



Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji - januar 2023

POVZETEK

Ministrstvo za zdravje

Januar 2023



Kazalo

UVOD S KLJUČNIMI POUDARKI	3
1. ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV IN DEJAVNIKI TVEGANJA	4
2. DEMOGRAFSKI TREND.....	5
3. ORGANIZIRANOST ZDRAVSTVENEGA VARSTVA (primar, sekundar, terciar)	6
4. KADRI V ZDRAVSTVU	8
5. FINANČNA VZDRŽNOST	10
6. PODATKI V ZDRAVSTVU.....	14
7. DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN UČINKOVITOST SISTEMA	15
8. ZAKLJUČEK.....	18
9. LITERATURA IN VIRI	19

UVOD S KLJUČNIMI POUDARKI

Ta dokument predstavlja kratek povzetek stanja na področju zdravstva v Sloveniji in navaja ključna področja, kjer so izzivi največji. Zato je osredotočen na **demografijo** prebivalstva, **organizacijo** zdravstvenega sistema, **finančno vzdržnost**, **kadre**, **čakalne dobe** in dejavnike tveganja. V dokumentu so predstavljeni zadnji razpoložljivi podatki.

Zdravstveni sistem je živ, korenite spremembe pa nujno potrebne, saj se zaradi **neorganiziranosti in netransparentnosti** na več nivojih in področjih zdravstvenega varstva soočamo s kolapsom. Zaradi **fragmentiranega, neenotnega in nepreglednega zbiranja podatkov** ne moremo načrtovati in organizirati **mreže zdravstvene dejavnosti** na vseh nivojih, kar je pogoj za **enakomerno dostopnost** do storitev zdravstvenega varstva.

Financiranje slovenskega zdravstva skozi zadnja leta (predvsem po začetku Covid 19) narašča (3.3 mrd Eur v 2015, 3.8 mrd Eur v 2018, 4.4 mrd Eur v 2020). Delež sredstev iz proračuna se je potrojil od 2018 (3%) do 2020 (9%). Med letoma 2015 in 2019 je zdravstvo povprečno predstavljalo 8.4% BDP, v 2020 pa 9.5%. **Staranje prebivalstva** vodi v neravnovesje med aktivnim in neaktivnim prebivalstvom in vedno večje stroške zdravljenja in nižanje števila posameznikov, ki vplačujejo v sklad. S staranjem prebivalstva sledi **rast števila potrebnih zdravniških timov na primarni ravni**. Slovenija ima **nižje število zdravnikov na 100.000 prebivalcev** (3,3) kot EU27 (4,0) in EU13 (3,7). Z letom 2017 se je začel povečevati **razkorak med številom diplomantov in razpisanimi specializacijami**. Vpliv na število zdravnikov ima tudi **plačni sistem**. V obdobju od 2010 do 2022 se je število oseb brez osebnega zdravnika gibalo med 106.600 in 131.940; v letu 2022 je doseglo najvišjo vrednost. Več kot **65% vseh obiskov v urgentnih centrih je nenujnih ali manj nujnih**. Število čakajočih bolnikov nad dopustno dobo se je od začetka 2018 potrojilo in je konec leta 2022 znašalo 112.121 čakajočih.

Breme absentizma na račun blagajne ZZSZ se povečuje (19% rast v 2021 glede na 2020). V letu 2021 so stroški znašali 498 mn EUR, v letu 2022 pa že preko 700 mn EUR. Znesek je bil višji od stroškov primarnega zdravljenja. Celoten zdravstveni sistem ima **neurejeno, necentralizirano in nestandardizirano stanje podatkov**, kar otežuje / onemogoča načrtovanje in ugotavljanje potreb ter upravljanje s sistemom.

Iz podatkov je vidna **neurejena struktura obračunskega sistema** zavodov. V obdobju 2017–2022 **zdravstveni domovi** poslujejo **s presežkom** in **bolnišnice** v polovici let **s primanjkljajem**, česar ne moremo pripisati samo neustreznemu vodenju in neustreznim nabavam, ampak tudi **sistemu obračunavanja storitev**, ki je **v domeni ZZSZ**.

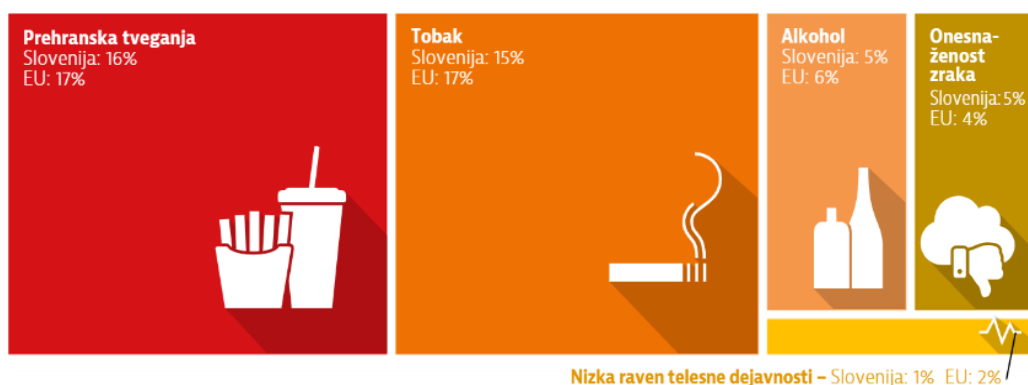
OECD v svojih strokovnih publikacijah ugotavlja, da slovenski zdravstveni sistem zagotavlja skoraj **univerzalno pokritost in široko košarico** pravic. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima vlogo pri kritju doplačil, ki se obračunajo za storitve; to naslavlja tudi finančno zaščito pred neposrednimi plačili. Pandemija je poslabšala in razgalila slabosti zdravstvenega sistema, vključno s pomanjkanjem delovne sile, dolgimi čakalnimi dobami ter dotrajanimi bolnišničnimi prostori. Pričujoča analiza se bo posodabljala skladno s pridobljenimi in noveliranimi podatki.

1. ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV IN DEJAVNIKI TVEGANJA

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

Več kot tretjino vseh smrti v Sloveniji leta 2019 je mogoče pripisati **vedenjskim dejavnikom tveganja**, vključno s kajenjem tobaka, slabo prehrano, uživanjem alkohola in nizko ravno telesne dejavnosti, medtem ko **okoljski vidiki**, kot je onesnažen zrak, prav tako prispevajo k precejšnjemu številu smrti. **Prehranska tveganja**, vključno z majhnim vnosom sadja in zelenjave ter velikim vnosom sladkorja in soli, so bila leta 2019 povezana s 16 % vseh smrti – kar je približno enako povprečju EU. **Kajenje tobaka** je v Sloveniji po ocenah prispevalo k 15 % vseh smrti, približno 5 % smrti je bilo pripisanih uživanju alkohola, 1 % pa nizki ravni telesne dejavnosti. Deleža čezmerno težkih in debelih v Sloveniji sta težavi javnega zdravja. **Debelost in čezmerna telesna teža** naraščata pri prebivalcih Slovenije kot tudi razvitega sveta zadnjih 30 let, saj so se močno spremenile prehranske kot tudi gibalne navade ljudi. Slovenija je ena redkih držav, ki ji je uspelo obrniti trend naraščanja debelosti pri otrocih od leta 2011 dalje. Leta 2019 je bilo 19 % odraslih v Sloveniji debelih, kar presega povprečje EU (16 %).

Slika 1: Dejavniki tveganja, vir: OECD



Slovenija je po številu smrti zaradi preprečljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev v povprečju EU. Je pa Slovenija ena redkih držav v Evropski uniji, ki vsem svojim prebivalcem nudi vsa s strokovnimi dokazi podprta, organizirana presejanja za rake (DORA, ZORA in SvIt), s katerimi uspešno zmanjšujemo breme teh rakov v državi.

