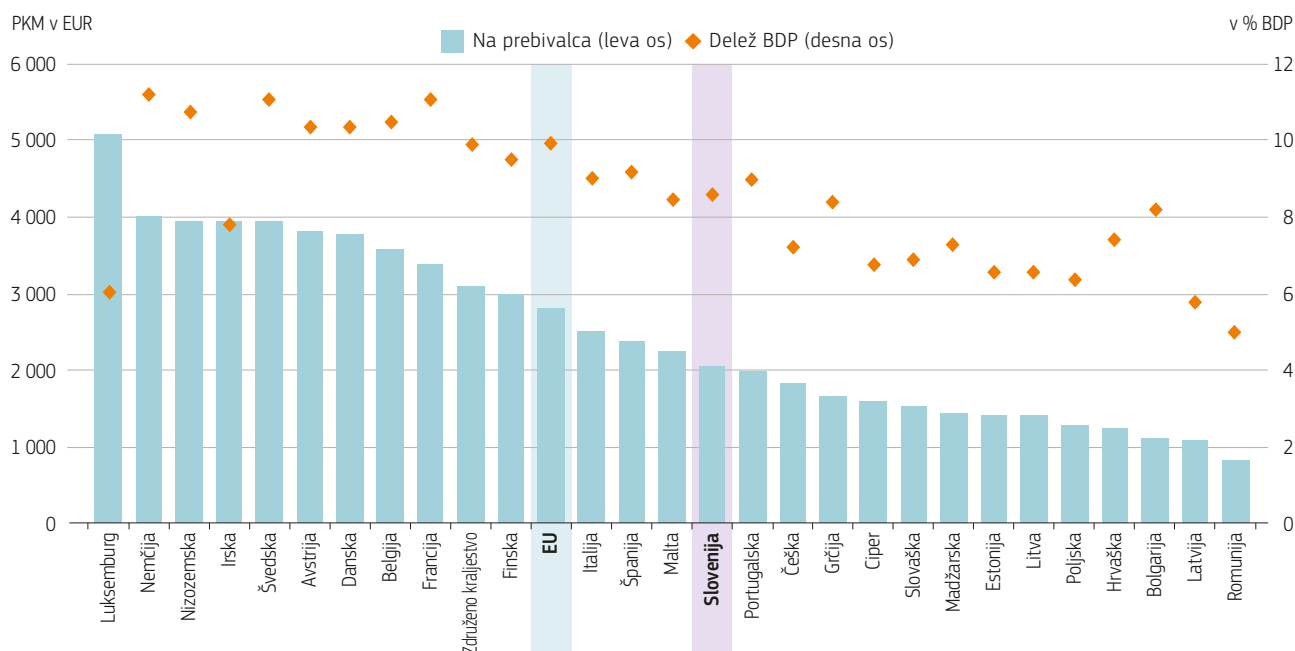
Raven zdravstvenih izdatkov je visoka, vendar je delež javne porabe v primerjavi s tem majhen

Leta 2015 so bili zdravstveni izdatki na prebivalca v Sloveniji drugi najvišji med novejšimi državami članicami, poraba kot delež BDP pa največja (slika 6). Vendar se je javna poraba za zdravstvo zaradi gospodarske krize leta 2009 postopno zmanjševala na podlagi ukrepov za zmanjševanje stroškov, kot so zamrznitve plač, znižanje cen storitev in zvišanje doplačil. Leta 2015 je bil delež javne porabe za zdravstvo (71,1 %) za sedem odstotnih točk manjši od povprečja EU (78,7 % leta 2015).

Bolnišnični sistem plačil le nominalno temelji na diagnostičnih skupinah

Storitve osnovnega zdravstvenega varstva so zajete v sistemu, ki združuje glavarino in plačila za storitve. Specialistične ambulante v bolnišnicah in klinike za ambulantno oskrbo se plačujejo na podlagi plačil po storitvah, za bolnišnično oskrbo pa se (v teoriji) uporabljajo fiksni prispevki in sistem »skupin primerljivih primerov« (SPP). V praksi so bolnišnicam dodeljeni proračuni v skladu z razpoložljivimi sredstvi in preteklimi zneski, ki so deloma uteženi glede na strukturo zahtevnosti bolnikov, pri čemer običajno nadaljujejo oskrbo pacientov tudi potem, ko dosegle nominalno proračunsko zgornjo mejo, ki temelji na skupinah primerljivih primerov (glej oddelek 5.3).

Slika 6: V primerjavi z novejšimi državami članicami so zdravstveni izdatki visoki, vendar nižji od povprečja v EU



Viri: zdravstveni statistični podatki OECD, podatkovna zbirka Eurostata, podatkovna zbirka SZO o zdravstvenih izdatkih na svetovni ravni (podatki za leto 2015).

Zaradi pomanjkanja zdravnikov v okviru osnovnega zdravstvenega varstva je preveč pacientov napotenih k specialistom

Kljub stalnemu naraščanju števila zdravnikov, h kateremu delno prispevajo migracije iz sosednjih držav, je gostota zdravnikov v Sloveniji med najnižjimi v EU (glej sliko 7). Leta 2014 je število splošnih zdravnikov in pediatrov še vedno zaostajalo za večino držav EU (Pavlič, Švab in Pribakovič, 2015), zaradi česar so v nekaterih delih države nastale težave v zvezi z dostopom do osnovnega zdravstvenega varstva in prevelikega števila napotitev v specialistično oskrbo (glej oddelek 5.2). Gostota medicinskih sester je bila leta 2015 nekoliko nad povprečjem v EU (slika 7)⁶, vendar je pri tem potrebno upoštevati, da prikazano število vključuje tako diplomirane in višje medicinske sestre (katerih izobrazba je skladna z Direktivo EU o reguliranih zdravstvenih poklicih), kot tudi zdravstvene tehnike, ki imajo le srednješolsko strokovno izobrazbo. Z Resolucijo naj bi se izboljšalo načrtovanje delovne sile ter zagotovila učinkovitejša razporeditev zdravstvenih delavcev med ravnmi in sektorji.

Čeprav je organizacija storitev razdrobljena, osnovno zdravstveno varstvo zagotavlja trdno jedro

Storitve osnovnega zdravstvenega varstva zagotavljajo zdravstveni domovi na ravni skupnosti in zasebne ordinacije (vključene v financiranje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Slovenija izvaja značilno nadzorno vlogo, v okviru katere pacient potrebuje napotnico za ambulantnega specialista ali posvetovanje v bolnišnici. Čeprav je sistem osnovnega zdravstvenega varstva trden, zlasti od leta 2011, ko je vlada posodobila ordinacije družinske medicine ter bolj poudarila preventivo in koordinacijo dejavnosti zdravstvenega varstva, sta organizacija in opravljanje storitev na splošno zelo razdrobljena (glej oddelek 5.1).

Ambulantno specialistično oskrbo zagotavljajo javne bolnišnice, zasebne specialistične klinike za ambulantno oskrbo in neodvisni specialisti, ki ne komunicirajo dovolj s izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva in bolnišnične oskrbe, zaradi česar sta kontinuiteta in celovitost zdravstvenega varstva šibka (Kringos et al., 2013). Resolucija vključuje načrte za izboljšanje usklajevanja in vključevanja, da bi se zmanjšala obremenitev sekundarnega zdravstvenega varstva.

Slovenija je ena od najhitreje starajočih se držav članic EU, zato se povpraševanje po dolgotrajni oskrbi povečuje. Ta oskrba se zagotavlja predvsem v institucijah, pri čemer se oskrbi v skupnosti ali na domu ne namenja veliko pozornosti. Ponudniki ustreznih vključenih sistemov dolgotrajne oskrbe se ne usklajujejo, kar je izraženo v razdrobljenem opravljanju storitev in nepovezanem vodenju (Normand, 2017). Cilj sedanjega dela v zvezi z zakonom o dolgotrajni oskrbi je obravnavati te izzive (glej okvir 1).

OKVIR 1: NAČRTOVANE STRUKTURNE REFORME DOLGOROČNEGA IN OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ZA OBRAVNAVANJE FISKALNE VZDRŽNOSTI

V Sloveniji so že nekaj časa nujno potrebne reforme zdravstvenega sektorja. Vlada je marca 2016 sprejela Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva za obdobje 2016–2025 ter uvedla številne zakonodajne pobude za obravnavanje in reformo najbolj perečih vprašanj, z namenom zagotavljanja finančne vzdržnosti. Namen Resolucije je okrepiti primarno zdravstveno varstvo in zagotoviti boljši dostop do celovitega in kakovostnega zdravljenja na podlagi boljšega vključevanja zdravstvenega varstva in ustrežnejšega kombiniranja strokovnega znanja na vseh ravneh zdravstva. Te reforme bi morale Sloveniji pomagati tudi pri odzivanju na spreminjajoče se potrebe starajočega se prebivalstva. Napredek je za zdaj počasen, pri čemer zakon o dolgotrajni oskrbi in novi zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (glej okvir 3, oddelek 5.3) še vedno nista bila sprejeta zaradi razlik v političnih stališčih ter razprave o zakonskih opredelitvah in prenosu odgovornosti.



6. Podatki za Slovenijo vključujejo zdravstvene tehnike, ki v skladu z direktivo o poklicnih kvalifikacijah niso medicinske sestre, zaradi česar je ocena števila medicinskih sester v primerjavi z drugimi državami previsoka.

Slika 7: Nizka gostota zdravnikov ogroža trden sistem osnovnega zdravstvenega varstva



Opomba: Podatki za Portugalsko in Grčijo vključujejo vse zdravnike z dovoljenjem za delo, zaradi česar je ocena števila zaposlenih zdravnikov močno previsoka (npr. za približno 30 % na Portugalskem). Ocena števila medicinskih sester v Avstriji in Grčiji je prenizka, saj vključuje le tiste, ki so zaposlene v bolnišnicah.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

5 Uspešnost zdravstvenega sistema

5.1 UČINKOVITOST

Slovenci zaostajajo za Slovenkami na področju preprečljive umrljivosti ob ustrezni zdravstveni oskrbi

Zdravstveni sistem je pomembno prispeval k zdravstvenemu stanju prebivalcev Slovenije. Z vidika preprečljive umrljivosti ob ustrezni zdravstveni oskrbi je država skupaj z Malto in Ciprom najuspešnejša med novejšimi državami članicami (slika 8)⁷. Ocenjujejo, da bi bilo mogoče približno 12 % smrtnih primerov preprečiti z zdravstveno oskrbo, kar nekoliko presega povprečje v EU (11 %). Večino izboljšav je mogoče pripisati stalnemu zmanjševanju umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja ter več vrst raka.

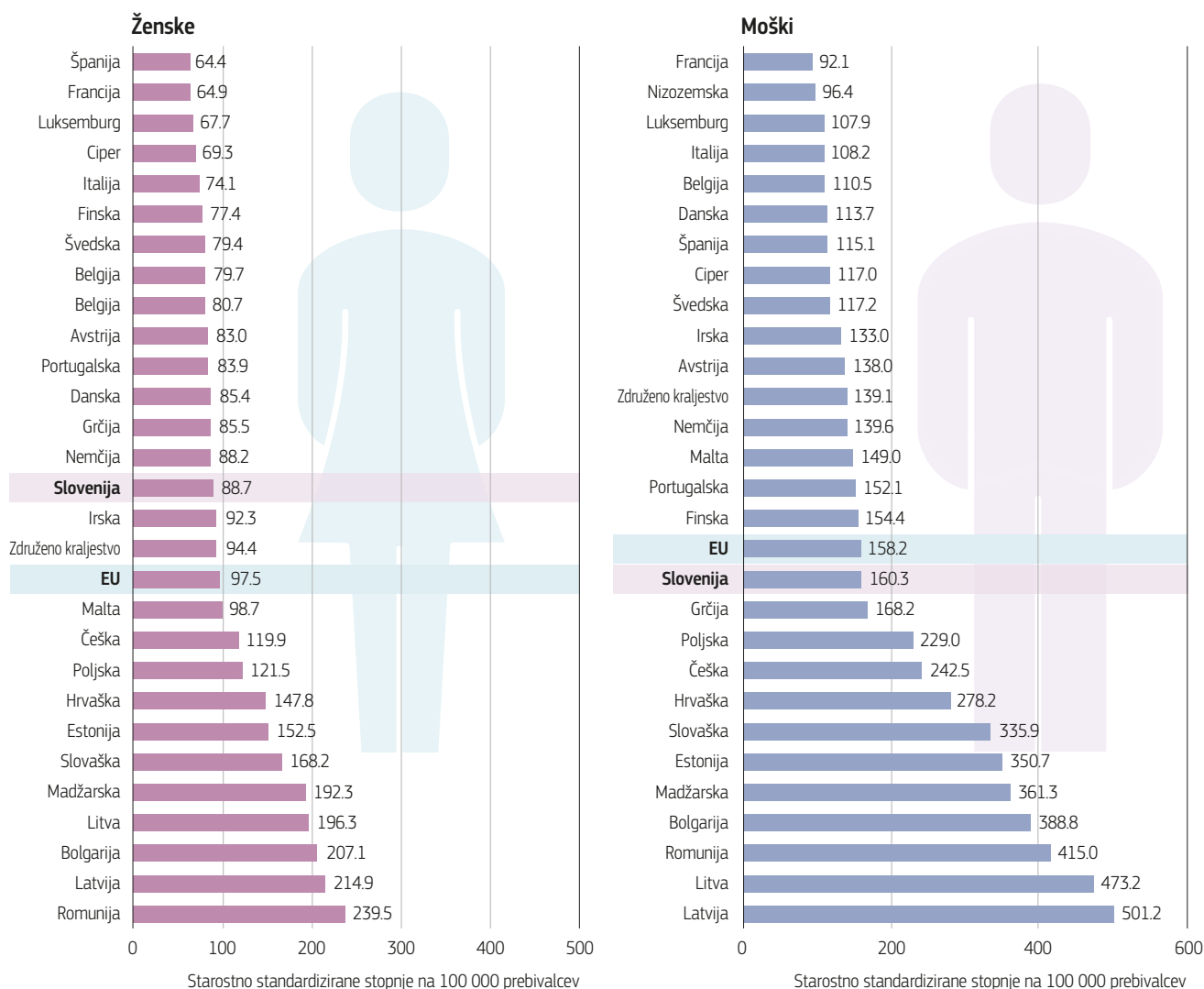
Izboljšalo bi se lahko zdravljenje raka materničnega vratu in možganske kapi

Učinkovitost preprečevanja in zdravljenja raka v Sloveniji se je opazno izboljšala, kljub vzpenjanju nekaterih vrst raka po lestvici umrljivosti zaradi naraščajočega števila novih primerov (glej oddelek 2). Podatki programa CONCORD na primer kažejo, da je petletna stopnja preživetja žensk z rakom dojke v obdobju 2010–2014 dosegla 83,5 % in je zdaj v zgornji tretjini držav EU. Tudi stopnje preživetja pri kolorektalnem raku so se zvišale in so zdaj boljše kot v veliko drugih državah z razpoložljivimi podatki. Presejalna programa za obe vrsti raka sta bila uvedena leta 2008, pri čemer je v državah z razpoložljivimi podatki pokritost prebivalstva povprečna ali nadpovprečna.

Vendar tudi ob izvajanju celovitega presejalnega programa dobri rezultati niso zagotovljeni. To ponazarja program raka materničnega vratu.

7. Preprečljiva umrljivost ob ustrezni zdravstveni oskrbi pomeni prezgodnje smrti, ki bi se lahko preprečile s pravočasno in učinkovito zdravstveno oskrbo.

Slika 8: Slovenija poroča o primerljivo nizki preprečljivi umrljivosti, zlasti pri ženskah



Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2014).

Podatki programa CONCORD kažejo da je petletna stopnja preživetja v obdobjih 2005–2009 in 2010–2014 nekoliko znižala, tj. na 65,5 %, kar je nižje od stopnje uspešnih držav, kot sta Danska (69,5 %) in Švedska (68,3 %).