DUŠEVNO ZDRAVJE

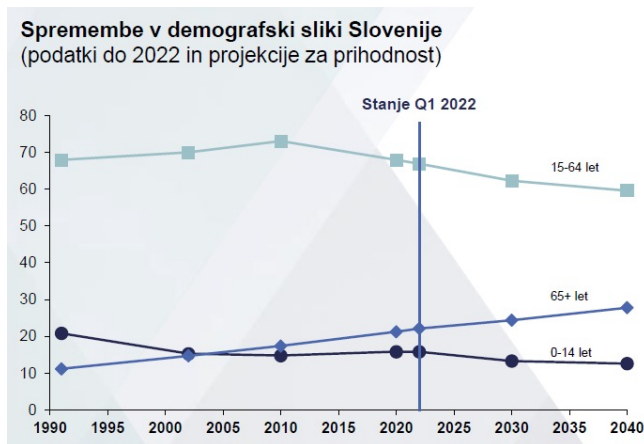
Pomembno področje je tudi **duševno zdravje**. Težave v duševnem zdravju bodo po vseh trendih v prihodnosti predstavljale **eno največjih bremen javnega zdravja**. Kljub temu da imamo danes službe na področju duševnega zdravja bolj razvite kot kadar koli prej, se je breme težav v duševnem zdravju še povečalo. V letu 2020 razglašena **pandemija covid-19** je poleg zdravstvene krize povzročila ekonomske, socialne in psihološke posledice, ki imajo **velik vpliv na duševno zdravje ljudi**, in zato je opazen velik porast potreb po storitvah za duševno zdravje. To je tudi glavni razlog, da se kljub številnim ukrepom za duševno zdravje, ki se izvajajo od leta 2018, čakalne dobe niso bistveno skrajšale, nekatere so se celo podaljšale.

2. DEMOGRAFSKI TREND

Zdravstvenemu sistemu preti **demografska grožnja**, saj se prebivalstvo čedalje bolj stara, kar je razvidno tudi iz demografske projekcije EUROSTAT, ki nakazuje **visok porast prebivalcev starosti 65+**.

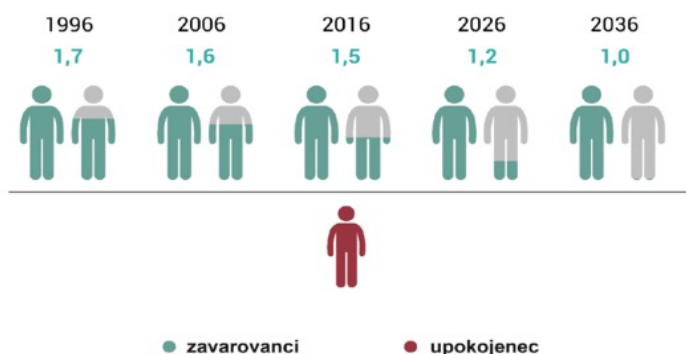
Skrb vzbujajoče je dejstvo, da naj bi se po napovedih EUROP2018 zelo **pomembno spremenila starostna sestava prebivalstva Slovenije**. Leta 2018 so starejši (tj. prebivalci, stari 65 ali več let) predstavljali 19,4 % prebivalstva, leta 2040 naj bil bilo v tej starostni skupini skoraj 30 % prebivalcev Slovenije, leta 2100 pa nekaj več kot 31 %. Delež otrok (tj. prebivalcev, mlajših od 15 let) se bo predvidoma nekaj let še nekoliko zviševal (2021: 15,2 %), nato naj bi začel upadati in leta 2037 dosegel minimum (okrog 12,9 %). Sledila naj bi počasna rast tega deleža in leta 2100 naj bi bilo otrok med prebivalci 13,9 %.

Slika 2: Demografska slika Slovenije do leta 2070, vir: EUROSTAT



Demografski trend bo negativno vplival tudi na **izdatke v zdravstvu**, saj iz napovedi UMAR sledi tudi čedalje slabše **razmerje med zavarovanimi osebami in upokojenci**, ki naj bi se do leta 2036 bistveno zmanjšalo. Tudi demografske projekcije Evropske komisije kažejo, da naj bi v Sloveniji ob nespremenjenih politikah javni izdatki za financiranje sistemov socialne zaščite do leta 2060 dosegli četrtno BDP. Delež in povečanje javnih izdatkov, povezanih s staranjem, naj bi bila s tem najvišja med državami EU, zato je **Slovenija** po izračunih Evropske komisije edina **država v EU z visokim tveganjem za vzdržnost javnih financ na dolgi rok**, prav tako je v skupini držav z visokim tveganjem na srednji rok. To pomeni, da bodo pritiski na rast javnih izdatkov še večji.

Slika 3: Razmerje med zavarovanci in upokojenci do leta 2036, vir: UMAR



3. ORGANIZIRANOST ZDRAVSTVENGA VARSTVA (primar, sekundar, terciar)

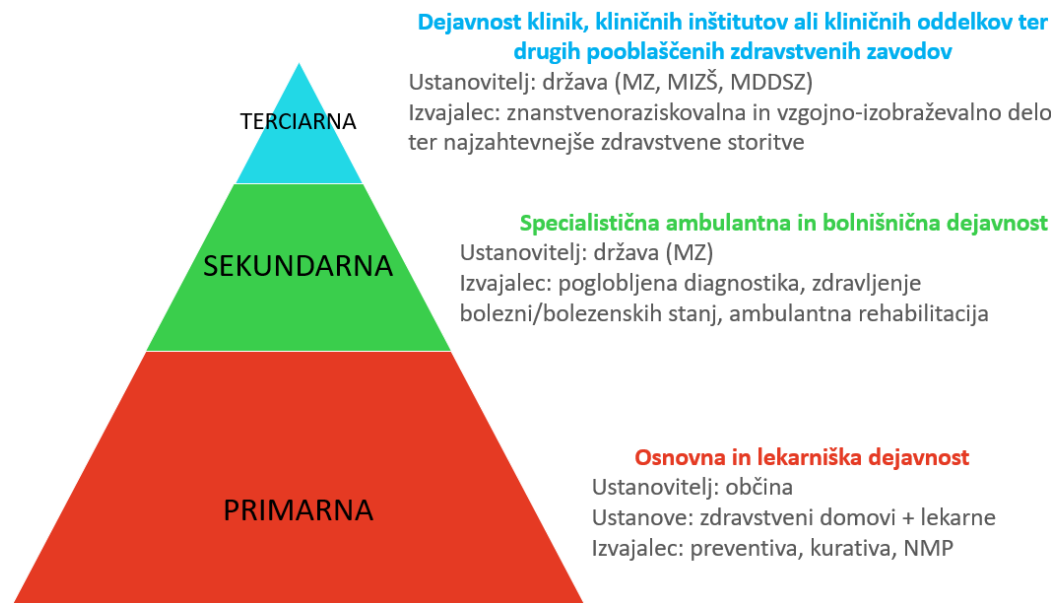
Zdravstveno varstvo v Sloveniji je razdeljeno na tri ravni, in sicer na primarno, sekundarno in terciarno raven.

Zdravstvena dejavnost na **primarni ravni** obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Njen ustanovitelj so občine, ki zagotavljajo sredstva za investicije, mrežo javnih zdravstvenih služb, pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva, oblikovanje programov za krepitev zdravja, ohranjanje okolja idr. Primarna oskrba je prva medicinska oskrba, ki predstavlja pacientov prvi stik z zdravnikom.

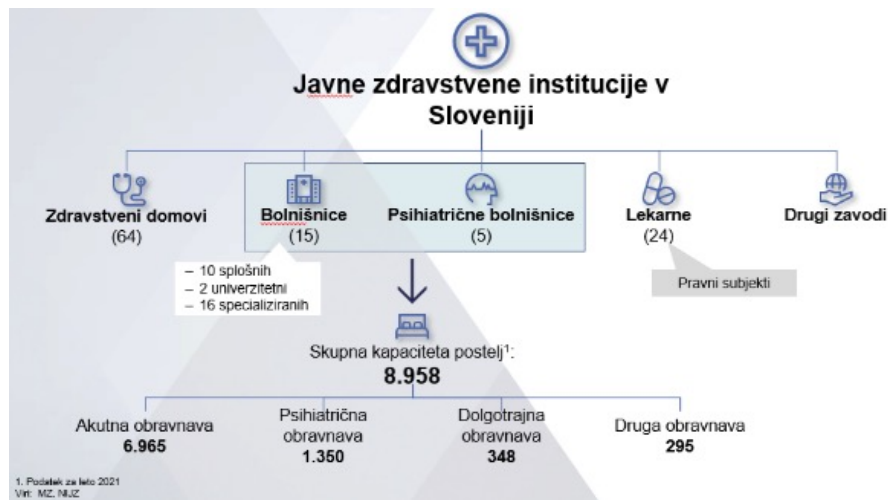
Zdravstvena dejavnost na **sekundarni ravni** obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Na tej ravni se zagotavlja bolj sofisticirana in zapletena oskrba.

Terciarna raven pa izvaja najzahtevnejše zdravstvene storitve in znanstvenoraziskovalno ter izobraževalno delo. Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov in drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov, obsega pa tudi dejavnost javnega zdravja in dejavnosti, povezane z javnim zdravjem na področju zdravja, okolja ter hrane. Ustanovitelj sekundarne in terciarne ravni je Republika Slovenija, ki ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi in ohranitvi zdravja ter zagotovitvi mreže javne zdravstvene službe.