Število preprečljivih smrti zaradi zlorabe alkohola ostaja visoko in opozarja na potrebo po usklajenem ukrepanju

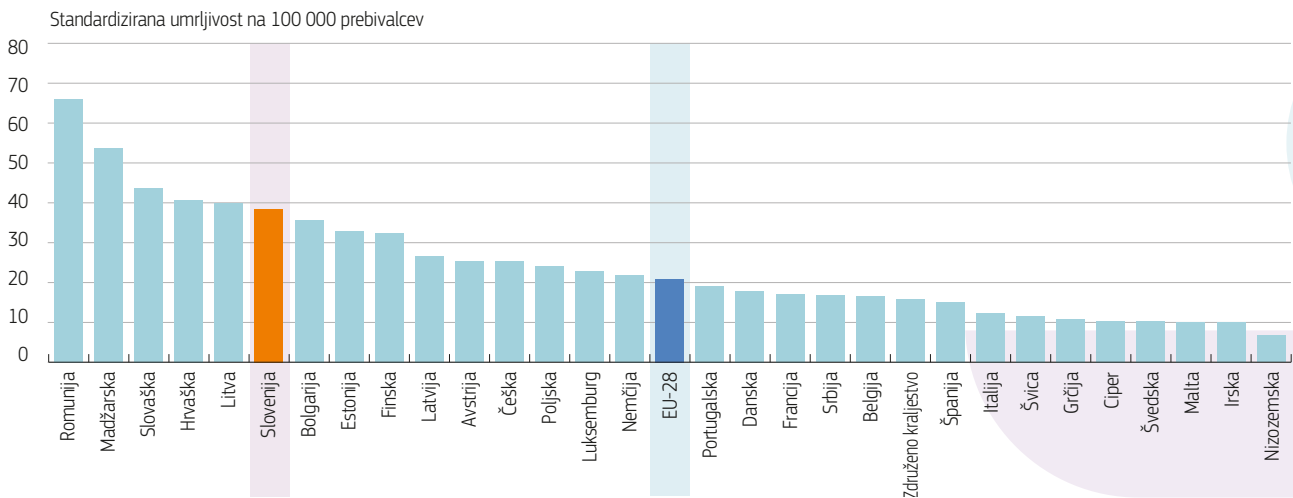
Stopnja uživanja alkohola je pri Slovencih visoka, zlasti pri moških in mlajših odraslih (glej oddelek 3). Na podlagi tega in kljub znižanju te stopnje v zadnjem desetletju je stanje v Sloveniji v zvezi s številom preprečljivih smrti zaradi zlorabe alkohola še vedno sorazmerno slabo. Med najvišjimi v Evropi je zlasti umrljivost moških zaradi kroničnega obolenja jeter (slika 9). Poleg tega se uživanje alkohola in s tem povezana umrljivost med regijami močno razlikujeta. Tveganje smrti, povezane z alkoholom, je v vzhodni Sloveniji skoraj trikrat večje kot v zahodni (NIJZ, 2016).

Izvajajo se ukrepi za omejevanje škodljive uporabe alkohola, vključno s prepovedjo prodaje alkohola mlajšim od 18 let, in tudi trošarina na pivo (ena od najvišjih v EU) in čisti alkohol je visoka. Vendar ni trošarine na vino (najbolj razširjena vrsta alkohola) in leta 2016 so bile povečane dovoljene količine doma proizvedenega alkohola. Na splošno obstaja možnost preučitve novih trošarin in pobud.

Politike preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola so bile še posebno koristne

Leta 2010 je bila več kot tretjina smrti v prometnih nesrečah povezana z alkoholom, kar je eden največjih deležev v Evropi. Uvedene so bile strožje kazni za vožnjo pod vplivom alkohola skupaj z ukrepi svetovanja in rehabilitacije (2010), s čimer se je število prometnih nesreč, povezanih z alkoholom, močno zmanjšalo (Blažko, 2016; NIJZ, 2016). To je prispevalo k zmanjšanju umrljivosti, povezane z zunanjimi vzroki, čeprav je leta 2014 še vedno presegala povprečje EU.

Slika 9: Število smrti pri moških zaradi kroničnega obolenja jeter je v Sloveniji visoko



Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2014).

Okrepljeni so bili strogi ukrepi za nadzor tobaka

Zakonodaja, ki omejuje kajenje v zaprtih javnih prostorih, je začela veljati leta 2007. Od takrat se je umrljivost zaradi pljučnega raka zmanjšala, čeprav je to verjetno delno posledica zmanjševanja razširjenosti kajenja, ki se je začelo že pred sprejetjem teh preventivnih ukrepov. Reforma iz leta 2014 v zvezi z ordinacijami družinske medicine je morda tudi zagotovila dolgoročne koristi, saj je okrepila preventivne dejavnosti, pri čemer so ustrezno določene medicinske sestre odgovorne za presejanje, svetovanje in spremljanje pacientov, vključenih v programe za odvajanje od kajenja.

Najpomembnejše pa je, da so bila z novo zakonodajo za nadzor tobaka, sprejeta februarja 2017, uvedena stroga zdravstvena opozorila na embalaži tobaknih izdelkov (poleg tega bo od leta 2020 obvezna nepotiskana embalaža), popolna prepoved oglaševanja in promoviranja vseh tobaknih izdelkov ter prepoved kajenja v vseh vozilih ob navzočnosti mladoletnikov. Enake omejitve veljajo za električne cigarete, zeliščne izdelke za kajenje in nove tobakne izdelke.

Stopnje imunizacije proti ošpicam pri dojenčkih in gripi pri starejših vzbujajo skrb

Izvajajo se obsežni obvezni programi cepljenja za otroke in mladostnike, ki so očitno uspešni. Stopnje imunizacije pri dojenčkih so visoke za davico, tetanus in oslovski kašelj ter *Haemophilus influenzae* tipa B (95 % v obdobju 2014–2015). Čeprav je bila delež imunizacije otrok proti ošpicam pri prvem odmerku 93 %, je drugi odmerek prejelo le 89 % otrok (2016). Skrb vzbujata tudi precepljenost proti gripi pri osebah, starejših od 65 let. Ta se je v zadnjem desetletju stalno zmanjševala, in sicer s 35 % prebivalcev leta 2005 na 10 % leta 2015, tako da je stopnja Slovenije veliko nižja od stopenj sosednjih držav (z izjemo Avstrije) in ciljne 75-odstotne precepljenosti v skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije in Sveta EU iz leta 2009.

Izvajanje sistemov upravljanja kakovosti ni doseglo pričakovanih

Čeprav so večino bolnišnic akreditirale mednarodne organizacije za akreditacijo, izvajanje drugih priporočil v okviru nacionalne strategije za kakovost zdravja (2010–2015) zaostaja za načrti. Pri tem zlasti ni bila izvedena enotna in strukturna vzpostavitev sistemov za notranje spremljanje varnosti pacientov, kakovosti oskrbe in upoštevanja kliničnih smernic, ki temeljijo na dokazih (Quentin et al., 2015). Leta 2011 je bil določen širok nabor kazalnikov kakovosti ob pričakovanju, da bodo bolnišnice spremljale svoj uspeh in objavljale rezultate. Vendar omejitve podatkov in neizvajanje zunanjega preverjanja ovirajo zanesljivost takega pristopa. Podobno niso zanesljivi niti kazalniki varnosti (padci pacientov in stopnje okužb, ki jih je povzročil proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus*). Sedanja prizadevanja v okviru resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva za ustanovitev agencije za kakovost zdravja in varnost bodo morda prispevala k obravnavanju teh izzivov in okrepitevi zagotavljanja kakovosti.

Ob upoštevanju nekaterih kazalnikov kakovosti akutne oskrbe Slovenija dosega sorazmerno nizke stopnje 30-dnevne umrljivosti po sprejemu v bolnišnico zaradi akutnega srčnega infarkta. Vendar je bila stopnja 30-dnevne umrljivosti zaradi možganske kapi (12,1 smrti na 100 pacientov leta 2015) ena izmed najslabših med državami z razpoložljivimi podatki ter skoraj dvakrat višja kot v sosednji Italiji in Avstriji, čeprav se je v zadnjih nekaj letih znižala. Obstajajo tudi pomisleki, da bi lahko širok nabor specialističnih storitev, ki jih opravljajo sorazmerno majhne regionalne bolnišnice, ogrozil kakovost oskrbe, varnost pacienta in učinkovitost, ker bodo izvajalci storitev vsako leto opravili le nekaj postopkov specifične vrste.

Učinkovito osnovno zdravstveno varstvo omejuje sprejeme v bolnišnici, ki se jim je mogoče izogniti

Število sprejemov v bolnišnici, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, je v Sloveniji sorazmerno nizko, kar kaže, da je osnovno zdravstveno varstvo kljub potrebi po boljšem usklajevanju učinkovito. Sprejemi zaradi astme, kronične obstruktivne pljučne bolezni, srčnega popuščanja in sladkorne bolezni so bili dejansko pod povprečjem držav EU, katerih podatki so na voljo (čeprav je v prvih dveh primerih to mogoče pripisati zniževanju stopenj kajenja) (slika 10).

Posodobitev ordinacij družinske medicine leta 2011 je bila pomembna pobuda vlade za izboljšanje usklajevanja zdravstvenega varstva in obvladovanja kroničnih bolezni. „Referenčne ambulante“ vključujejo posebej usposobljeno medicinsko sestro, ki je (za polovico polnega delovnega časa) odgovorna za pregledovanje dejavnikov tveganja kroničnih bolezni, preventivno svetovanje in usklajevanje zdravstvenega varstva. Do leta 2014 se je približno polovica vseh storitev osnovnega zdravstvenega varstva zagotavljala v okviru „referenčnih ambulant“, do leta 2018 pa bo predvidoma dokončno postopno uvajanje na nacionalni ravni. To bi moralo olajšati doseganje zavez iz Resolucije v zvezi z odpravo razdrobljenosti organizacije storitev in izboljšanjem usklajevanja med izvajalci zdravstvene dejavnosti na različnih ravneh obravnave.

5.2 DOSTOPNOST

Slovenija poroča o zelo nizkih ravneh neizpolnjenih potreb glede medicinske oskrbe

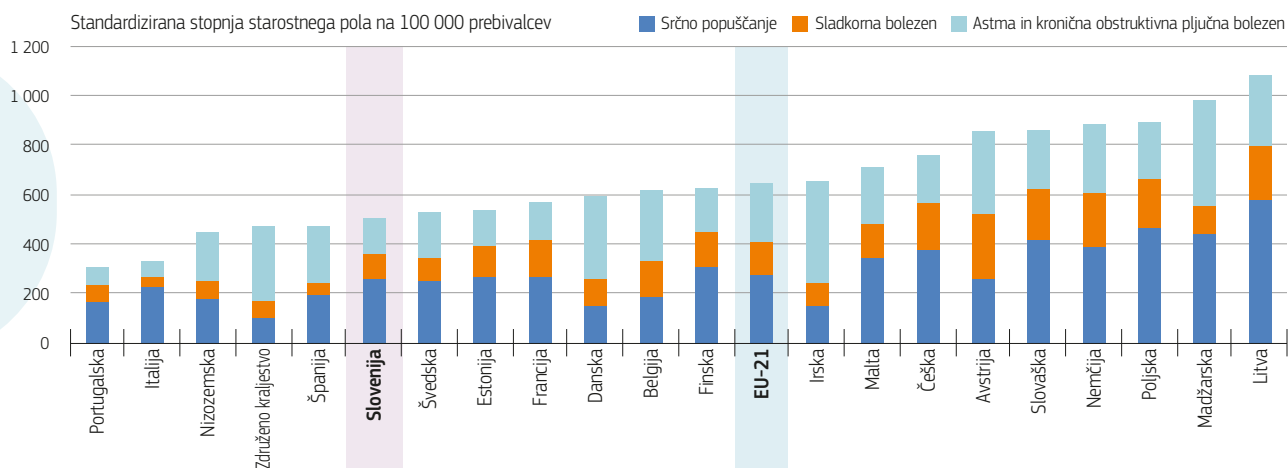
Vse stalno prebivalstvo je upravičeno do ugodnosti v okviru sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer sistem pokriva skoraj vse. V sistem ni vključenih manj kot 1 % prebivalcev, ki so predvsem ljudje, katerih prebivališče ni jasno („dnevni migranti“, vendar tudi brezdomci, migranti brez urejenega statusa in prosilci za azil). Kljub temu so tudi osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja upravičene do nujne medicinske pomoči.

Slovenija ima že več kot desetletje eno najnižjih ravni neizpolnjenih potreb glede medicinske oskrbe v EU in je to raven ohranila tudi med gospodarsko krizo. Zdi se, da je zelo majhno tudi nihanje ravni neizpolnjenih potreb glede na dohodkovni razred (slika 11). Vendar je treba te podatke analizirati previdno, ker so bila vprašanja o neizpolnjenih potrebah v okviru slovenske ankete zastavljena dvoumno, pa čeprav vsebinsko na povsem enak način, kot npr. v Avstriji (Evropski parlament, 2016) in ker se pojavljajo pomisleki, ali so neizpolnjene potrebe po sekundarnem zdravstvenem varstvu prikrite z učinkovitim sistemom napotitev.

Sveženj ugodnosti je širok in bi ga bilo treba natančneje opredeliti

Zavarovani prebivalci so upravičeni do raznovrstnih ugodnosti. Obvezno zdravstveno zavarovanje ne določa celovitega seznama vseh ugodnosti niti izrecno ne izključuje storitev iz kritja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju namesto tega ZZS pooblašča, da za številne storitve določi raven doplačil. Vendar bi bilo mogoče na podlagi učinkovitejše ocene zdravstvene tehnologije iz svežnja ugodnosti izključiti medicinsko nepotrebne ali neučinkovite storitve (glej oddelek 5.3).

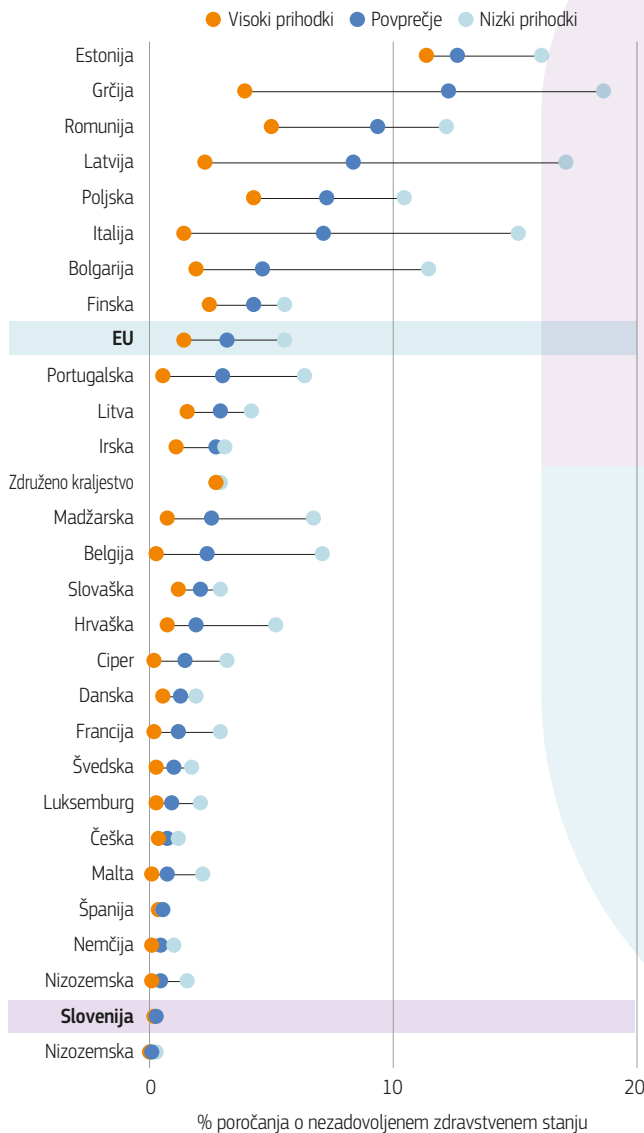
Slika 10: Stopnje hospitalizacije za ambulantno oskrbo pod občutljivimi pogoji, ki se jim je mogoče izogniti, so v Sloveniji nizke



Opomba: Stopnje niso prilagojene glede na potrebe po zdravstveni oskrbi in dejavnike tveganja za zdravje.

Vir: zdravstveni statistični podatki OECD (podatki se nanašajo na leto 2015 ali na zadnje leto).

Slika 11: Raven neizpoljenih potreb glede medicinske oskrbe je druga najnižja v EU



Opomba: Podatki se nanašajo na neizpoljene potrebe po zdravniškem pregledu ali zdravljenju zaradi stroškov, potovalne razdalje ali čakalne dobe. Podatke držav je treba primerjati previdno, saj se uporabljene instrumenti raziskovanja razlikujejo.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata, na podlagi podatkov EU-SILC (podatki se nanašajo na leto 2015).