Slika 5: Shematični prikaz organiziranosti sistema zdravstvenega varstva



Slika 6: Javne zdravstvene institucije v Sloveniji



Poleg izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki opravljajo zdravstvene storitve, so v zdravstvenem sistemu udeleženi še drugi ključni deležniki.

Slika 7: Organiziranost zdravstvenega sistema

MZ			- Priprava temeljnih prav. podlag za področje jav. zdrav. - Odgovarja za sistem zdrav. varstva in njegovo delovanje
Zbornice (zdrav., lekarniška, zveze)			Raziskovanje in podatki
	ZZZS		
	NIJZ		
	NLZOH		
	JAZMP		Plačniki storitev
	ZZZS + Zavarovalnice		Zagotavljanje učinkovitega zbiranja in razdeljevanja sredstev za kakovostno uresničevanje pravic v okviru zdrav. zavarovanja
Klinike, inštituti, poobl. zdr. zavodi in Slo. transplant	Specialist. ambulate in bolnišnice	Zdravstveni domovi in lekarnice	Izvajalci storitev
Zbornice (zdrav., lekarniška, zveze)		Občina	Nadzorniki storitev
	Območne enote ZZZS		Izvedba javnih pooblastil nadzorovanja storitev v skladu s pooblastili MZ
MZ, MIZŠ, MDDSZ	MZ	Občine	Ustanovitelji - odgovornost
Terciar	Sekundar	Primar	
Nacionalno področje	Regionalno področje	Primarno področje	

4. KADRI V ZDRAVSTVU

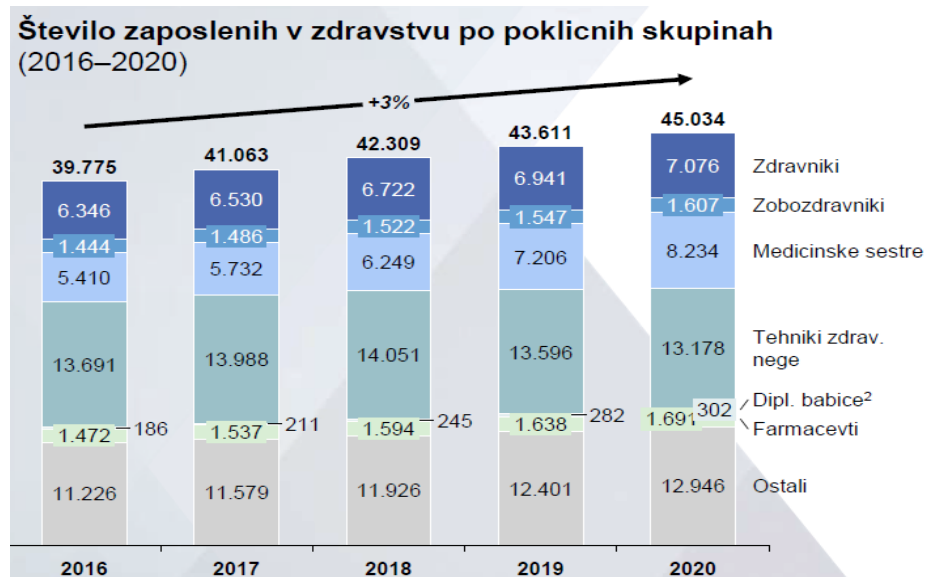
V Sloveniji **zdravniki in diplomirane medicinske sestre** skupaj predstavljajo približno **34 %** vseh zaposlenih v zdravstvu, medtem ko velik delež (29 %) predstavljajo tudi tehniki zdravstvene nege.

Slika 7: Število zaposlenih v zdravstvu po poklicnih skupinah, vir: Podatkovni portal NIJZ na dan 7. 1. 2023

 SKUPNO 45.034	 Zdravniki	7.076
	 Zobozdravniki	1.607
	 Medicinske sestre¹	8.234
	 Tehniki zdravstvene nege²	13.178
	 Diplomirane babice	302
	 Farmacevti	1.691
	 Ostali	12.946

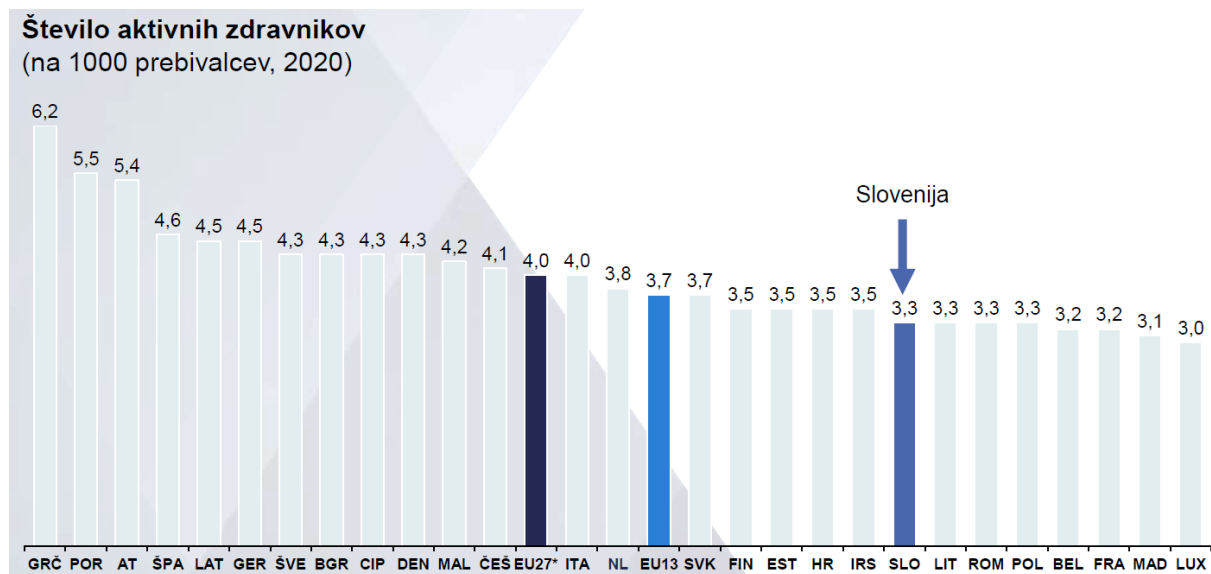
Število zaposlenih v slovenskem zdravstvu **narašča**, in sicer **z največjim porastom** v zadnjih letih **v poklicni skupini medicinskih sester** ter s primerljivo rastjo števila zdravnikov in zobozdravnikov. Skupno število zaposlenih v zdravstvu je v letih 2016–2020 v povprečju raslo za 3 % glede na predhodno leto. Število medicinskih sester se je v istem obdobju intenzivno povečalo, in sicer za 11 % letno, prav tako je raslo število zdravnikov in zobozdravnikov, in sicer za 3 %. Viden je manjši upad tehnikov zdravstvene nege, in sicer za 1 %.

Slika 8: Število zaposlenih v zdravstvu po poklicnih skupinah, vir: Podatkovni portal NIJZ



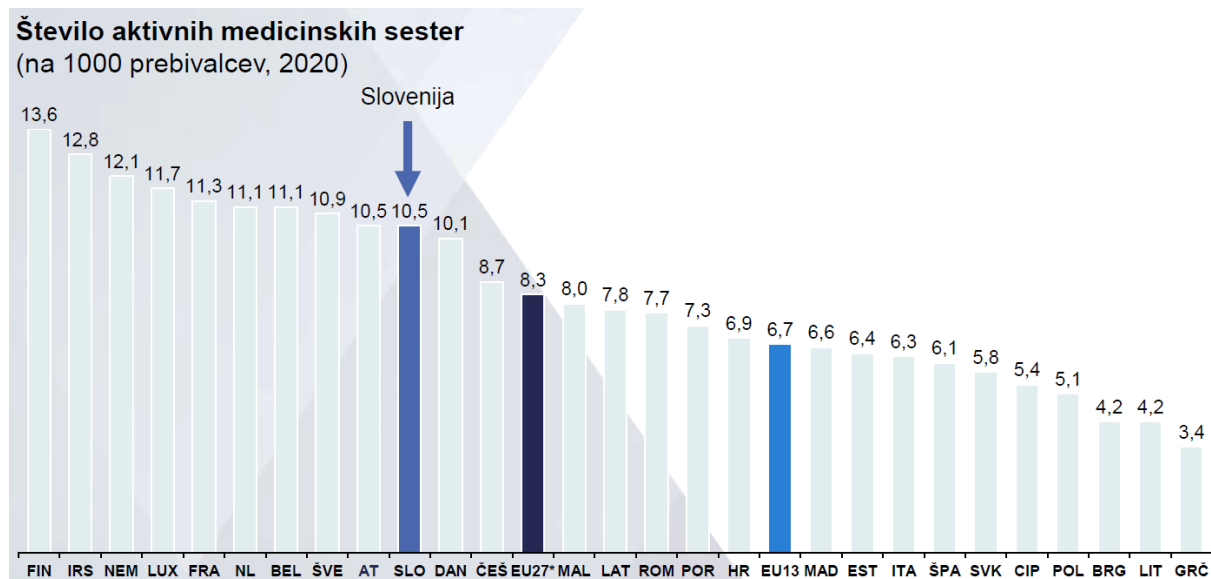
V okviru kapacitet zdravstvenega sistema ima **Slovenija nižje število aktivnih zdravnikov na prebivalca** glede na povprečje držav članic EU.