Večina Slovencev krije doplačila s prostovoljnim dodatnim zdravstvenim zavarovanjem

Doplačila se uporabljajo za večino vrst zdravstvenih storitev in se gibljejo med 10 % in 90 %, odvisno od vrste storitve. Minimalni delež kritih stroškov je na primer 90 % za nujne intervencije in intenzivno zdravljenje, 80 % za specialistične operacije, ortodontske storitve in druge vrste pomoči ter 70 % za farmacevtske izdelke na „pozitivnem seznamu“, za katerega je odgovoren ZZS. Otroci in študenti do starosti 26 let ter ranljive skupine so izvzeti iz vseh doplačil. Poleg tega so iz doplačil izvzeta zdravljenja nalezljivih bolezni, raka in sladkorne bolezni ter prirojenih anomalij in živčnomišičnih bolezni.

Ker doplačila niso omejena in so potrebna tudi pri nekaterih osnovnih storitvah (npr. pri zdravljenju za zdravljenje kroničnih bolezni, razen zgoraj naštetih), se lahko hitro nakopičijo. Zato ima 87 % prebivalcev prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje (podatki za leto 2015). Znesek premij za to zavarovanje je enoten za vse. Skleniti je mogoče tudi prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja več ugodnosti po višjih standardih. Skupinam z nizkimi dohodki, ki si ne morejo privoščiti dodatnega zdravstvenega zavarovanja, in ki so prejemniki socialne pomoči, so na voljo posebni mehanizmi za kritje doplačil iz državnega proračuna.

Prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje je med gospodarsko krizo zaščitilo pred pretiranimi izdatki

V povezavi z ukrepi fiskalne konsolidacije po gospodarski krizi so se ravni doplačil postopno zviševale. Stroški kritja za nekatere storitve so bili dejansko preneseni iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v dodatno, s čimer se je ohranila vzdržnost javnih izdatkov. Široka pokritost dodatnega zdravstvenega zavarovanja je vladi omogočila sprejetje teh ukrepov in močno zaščitila gospodinjstva pred katastrofalnimi doplačili⁸. Potrebno pa je bilo zaokroženje premij dodatnega zdravstvenega zavarovanja navzgor, ki je bilo izvedeno leta 2012, s čimer so bili stroški preneseni z javnih sredstev (obvezno zavarovanje) na zasebna (dodatno/dopolnilno zdravstveno zavarovanje) (glej oddelek 5.3).

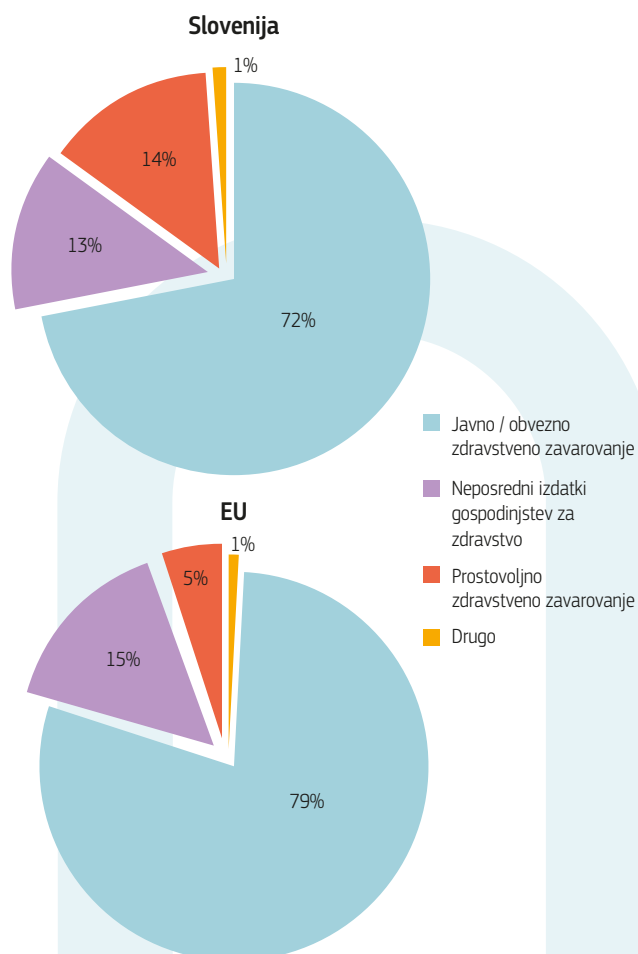
Na podlagi tega so se skupni zasebni izdatki kot del skupnih zdravstvenih izdatkov povečali s 26 % leta 2008 na 28 % leta 2015. Kljub temu so zasebni izdatki manjši od povprečja v EU (slika 12) ter se v zadnjem desetletju in med gospodarsko krizo niso spremenili. Čeprav obstajajo pomisleki glede visokih upravnih stroškov sistema dodatnega zdravstvenega zavarovanja, se zdi, da pojasnjuje zelo majhen delež ljudi, ki poročajo o neizpoljenih potrebah glede medicinske oskrbe iz finančnih razlogov. Te nizke ravni veljajo tudi za najnižji dohodkovni kvintil, v katerem je sporočena neizpolnjena raven znašala 0,1 % v primerjavi z ravno 4,1 % na ravni EU (leta 2015).

Dolge čakalne dobe in geografske razlike vplivajo na dostop

Razpoložljivost storitev zdravstvenega varstva je na splošno dobra. Vendar čakalne dobe pomenijo izziv, čeprav se zdi, da niso povzročile poslabšanja neizpolnjevanja potreb zaradi čakanja. Delež oseb, ki so poročale o čakalnih dobah, se je s 6 % leta 2007 povečal na 13 % leta 2015, zlasti v zvezi s pregledi v specialističnih ambulantah. To je verjetno posledica ukrepov fiskalne konsolidacije med krizo, pomanjkanja zdravnikov in prepogostih napatitev splošnih zdravnikov (Pavlič, Švab in Pribakovič, 2015).

8. Katastrofalni izdatki so opredeljeni kot neposredni izdatki gospodinjstva za zdravje, ki presegajo 40 % skupne porabe gospodinjstva, ne vključujejo pa stroškov za tisto, kar je potrebno za preživetje (tj. za hrano, stanovanje in komunalne storitve).

Slika 12: V Sloveniji so izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje najvišji v EU



Viri: zdravstveni statistični podatki OECD, podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2015).

Izzive v zvezi z dostopom povzroča tudi geografska razporeditev splošnih zdravnikov (glej oddelek 4). Ta vidik je bil delno rešen s povečanjem števila javno financiranih specializantskih mest na področju družinske medicine in razvojem „mreže javne zdravstvene službe“. Koncept mreže je, da se bo z določitvijo posebnih ciljev, na primer predvidenega števila pacientov na splošnega zdravnika ali splošnega pediatra, lažje opredelilo, kje je potrebnih več virov. Sekundarno zdravstveno varstvo bi bilo mogoče racionalizirati, vendar so pretekli predlogi za zaprtje ali ponovno profiliranje bolnišnic naleteli na odločno javno nasprotovanje lokalnih skupnosti, kar je oviralo napredek pri reševanju tega pomembnega vprašanja.

Nacionalni projekt e-zdravje je delno poskus skrajšanja čakalnih dob (čeprav si prizadeva tudi za povečanje preglednosti) ter vključuje e-naročanje, e-čakalne sezname in e-napotnice. Poleg tega je vlada nedavno uvedla pobudo za analizo čakalnih dob in vodenje inovativnih pristopov k skrajšanju teh dob. V okviru projekta, ki se ga začeli izvajati leta 2017, bodo javne ustanove, ki bodo skrajšale svoje čakalne dobe in izboljšale kakovost oskrbe, prejele dodatna plačila za povečanje obsega opravljenih storitev.

5.3 ODPORNOST⁹

Dolgoročna stabilnost financiranja zdravstvenega varstva je šibka, vendar so bili pripravljene načrti za razširitev osnove za plačevanje prispevkov in s prihodkov za zdravstveno varstvo

Zaradi zanašanja izključno na prispevke za zdravstveno zavarovanje so prihodki zdravstvenega sektorja zelo dovzetni za nihanja na trgu dela. Glavni izziv sta diverzifikacija osnove virov z zanesljivejšimi finančnimi sredstvi in zmanjšanje procikličnosti izdatkov zdravstvenega varstva. To je dejansko eden izmed ciljev nove reforme, ki je še v pripravi (okvir 2).

Težave v zvezi s sistemom financiranja so bile zlasti opazne med krizo, ko so se zaradi izgube delovnih mest in počasnejše rasti plač zmanjšali prispevki za ZZS. Dejanski obseg storitev in blaga, ki jih je plačeval ZZS, se je med krizo ohranil, vendar je bilo to mogoče le z zmanjšanjem ravni povračil za medicinsko oskrbo, odlaganjem povračil ponudnikom in prenosom stroškov z (javnega) obveznega zavarovanja na (zasebno) dodatno zavarovanje (Cylus, 2015) (glej oddelek 5.2). Ker se je z znižanjem izdatkov več kot izravnalo znižanje prihodkov, je bil ZZS do leta 2014 spet v presežku.

Ohranjanje trenutnih in prihodnjih ravni izdatkov je v Sloveniji še vedno posebej zahtevno, ker je pričakovati, da se bodo izdatki za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo večali hitreje kot v večini EU (Evropska komisija in Odbor za ekonomsko politiko, 2015). Razlogi za to so: hitro starajoče se prebivalstvo in s tem povezane visoke ravni (več) kroničnih bolezni ter povpraševanje po dragih novih medicinskih tehnologijah.

OKVIR 2: UKREPI ZA ZAGOTOVITEV FISKALNE VZDRŽNOSTI SO UVRŠČENI VISOKO NA POLITIČNI AGENDI

Predlagani zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju naslavlja izzive dolgoročne stabilnosti financiranja zdravstvenega sistema na podlagi ukrepov za diverzifikacijo virov financiranja. Osnutek zakona zlasti predlaga razširjeno osnovo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki upošteva neposredne in posredne prihodke ter uvaja enotne ravni prispevkov zavarovancev. Z dodatnimi finančnimi sredstvi, pridobljenimi v okviru splošne obdavčitve, bi se financirali posebni programi (pripravnštva, zdravniške specializacije in terciarna izobrazba). Osnutek zakona predvideva tudi odpravo sistema prostovoljnega dodatnega zdravstvenega zavarovanja do leta 2019 in nadomestitev tega sistema s posebnim prispevkom, ki bo določen na podlagi prihodkov, kar bo omogočilo učinkovitejše upravljanje.

9. Odpornost se nanaša na zmoglost sistemov zdravstvenega varstva, da se učinkovito prilagodijo spreminjajočim se okoliščinam, nenadnim pretresom ali krizam.

Kljub zmanjšanju števila postelj bi lahko nizke stopnje zasedenosti postelj še vedno pomenile nekaj presežne zmogljivosti

Število bolniških postelj za akutno oskrbo in povprečno trajanje hospitalizacije sta se od začetka 21. stoletja zmanjšala oziroma skrajšala (slika 13). To je posledica številnih dejavnikov: prehoda z bolniško-oskrbnih dni na plačila na podlagi skupin primerljivih primerov (SPP ali tudi sistem diagnostičnih skupin); znižanja cen storitev in racionalizacije med krizo; povečanja dnevne obravnave (z 11,1 % vseh bolnišničnih primerov leta 2005 na 30 % leta 2013). Tako se zdaj število postelj približno ujema s povprečjem EU, povprečno trajanje hospitalizacije pa je veliko pod povprečjem, 6,8 dni v primerjavi z 8 dnevi (2015).

Vendar so stopnje zasedenosti postelj veliko nižje od povprečja v EU, kar kaže na presežne zmogljivosti. To in dejstvo, da je še vedno veliko manjših regionalnih bolnišnic, pomeni, da je mogoče racionalizirati omrežje bolnišnic, da bi se izboljšala učinkovitost; kljub javnemu nasprotovanju bo to verjetno hitro izvedeno (glej oddelek 5.2).

Več ljudi bi lahko bilo oskrbljenih v okviru dnevne obravnave

Od leta 2010 se izvajajo finančne spodbude za zamenjavo bolnišnične oskrbe z dnevno obravnavo ali ambulantnim zdravljenjem. Zlasti so bile uspešne operacije očesne mreže, ki zajemajo enega največjih deležev ambulantnih primerov v EU (2015). Nasprotno pa se tonzilektomije še vedno opravljajo izključno v bolnišnicah (slika 14). Proračuni bolnišnic so bolj povezani s preteklimi plačili (na podlagi zgornjih omejitev), kot pa z učinkovitim nakupovanjem in primanjkljaje bolnišnic nazadnje

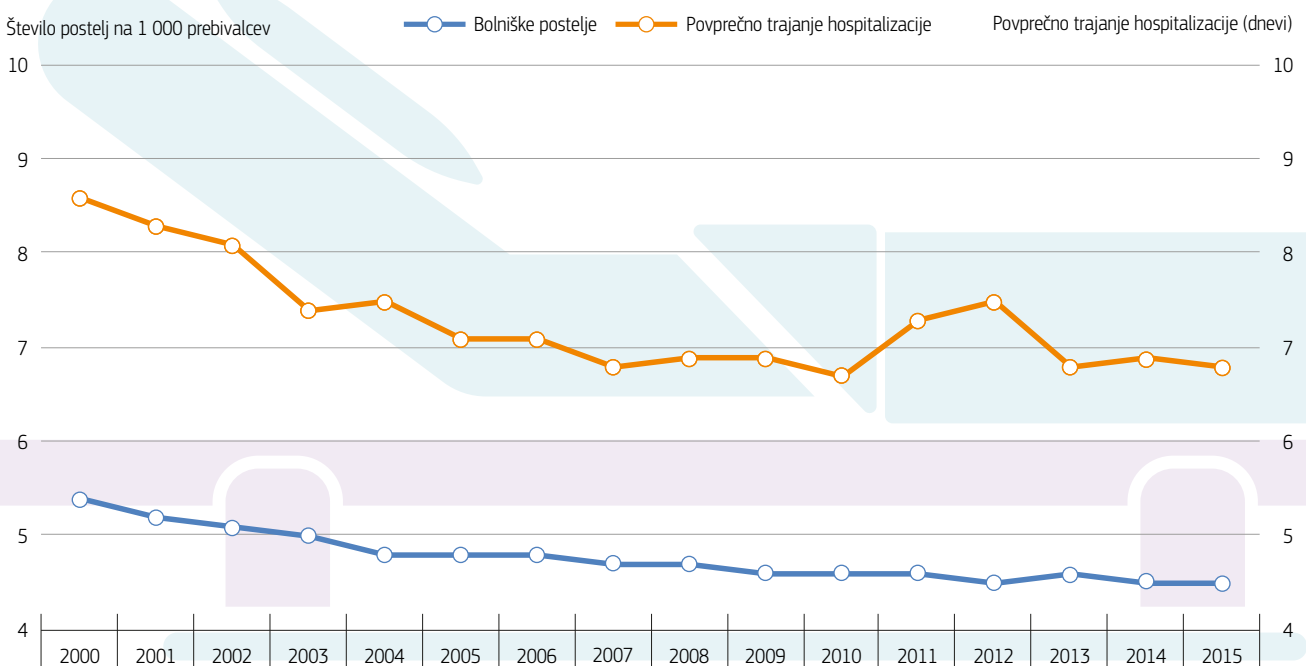
krije vlada, kar se je zgodilo tudi s sprejetjem posebnega zakona poleti 2017). Zato je spodbuda za učinkovitejšo uporabo sredstev bolnišnice malo. Eden izmed načinov za oblikovanje boljših finančnih spodbud za povečanje učinkovitosti bi bilo izboljšanje obstoječega modela SPP, tako da bi upošteval dejanske stroške. V zvezi s tem je bila vzpostavljena delovna skupina za izvedbo analize stroškov dejavnosti bolnišnic na nacionalni ravni, da bi se sčasoma zamenjal pomanjkljiv sistem SPP, ki se trenutno uporablja za financiranje dejavnosti bolnišnic in specialističnih ambulantnih dejavnosti (glej oddelek 4).

Vzpostavljen je nov skupni sistem javnega naročanja, še vedno pa se ne izvaja celovito vrednotenje zdravstvenih tehnologij

Ministrstvo za zdravje je nedavno razvilo nov sistem javnega naročanja za obvladovanje tega dela porabe sredstev. Tako se zdaj v vseh javnih bolnišnicah izvaja obvezno centralizirano javno naročanje zdravil in najpogosteje uporabljenih medicinskih pripomočkov. Leta 2017 je bil vzpostavljen centralni register podatkov o zdravilih, njihovih značilnostih in cenah, katerega cilja sta učinkovitejše dodeljevanje sredstev in povečanje preglednosti.