Slika 9: Število aktivnih zdravnikov na 1000 prebivalcev v letu 2020, vir: OECD



Hkrati pa ima glede na primerjalne analize, ki jih pripravlja OECD v svojih letnih poročilih, **Slovenija višje število aktivnih medicinskih sester na prebivalca** kot povprečna država v EU.

Slika 10: Število aktivnih medicinskih sester na 1000 prebivalcev v letu 2020, vir: OECD



Podatki o številu zdravnikov v sistemu zdravstvenega varstva se razlikujejo glede na upravljavce zbirke podatkov. Razlogi za odstopanja so v različnem načinu zajemanja in spremljanju podatkov. **NIJZ** vodi **Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu** (v nadaljevanju: RIZDDZ), **Zdravniška zbornica Slovenije** pa vodi **register zdravnikov**.

ZZZS ima informacijski sistem, v katerem so podatki o številu glavarinskih količnikov in dejanskem obsegu zdravniških timov oziroma programov ipd.

Vse zbirke svoje **pomanjkljivosti**, poleg tega pa **med sabo niso povezane**. Podatki tudi niso dostopni na enem mestu in jih tudi **nihče ne spremlja sistematično, po metodologiji** za ta namen, niti **ne izvaja analiz** o dejanski razpoložljivosti zdravnikov po specialističnih področjih, izvajalcih zdravstvene dejavnosti, po programih, projektih in po regijah. Iz navedenega razloga je zahtevno tudi ustrezno načrtovanje kadrovskih kapacitet.

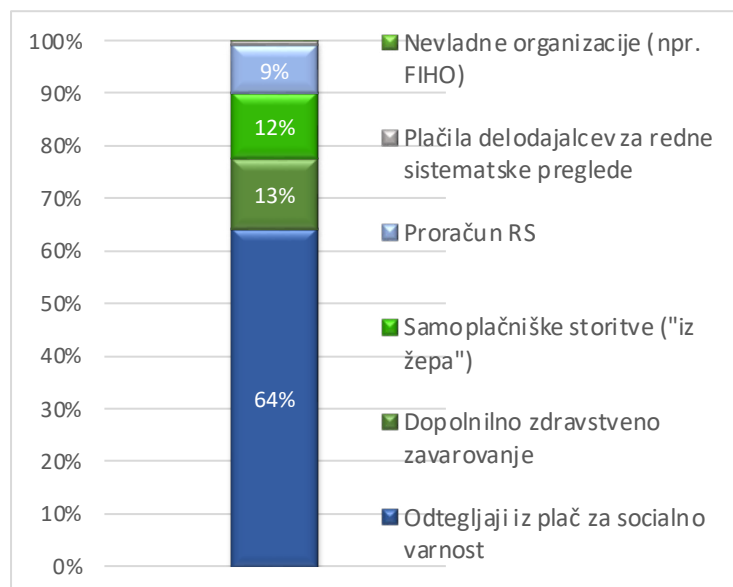
5. FINANČNA VZDRŽNOST IN ABSENTIZEM

Slovenija ima **sistem obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja** in enega samega javnega zavarovalca – Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS), ki zagotavlja skoraj univerzalno pokritost. Poleg tega ima **tri zasebne zavarovalnice**, ki zagotavljajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje; to se večinoma uporablja za **kritje doplačil**, zaračunanih za široko paleto javno financiranih zdravstvenih storitev, opredeljenih v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Sistem zdravstvenega varstva je financiran iz naslednjih virov:

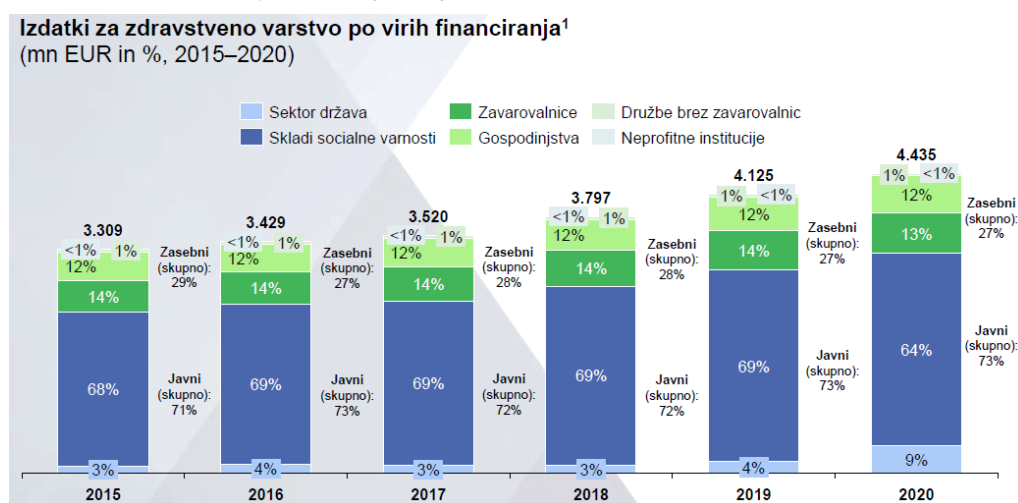
- sektorja država (proračun RS),
- skladov socialne varnosti (odtegljaji iz plač za socialno varnost; OZZ, obvezno pokojninsko zavarovanje, obvezno starševsko varstvo, obvezno zavarovanje za primer brezposelnosti),
- družbe brez zavarovalnic (delodajalci, ki plačujejo redne sistemske preglede),
- zavarovalnice (dopolnilno zdravstveno zavarovanje),
- gospodinjstva (samoplačniške storitve) in
- neprofitnih institucij, ki opravljajo storitve za gospodinjstva (nevladne organizacije, npr. FIHO).

Slika 11: Pregled virov financiranja zdravstva, vir: SI.stat



V letu 2020 je v sestavi financiranja izdatkov v primerjavi s predhodnimi leti delež sredstev iz proračuna zrasel s 4 % na 9 %, delež iz skladov socialne varnosti je padel z 69 % na 64 %.

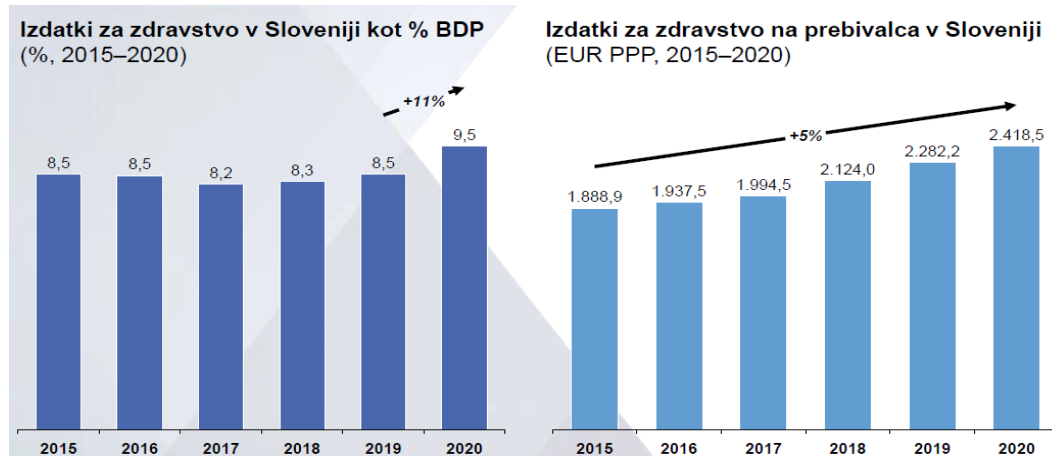
Slika 12: Izdatki za zdravstveno varstvo po virih financiranja v obdobju 2015–2020, vir: Si.Stat



Izdatki za zdravstveno varstvo so med leti 2015 do 2020 **narasli iz 3.3 mrd Eur v 2015, 3.8 mrd Eur v 2018 do 4.4 mrd Eur v 2020**. Delež sredstev iz proračuna se je potrojil od 2018 (3%) do 2020 (9%).

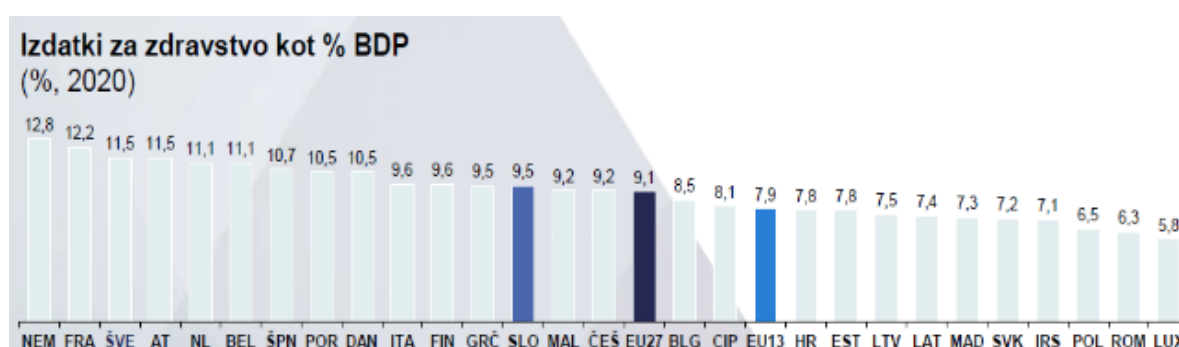
Izdatki kot delež BDP so med letoma 2015 in 2019 znašali med 8,2 % in 8,5 %, v letu 2020 je zaznan višji delež, in sicer 9,5 %, medtem ko so v istem obdobju izdatki na prebivalca rasli v povprečju za 5 % na letni ravni.

Slika 13: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji kot % BDP in izdatki na prebivalca v Sloveniji v obdobju 2015–2020, vir: Si.Stat

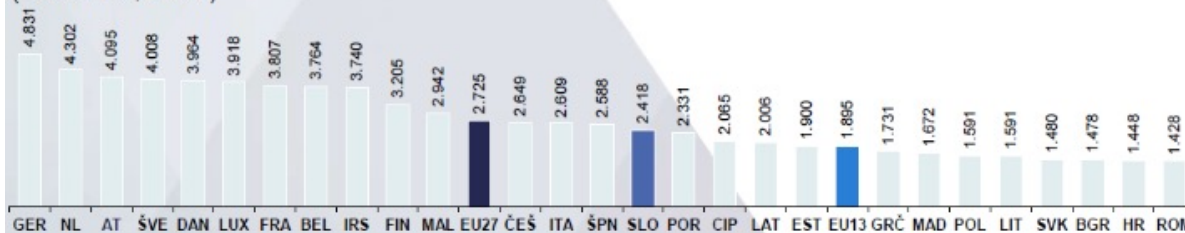


Po mednarodnih primerjavah izdatkov za **zdravstvo kot % v BDP** je **Slovenija primerljiva s povprečjem** ostalih držav članic, vendar se po **izdatku za zdravstvo na prebivalca** uvršča **pod povprečje** ostalih držav članic.

Slika 14: Izdatki za zdravstvo kot % BDP in izdatki za zdravstvo na prebivalca v letu 2020, vir: OECD



Izdatki za zdravstvo na prebivalca (EUR PPP, 2020)



V obdobju od 2015 do 2020 je financiranje zdravstvenega varstva raslo po letni stopnji 6,03 %, izdatki po letni stopnji 5,64 %, BDP po stopnji 3,89 % in bruto plača po letni stopnji 3,59 %. Delež zdravstvenih izdatkov v BDP se je hkrati povečal za 2,11 odstotne točke, kar je posledica nizke rasti BDP v letih od 2018 do 2020 ter izrednih covid-19 dodatkov od leta 2020 naprej. **Zdravstveni izdatki so rasli hitreje od povprečne plače.**

Slika 15: Osnovni ekonomski podatki za Slovenijo v primerjavi z državami OECD v obdobju 2015–2020, vir: SURS, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	CAGR ¹
Število prebivalcev	2.062.874	2.064.188	2.065.895	2.066.880	2.080.908	2.095.861	0,32%
Število zaposlenih prebivalcev	713.076	730.526	755.291	780.203	801.909	794.623	2,03%
Povprečna mesečna bruto plača (EUR)	1.555,89	1.584,66	1.626,95	1.681,55	1.753,84	1.856,20	3,59%
BDP Slovenija (mn EUR)	38.853	40.443	43.011	45.876	48.533	47.021	3,89%
Letna sprememba obsega BDP (%)	2,2	3,2	4,8	4,5	3,5	-4,3	-
Zdravstveni izdatek na prebivalca (OECD) (EUR)	1.603,66	1.660,39	1.703,65	1.830,93	1.975,17	2.109,68	5,64%
Delež zdravstvenih izdatkov v BDP (%)	8,5	8,5	8,2	8,3	8,5	9,5	2,11%
Povprečni obvezni prispevek na aktivnega prebivalca (mesečno) (EUR)	264.60	268.91	267.30	281.61	293.97	298.00	2,41%

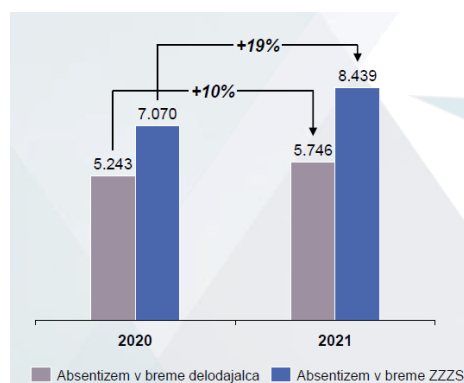
¹ CAGR (angl. Compound annual growth rate), sestavljena letna stopnja rasti

ABSENTIZEM

Breme delovnega absentizma v odhodkih se hitro povečuje (**19-% rast v 2021 v primerjavi z letom 2020**). V naslednjih letih je pričakovan enak trend, dodatno k temu vpliva sistemska sprememba iz leta 2021, ki je skrajšala število dni nadomestila bolezni v breme delodajalca s 30 na 20 dni. **Eden večjih odhodkov za zdravstvo ZZS je absentizem.** V letu **2021** so stroški znašali **498 milijonov evrov**, v letu **2022** pa že več kot **700 milijonov evrov**.

Znesek je bil višji od stroškov primarnega zdravljenja. V letu 2021 je bilo v Sloveniji izgubljeno skupaj 14,184 mn ur, kar predstavlja 15,2-% dvig v primerjavi z letom 2020.

Slika 16: Absentizem v breme delodajalca in ZZS, vir: ZZS



Tudi vpogled v **poslovni izid javnih zdravstvenih zavodov** v letih 2017–2022 kaže, da je bilo leto **2017 nadpovprečno pozitivno**, ker so bila izvedena izplačila bolnišnicam za kritje presežka odhodkov nad prihodki **na podlagi ZIUFSZZ**. V letu 2018 je bil velik padec poslovnega izida, ki se je v letu 2019 izboljšal, predvsem na račun pozitivnega poslovanja lekarn in zdravstvenih domov. Tudi v letih **2020 in 2021** so **bolnišnice** prejele **sredstva** za **omilitev posledic covid-19**, ki je vplival na končno pozitivno poslovanje. Za leto 2022 imamo dostopne podatke v obdobju od januarja do novembra in ugotavljamo, da bo **leto 2022 zaznamovano z izjemnim padcem poslovnega izida**.

Slika 17: Poslovni izid javnih zdravstvenih zavodov v obdobju 2017–nov. 2022, vir: Ajpes

POSLOVNI IZID (EUR)	2017	2018	2019	2020	2021	1-11 2022 ¹
 Bolnišnice	77.142.369	-35.098.604	-6.705.334	45.520.072	5.474.744	-59.398.059
 Lekarne	11.789.130	10.527.332	10.955.406	11.363.506	15.992.958	9.433.678
 Ostali	-153.312	-586.010	-1.245.604	3.717.476	7.415.173	1.141.828
 Psihiatrične bolnišnice	-1.394.425	1.245.277	2.203.100	445.429	5.544.191	599.081
 Zdravstveni domovi	-2.747.002	3.659.336	14.289.761	17.269.844	55.283.195	17.248.062

¹ V času priprave dokumenta so za leto 2022 na voljo delni podatki, in sicer za obdobje januar–november.