Jasno je, da bi bilo tudi vrednotenje zdravstvenih tehnologij prednost za učinkovito dodeljevanje sredstev in bi lahko olajšalo opredelitev novih pravic, storitev in tehnologij, ki bi jih moral vključevati ZZS. Nekatere agencije in ZZS med rednim ocenjevanjem uporabljajo zadevne mehanizme vrednotenja zdravstvenih tehnologij, vendar je v Resoluciji določena širša uporaba tega vrednotenja. V osnutku vladnega Zakona o kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva je predvidena ustanovitev agencije za vrednotenje zdravstvenih tehnologij.

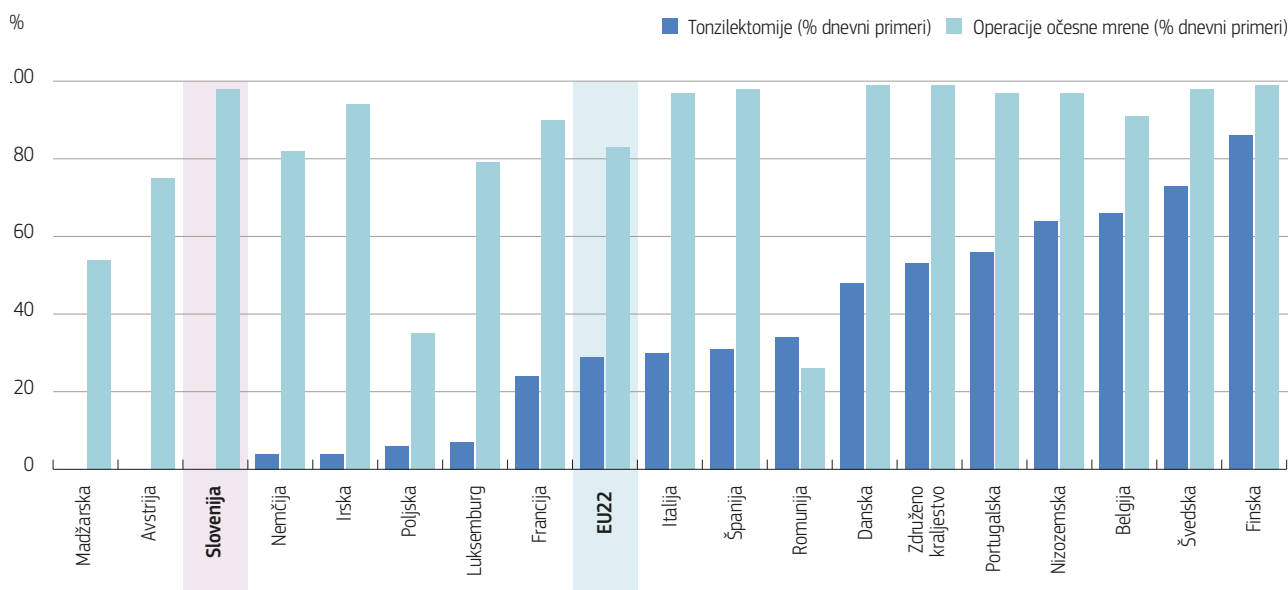
Slika 13: Povprečno trajanje hospitalizacije in število postelj sta upadla



Opomba: Niz povprečnega trajanja hospitalizacije je bil v letih 2011 in 2013 prekinjen.

Vir: podatkovna zbirka Eurostata.

Slika 14. Slovenija izkazuje mešani uspeh pri nadomeščanju bolnišnične oskrbe z dnevno kirurgijo



Vir: podatkovna zbirka Eurostata (podatki se nanašajo na leto 2015)

Pomanjkanje zdravnikov opozarja na možnost menjave delovnih nalog

Pomanjkanje zdravnikov je že dobro znano, vendar vztraja kljub odprtju druge medicinske fakultete v Mariboru (leta 2003) in možnosti, da v Sloveniji svoj poklic opravlja vedno več tujih zdravnikov. Ob upoštevanju težav pri obvladovanju tega pomanjkanja in glede na to, da je specialistov več kot zdravnikov družinske medicine (in to navkljub pomenu osnovnega zdravstvenega varstva), je morda potrebna nadomestitev delovnih nalog. V Resoluciji je predlagano povečanje obsega nalog medicinskih sester, da bi tako dosegli optimizacijo obravnave, usmerjene v paciente.

Dosežen je bil napredek v zvezi z infrastrukturo e-zdravja, vendar pri uvajanju na nacionalni ravni v nekaterih primerih nastajajo zamude

Slovenija je vložila veliko truda v okrepitev svoje zdravstvene informacijske infrastrukture v okviru nacionalnega projekta e-zdravja. Sistem e-receptov splošno uporabljajo vsi izvajalci, s tem pa sta se izboljšali interoperabilnost in preglednost. Izvaja se e-register s podatki o pacientih in povzetki podatkov o pacientih ter nastaja register izvajalcev zdravstvene dejavnosti, kar olajšuje izmenjavo informacij med ponudniki. Uvajajo se še druge pobude na področju e-zdravja, na primer sistem e-napotnic, ki bo predvidoma kmalu popolnoma nadomestil papirnat napotnice, sistem e-naročanja, ki se je začel izvajati konec leta 2016, in spletni portal za paciente zVem (pacientom omogoča dostop do lastnih zdravstvenih podatkov), ki je bil vzpostavljen januarja 2017.

Izvajajo se trdne zaveze boljšemu upravljanju, odgovornosti in komuniciranju

V Resoluciji je priznana potreba po varovanju javnega interesa, zmanjšanju korupcije ter izboljšanju nadzora javno-zasebnih partnerstev in vodenja zdravstvenih ustanov. Ministrstvo sprejema ukrepe za obvladovanje preglednosti in odgovornosti. Vendar razmerja med obstoječimi nadzornimi ustanovami (Ministrstvo za zdravje, Računsko sodišče, ZZSZ, Zdravniška zbornica) in njihovimi odgovornostmi niso dovolj jasna.

Najpomembnejše pa je, da se dolgo pričakovane reforme še vedno ne izvajajo

Ministrstvo za zdravje je ob upoštevanju političnega zastoja (okvir 1) leta 2015 začelo obsežen pregled zdravstvenega sistema za podporo razvoju novega resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva. Ta načrt, ki je bil predmet obsežnega javnega posvetovanja in ga je leta 2016 sprejel parlament, obravnava pomanjkljivosti zdravstvenega sistema kot celote. Vključuje posebne kazalnike in merila učinkovitosti, ki omogočajo merjenje uspeha pri doseganju ciljev. Resolucija je ključna za dolgoročno prihodnost zdravstvenega sistema. Na podlagi predlaganega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ki bo ključen za finančno stabilnost sistema) ter pomembne reforme dolgotrajne oskrbe (ki obravnava potrebe starajočega se prebivalstva v okviru obstoječih proračunskih omejitev) obvladuje fiskalno vzdržnost zdravstvenih izdatkov. Vendar nobena izmed politik še ni bila dogovorjena in veliko je odvisno od vladnega dokončnega sprejetja politik.