Na primarnem nivoju so v letu 2021 **zdravstveni domovi** (cca. **101 mio**), lekarn (cca. 80 mio) in na sekundarnem psihiatrične bolnišnice (9,8 mio) beležile pozitiven kumulativni poslovni izid. **Bolnišnice** so v istem obdobju beležile kumulativni poslovni izid (**skupaj -92,8 mio**).

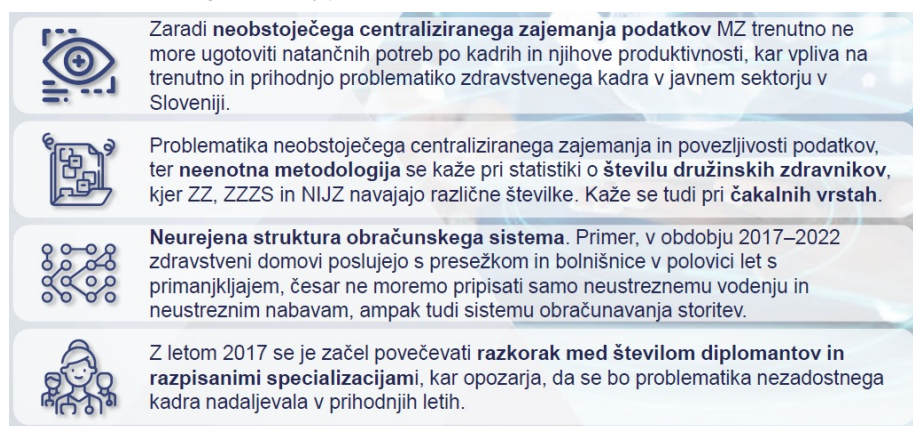
Slika 18: Kumulativni poslovni izid javnih zdravstvenih zavodov v obdobju 2017–2021, vir: MZ

Kumulativni poslovni izid (EUR)	2017	2018	2019	2020	2021
 Bolnišnice	-90.899.166	-126.606.246	-132.874.108	-90.676.884	-92.816.533
 Lekarne	59.760.106	64.651.232	69.223.096	75.685.730	79.182.185
 Ostali	20.388.772	19.209.494	17.646.939	21.297.267	27.202.156
 Psihiatrične bolnišnice	10.806.342	10.924.581	5.264.018	4.117.637	9.822.180
 Zdravstveni domovi	31.314.188	33.072.224	41.515.858	51.996.043	101.143.971

6. PODATKI V ZDRAVSTVU

Digitalno je naš zdravstveni sistem izrazito **fragmentiran**. Zbiramo **velike količine podatkov**, ki pa so **nepreverjeni, nepovezani**, in posledično z njimi nismo zmožni pripraviti dobre analitike. Vsak **vnos** podatka pomeni za zdravstveno osebo **administrativno obremenitev**, ki je pogosto nesmiselna, saj se **ta podatek izgubi v bazah podatkov, registrih**, na integracijah in **ne koristi vnašalcu**. Prav tako pogosto **ne koristi niti pacientu**, ki mu je bil predhodno vzet čas zdravstvenega delavca, saj ga je le-ta porabil za vnašanje podatkov. **Ne koristi niti odločevalcem**, saj metodologija in način vnašanja podatkov nista poenotena.

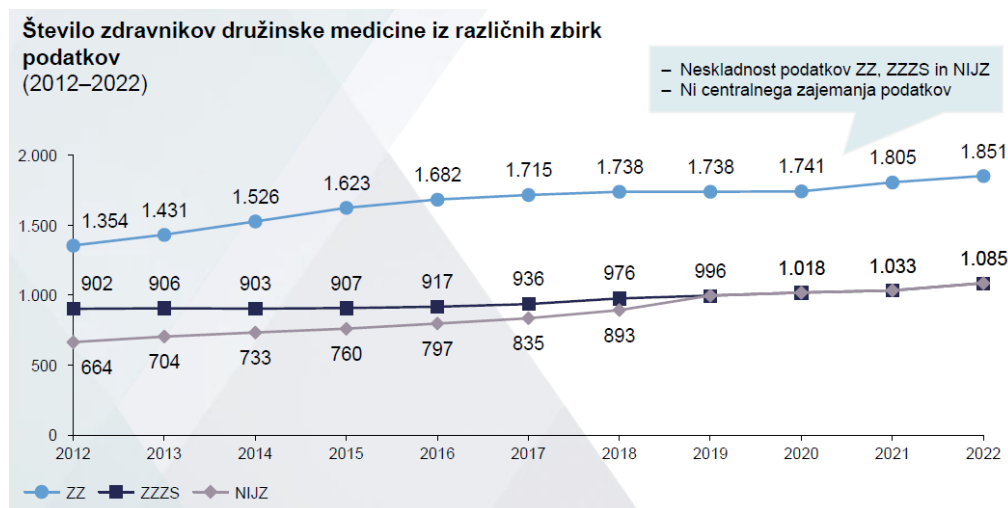
Slika 19: Problematika trenutnega načina zbiranja podatkov



Splošna direktiva v informatiki je, da za vsakih 100 EUR vložka v investicijo (strojna ali programska oprema) potrebujemo naslednje leto (in vsa nadaljnja leta vsaj 5 let) 20 % osnovnega vložka za vzdrževanje. Gospodarstvo namenja od letnih prihodkov med 6 % in 10 % v razvoj in vzdrževanje informacijsko-komunikacijskih tehnologij (IKT). Glede na zbranih več kot 4 milijarde EUR za storitve v zdravstvu bi torej v **IKT morali vlagati (za investicije in vzdrževanje) okrog 350.000.000 EUR letno**. ZZS namensko nakaže izvajalcem v javni zdravstveni mreži skupaj nekaj pod **7 milijonov EUR** za neposredno vlaganje v IT, izvajalci pa namenijo od svojih prihodkov v IKT **manj kot 2 % sredstev**. Predvsem pa je poraba IKT sredstev razdrobljena, večkrat slabo načrtovana in ne izkorišča sinergij, ki so na tem področju sicer prisotne (razvij 1x, uporabi nx).

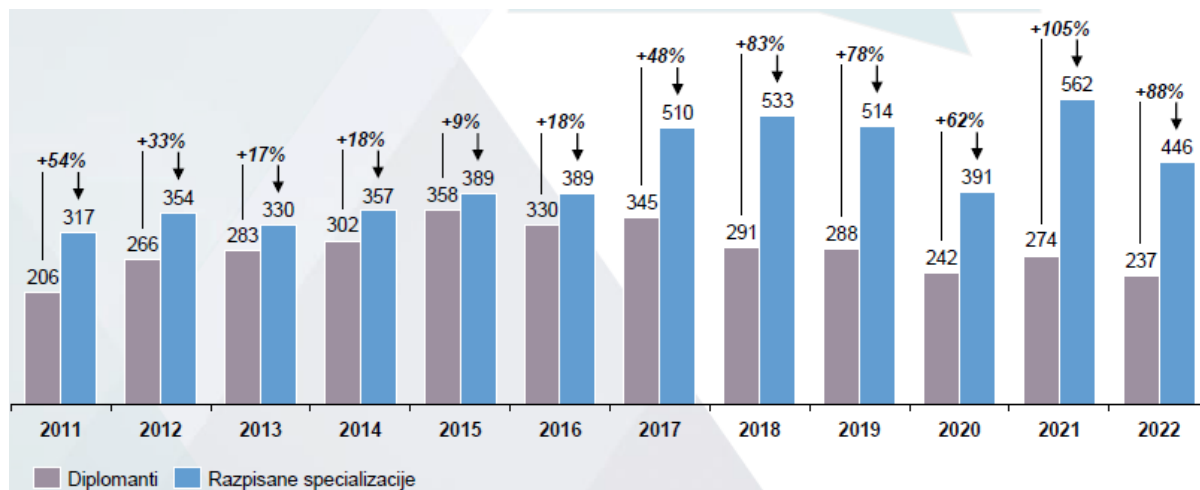
Velik problem pri načrtovanju in organizaciji sistema je **nepovezljivost** podatkov. Na primeru podatka, ki ga je prikazalo tudi Računsko sodišče v okviru svoje revizije, o številu zdravnikov družinske medicine iz različnih zbirk podatkov vidimo, da so odstopanja velika. Razlogi za odstopanja so v različnem načinu zajemanja in spremljanja podatkov.

Slika 20: Število zdravnikov družinske medicine iz različnih zbirk podatkov, vir: Računsko sodišče RS, NIJZ, ZZS



Od leta 2011 do 2022 se kaže občutno povečanje razkoraka med razpisanimi specializacijami in številom diplomantov, ki se je začel večati v letu 2017. Ključni problem je, da Ministrstvo za zdravje ne razpolaga z ustreznim orodjem za načrtovanje kadra.

Slika 21: Primerjava števila razpisanih specializacij s številom dejanskih diplomantov v obdobju 2011–2022

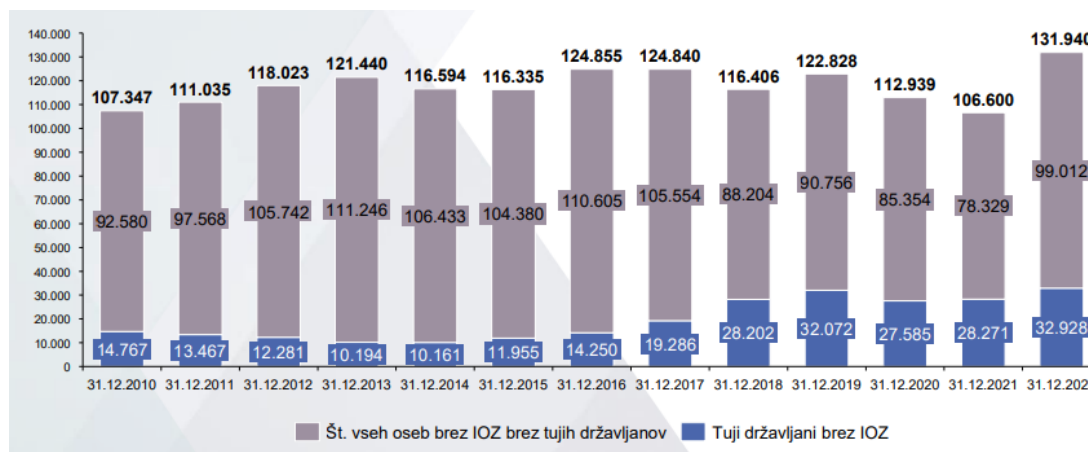


7. DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN UČINKOVITOST SISTEMA

Pacient kot zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti pri svojem osebnem zdravniku v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravico izbrati si osebnega zdravnika imajo **vse zavarovane osebe**. Pri tem si zavarovane osebe lahko izberejo osebnega zdravnika splošne medicine, **osebnega zobozdravnika, ženske pa tudi osebnega ginekologa**. Osební zdravnik ima v našem sistemu vlogo vratarja, saj pacienta lahko napoti na nadaljnjo obravnavo – v sekundarno (specialistično) oskrbo.

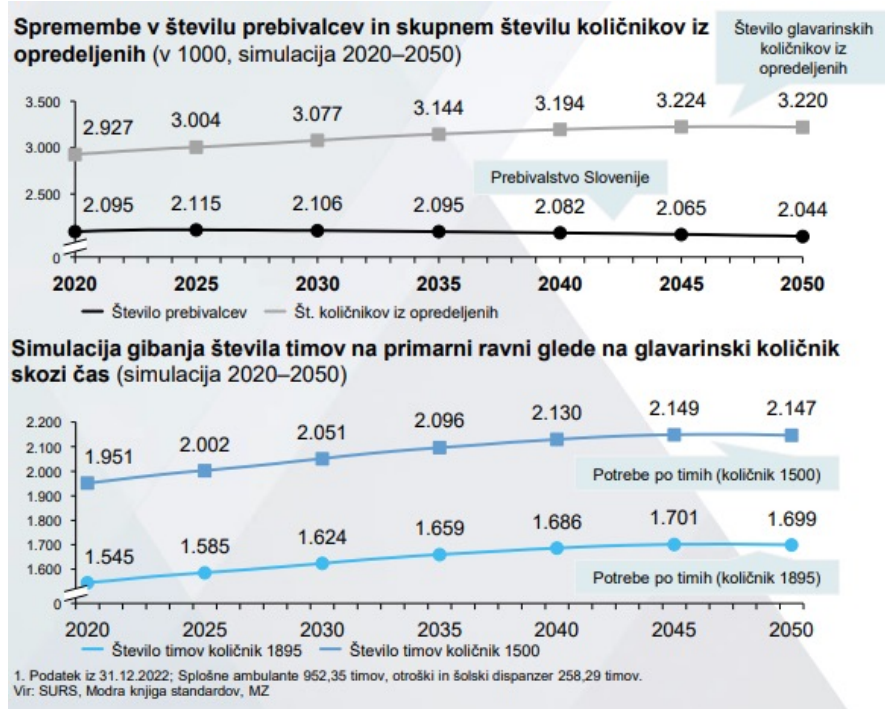
Na dan 30. 11. 2022 je bilo v Sloveniji 2.089.326 zavarovanih oseb. Izbranega zdravnika je imelo 1.951.141 oseb. Brez izbranega osebnega zdravnika (skupaj v ambulanti družinske medicine in v otroškem in šolskem dispanzerju) je bilo tako 132.185 oseb, ki so zavarovane osebe s stalnim ali začasnim bivališčem v Republiki Sloveniji in tuji državljani z začasnim bivališčem ter zavarovane osebe z delodajalcem v Sloveniji in brez stalnega ali začasnega prebivališča. Opazna je rast števila tujih državljanov z začasnim bivališčem v Sloveniji, ki so brez izbranega osebnega zdravnika. V obdobju od **2010 do 2022** se je število oseb brez osebnega zdravnika gibalo **med 106.600 in 131.940**; v letu 2022 je doseglo najvišjo vrednost.

Slika 22: Število oseb brez izbranega osebnega zdravnika (2010–2022)



S staranjem prebivalstva se potrebe po timih na primarni ravni povečujejo, narašča torej število glavarinskih količnikov iz opredeljenih in temu sledi rast števila potrebnih zdravniških timov. Trenutno **število primarnih timov v Sloveniji je 1.210,64²**. Po scenariju količnika 1.895 že zdaj **primanjkuje 352 timov** in do leta 2050 se bo potreba povečala še za dodatnih 154 timov na primarni ravni.

Slika 23: Vpliv števila prebivalcev na glavarinske količine oziroma število timov



Podatki o številu aktivnih timov po razredih glede na število glavarinskih količnikov na tim na dan 31. 12. 2022. Pri posameznih timih so še proste kapacitete.

Slika 24: Število aktivnih timov po razredih glede na število glavarinskih količnikov na dan 31. 12. 2022

Razpon števila glavarinskih količnikov	Št. aktivnih timov
< 1000	48
>=1000 in <1500	42
>=1500 in <1895	55
>=1895 in <2000	146
>=2000 in <2300	225
>=2300 in <2500	178
>=2500 in <3000	279
>=3000 in <4000	93
>=4000 in <5500	10
>=5500	11

Na dan 31.12.2022 so še proste kapacitete za IOZ za:

- 35.450 oseb, starejših od 75 let **ali**
- 48.341 oseb med 65 in 74 leti **ali**
- 75.965 oseb med 50 in 64 letom **ali**
- 126.608 oseb med 19 in 49 letom.

– 145 timov splošne ambulate ne dosega vrednosti **1.895 GK¹ na tim**, ki predstavlja mejo, ko lahko odklonijo opredeljevanje pacientov

– **2.343,82** je povprečna vrednost GK¹ na tim

Vsota vseh razlik do 1.895 GK¹ na tim je **106.351,94 GK¹**, kar pomeni skupno **koliko glavarinskih količnikov lahko še sprejmejo ambulate**, ki imajo GK¹ pod 1.895.