6 Ključne ugotovitve

- Slovenija je dosegla velik napredek pri odpravljanju razlik z EU v zvezi z zdravstvenim stanjem. Podaljšanje pričakovane življenjske dobe (za skoraj pet let med letoma 2000 in 2015) je tretje največje v EU, samoporočanje o ravni zdravja pa je zdaj blizu povprečja v EU. Vendar je pričakovana življenjska doba ob rojstvu pri slovenskih moških šest let krajša kot pri ženskah in pri moških z univerzitetno izobrazbo skoraj sedem let daljša kot pri moških z nižjo srednješolsko izobrazbo.
- Stopnje kajenja so se znižale, vendar je stopnja uživanja alkohola pri Slovencih visoka, zlasti med moškimi in mladimi odraslimi. Stopnje debelosti pri odraslih in 15-letnikih presegajo povprečje EU in so se zvišale. Poleg tega veliko vedenjskih dejavnikov tveganja močno prevladuje v skupinah prebivalstva z nižjimi prihodki in nižjo izobrazbo. Tudi stopnje samomorov so sorazmerno višje od povprečja, zlasti pri moških.
- Slovenski zdravstveni sistem zagotavlja skoraj splošno pokritost, vendar se uporabljajo obsežna doplačila. Za kritje teh doplačil ima 95 % prebivalcev prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, tistim, ki si ga ne morejo privoščiti, pa je zagotovljena pomoč. Plačil z zasebnimi sredstvi je na splošno malo, vendar je celoten delež zasebnih izdatkov v primerjavi s povprečjem v EU velik, saj dosega skoraj 30%.
- Zdravstveni sistem je močno izboljšal svojo učinkovitost in kakovost, kar je razvidno iz nizkih stopenj preprečljive umrljivosti. Vendar je kljub trdnemu sistemu osnovnega zdravstvenega varstva opazno pomanjkanje usklajevanja in vključevanja med ravnmi in sektorji, kar povzroča diskontinuiteto zdravstvenega varstva. Čeprav bolnišnice na splošno dobro opravljajo svoje delo, visoka stopnja 30-dnevne umrljivosti zaradi možganske kapi vzbuja skrb, tako kot rahlo zmanjšanje petletnega preživetja žensk z rakom materničnega vratu.
- Slovenija ima dober rezultat na področju neizpolnenih potreb glede medicinske oskrbe, vendar podatki niso popolnoma zanesljivi. Finančnih ovir za dostop je malo in čeprav je razporeditev zdravnikov neenakomerna, je tudi geografskih ovir malo. Slovenija je začela obravnavati geografske razlike delno na podlagi svoje uspešne pobude v zvezi z osnovnim zdravstvenim varstvom. Na nacionalni ravni uvaja posodobljene „vzorčne ordinacije“ družinske medicine in povečala je tudi zmogljivosti za medicinsko usposabljanje, da bi izboljšala dostop do zdravniškega varstva na območjih z manjšo pokritostjo in zagotovila učinkovitejši način izpolnjevanja potreb.
- Slovenski zdravstveni sistem je sorazmerno učinkovit, čeprav je nekaj pomislekov glede fiskalne vzdržnosti. S povečanjem uporabe dnevne obravnave, nadaljnjo racionalizacijo sektorja bolnišnic (in čezmernega števila majhnih regionalnih in lokalnih bolnišnic) ter izboljšanjem sistemov plačil in javnih naročil bi se lahko dodatno povečala učinkovitost.
- Že dolgo je prisotna potreba po preoblikovanju strukture financiranja zdravstva, da bi se zagotovila finančna vzdržnost. Po letih zamud in opuščeni prizadevanj za reforme je vlada dosegla precejšen napredek z novim nacionalnim akcijskim načrtom, ki določa prihodnje usmeritev. Nov zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju si prizadeva za razširitev osnove prihodkov in zagotovitev bolj stabilnega financiranja. Ni jasno, ali bo politika podprla predloge o dolgotrajni oskrbi, katerih cilj je zagotoviti cenovno dostopno, učinkovito in trajnostno odzivanje na potrebe hitro starajočega se prebivalstva.



Ključna vira

Albrecht, T. et al. (2016), „Slovenia: Health System Review“ (Slovenija: pregled zdravstvenega sistema), *Health Systems in Transition*, zvezek 18(3), str. 1–207.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle* (Pregled zdravstva: Evropa 2016: cikel Zdravstveno stanje v EU), OECD Publishing, Pariz, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Drugi viri

Blažko, N. (2016), „Recent Developments in the Area of Alcohol Policy in Slovenia“ (Nedavni razvoj na področju alkoholne politike v Sloveniji), Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje, <http://alcoholpolicynetwork.eu/wp-content/uploads/2016/12/Nata%C5%A1a-Bla%C5%Beko-RECENT-DEVELOPMENTS-IN-THE-AREA-OF.pdf>, na voljo 14. marca 2017.

Cylus, J. (2015), „Health System Expenditure Review“ (Pregled izdatkov zdravstvenega sistema), poročilo, ki so ga naročili Vlada Republike Slovenije, Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Svetovna zdravstvena organizacija/Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike.

Evropska komisija (GD ECFIN) in Odbor za ekonomsko politiko (Delovna skupina za problematiko staranja prebivalstva), „The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)“ (Poročilo o staranju prebivalstva 2015 – gospodarske in proračunske napovedi za 28 držav članic EU), *European Economy* 3, Bruselj, maj.

Evropski parlament (2016), „Parlamentarna vprašanja, Odgovor komisarke Marianne Thyssen v imenu Komisije. 20. marec 2016“, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2016-000373&language=SL>, dostop 26. junija 2017.

Koprivnikar, H. et al. (2012), „Z zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji – izzivi in odgovori“, dokument o politiki, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/z_zdravjem_povezana_vedenja_mladostnikov_v_slo.pdf, dostop 27. junija 2017.

Kloss, L. et al. (2015), „Sodium Intake and its Reduction by Food Reformulation in the European Union – A Review“ (Vnos natrija in zmanjšanje vnosa natrija s spremembo sestave živil v Evropski uniji – pregled), *NFS Journal*, zvezek 1, str. 9–19, <https://doi.org/10.1016/j.nfs.2015.03.001>.

Kringos, D. et al. (2013), „The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study“ (Trdnost osnovnega zdravstvenega varstva v Evropi: mednarodna primerjalna študija), *British Journal of General Practice*, zvezek 63 (616), str. e742–e750.

NIJZ (2016), „Alkoholna politika v Sloveniji, Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov“, http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alkoholna_politika_v_sloveniji_priloznosti_za_zmanjsevanje_stroskov_in_skode_f.pdf, dostop 14. marca 2017.

Nolte, E. et al. (2017), *Optimizing Service Delivery* (Optimizacija opravljanja storitev), poročilo, ki so ga naročili Vlada Republike Slovenije, Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Svetovna zdravstvena organizacija/Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike.

Normand, C. (2017), *Long-Term Care* (Dolgotrajna oskrba), poročilo, ki so ga naročili Vlada Republike Slovenije, Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Svetovna zdravstvena organizacija/Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike.

Pavlič, D. R., I. Švab in R. B. Pribakovič (2015), „Slovenia“, v okviru D. Kringos et al. (ur.), *Building Primary Care in a Changing Europe – Case Studies* (Gradnja osnovnega zdravstvenega varstva v spreminjajoči se Evropi – študije primerov), zbirka opazovalnih študij št. 40, Bruselj, Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike/NIVEL.

Quentin, W. et al. (2015), *Slovenia: Purchasing and Payment Review* (Slovenija: pregled nakupov in plačil), poročilo, ki so ga naročili Vlada Republike Slovenije, Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Svetovna zdravstvena organizacija/Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike.

Seznam okrajšav za države

Avstrija	AT	Estonija	EE	Italija	IT	Nemčija	DE	Slovenija	SI
Belgija	BE	Finska	FI	Latvija	LV	Nizozemska	NL	Španija	ES
Bolgarija	BG	Francija	FR	Litva	LT	Poljska	PL	Švedska	SE
Češka	CZ	Grčija	EL	Luksemburg	LU	Portugalska	PT	Združeno	
Čiper	CY	Hrvaška	HR	Madžarska	HU	Romunija	RO	kraljestvo	UK
Danska	DK	Irska	IE	Malta	MT	Slovaška	SK		

State of Health in the EU

Zdravstveni profil leta 2017

Profili države so pomemben korak v okviru dvoletnega cikla Evropske komisije *Zdravstveno stanje v EU* ter so rezultat skupnega dela Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) in *European Observatory on Health Systems and Policies*. Ta sklop je usklajevala Komisija, pripravljen pa je bil na podlagi finančne pomoči Evropske unije.

Natančni in za politiko pomembni profili države temeljijo na pregledni in dosledni metodologiji, pri kateri se uporabljajo kvantitativni in kvalitativni podatki, ki pa je prilagojena razmeram posamezne države članice EU. Cilj je zagotoviti možnost vzajemnega učenja in prostovoljnih izmenjav, ki podpira prizadevanja držav članic pri njihovem oblikovanju politike na podlagi dokazov.

Vsak profil države vključuje kratko zbirno poročilo o:

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

To je prvi sklop profilov držav, ki se objavijo vsaki dve leti, objavljen novembra 2017. Komisija pripravi spremljevalno poročilo, ki dopolnjuje ključne ugotovitve iz teh profilov držav.

Dodatne informacije: ec.europa.eu/health/state/summary.

Prosimo, citirajte to publikacijo kot:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovenija: Zdravstveni profil leta 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285422-sl>

ISBN 9789264285422 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.