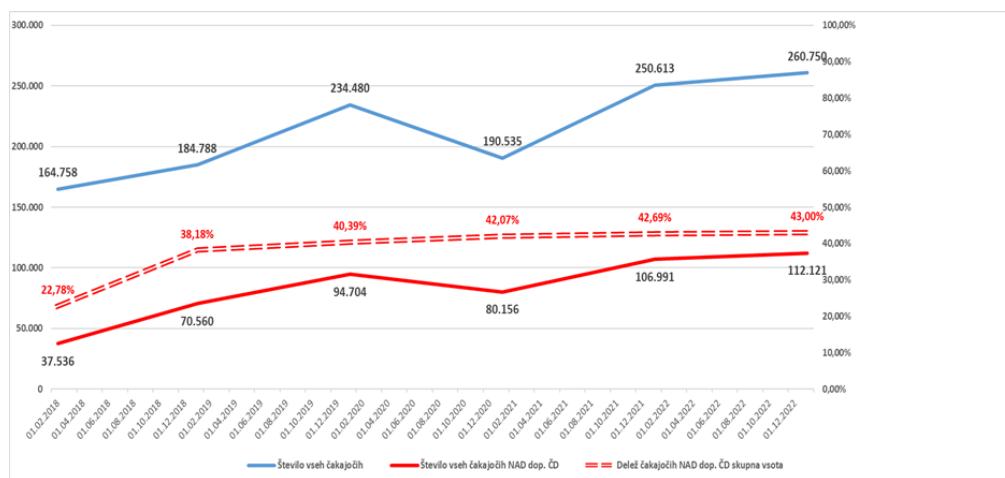
1 GK¹ je glavarinski količnik
Vir: ZZS, DZV, Sektor za ekonomiko

1 (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk in 142/22 – odl. US)

ČAKALNE DOBE

V kratki analizi čakalnih dob smo preverili podatke o številu vseh čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo v začetku januarja 2023 v primerjavi s podatki iz leta 2018, ko se je vzpostavil centralni sistem eNaročanje za spremljanje teh podatkov. Razvidno je, da se število čakajočih nad dopustno čakalno dobo **povečuje** in se je v primerjavi z letom 2018 skoraj **potrojilo**. Prav tako je prisoten trend povečevanja števila vseh čakajočih od leta 2018 dalje, saj se je število skoraj podvojilo, kar je v določeni meri pričakovano tudi v prihodnje. Pandemija covid-19 je problem (pre)dolgi čakalnih dob še dodatno poglobila, saj se je v obdobju pandemije covid-19 zdravstvena dejavnost opravljala v omejenem obsegu. Skrb vzbujajoč je trend povečevanja števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo, hkrati pa je treba opozoriti tudi na **dvom o verodostojnosti podatkov** o čakajočih in čakalni dobi v centralnem sistemu eNaročanje.

Slika 25: Pregled čakalnih dob v sistemu eNaročanje



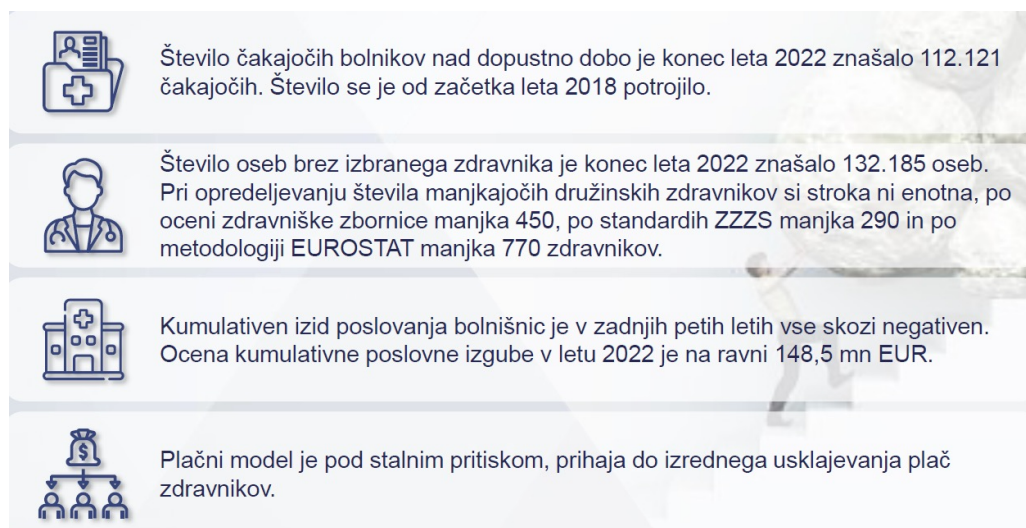
Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije v 53 % inšpekcijskih nadzorov za leto 2021 ugotavlja neskladnosti pri zagotavljanju resničnih in ažurnih podatkov o čakalni dobi za posamezno storitev. Zagotovo drži, da čakalne dobe nastajajo, ko je povpraševanje po storitvah večje od ponudbe storitev. To pa je mogoče s podatki preveriti in ugotoviti le, če kakovost podatkov na tem področju odraža realno stanje. Urejenost sistema zdravstvenega varstva, upravljanja in obvladovanja čakalnih seznamov z ustrezno informacijsko podporo je pot do realnih podatkov.

² Podatek na dan 31. 12. 2022: splošne ambulate 952,35 timov, otroški in šolski dispanzerji 258,29 timov.

8. ZAKLJUČEK

Slovenski zdravstveni sistem se v zadnjih 30 letih ni kontinuirano obnavljal in danes imamo na marsikaterem področju neurejen zdravstven sistem, kar se kaže v vrsti izzivov.

Slika 26: Ključni izzivi v zdravstvu



Demografska slika v Sloveniji se slabša – prebivalstvo se stara, posledic je več:

- stroški zdravljenja in bolniške oskrbe se bodo nadalje povečevali, število vplačnikov obveznega prispevka pa zmanjševalo;
- potrebe po zdravnikih in zdravstvenem osebju se bodo večale;
- posledično se bo povečevalo financiranje zdravstva iz proračuna in samoplačništva;
- rast družbenega proizvoda in plač bo morala biti hitrejša od rasti stroškov zdravstva;
- potrebna je priprava načrta znižanja absentizma in promocija zdravega načina življenja.

Model upravljanja in vodenja zavodov bo treba spremeniti:

- zdravstveni domovi in lekarne v obdobju 2017–2021 izkazujejo kumulativni presežek v višini 180 milijonov EUR. Ta sredstva se ne stekajo povratno v zdravstvo, temveč v proračune lokalnih skupnosti;
- bolnišnice v istem obdobju izkazujejo kumulativno izgubo v višini 93 milijonov EUR (sliko umetno izboljšujejo covid-19 dodatki). Za sanacijo poslovanja bolnišnic so nujni vsaj trije ukrepi: izboljšanje vodenja, upravljanja z materialnim poslovanjem ter posodobitev standardov obračunavanja storitev.

Reševanje kadrovskega primanjkljaja bo treba izvajati z dodatnim (primerno ovrednotenim) delom ter prerazporeditvami, dolgoročno pa z ustreznim načrtovanjem, povečevanjem vpisa v izobraževanje ter pridobivanjem kadra iz tujine.

Za celovito upravljanje zdravstvenega sistema je nujna ureditev **poenotenja metodologij upravljanja s podatki** (zajemanje, vzdrževanje, povezljivost in koriščenje), **digitalizacija** ter načrtovanje potreb in kapacitet z **izgradnjo mreže**, ki bo temeljila **na enakopravnem dostopu vseh prebivalcev Slovenije** do enake kvalitete zdravstvene storitve, ne glede na družbeno ekonomski status, regijo, nacionalnost, spol, izobrazbo, politični nazor, versko prepričanje....

Zdravstveni sistem moramo pripraviti za **ključne izzive prihodnosti**, kot so starajoče prebivalstvo, razvoj bolezni in zdravljenja ter nevarnosti pojavnosti novih bolezni s ciljem **učinkovitosti, digitalizacije in finančne vzdržnosti**.

9. LITERATURA IN VIRI

1. Albreht, T., Polin, K., Pribakovič, Brinovec, R., , Kuhar, M., Poldrugovac, M., Ogrin Rehberger, P., Prevolnik Rupel, V., Vracko, P. (2021). Slovenia Health System review. Health Systems in Transition, 23 (1).
2. Eurostat, 2023. Podatkovni portal. Dostopno prek: Home - Eurostat (europa.eu)
3. Ministrstvo za zdravje, Health system performance assessment. Dostopno prek: HEALTH SYSTEM PERFORMANCE ASSESSMENT FOR SLOVENIA (gov.si)
4. Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (2013) Measuring the Global Burden of Disease. New England Journal of Medicine, 369, 448-457.
5. NIJZ. Zdravstveni statistični letopis 2020. Dostopno prek: Zdravstveni statistični letopis 2020 | www.nijz.si
6. NIJZ. Podatkovni portal. Dostopno prek: podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal?px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=d107c3ba-8f3f-473a-a8d5-f98d8efbafef.
7. OECD (2021). Health at a Glance. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1642352603&id=id&accname=guest&checksum=9F1891C09F8784DF740195ADDBF29027#page=253&zoom=100,0,125> (16. 1. 2022).
8. OECD (2021). Country Health Profile 2021, OECD Publishing, Paris Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
9. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21 in 196/21 – ZDOsk)
10. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.)
11. Računsko sodišče (2021). Vstop zdravnikov na trg dela in zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov. Revizijsko poročilo.
12. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Uradni list RS, št. 25/16.
13. SURS. (2021). SiStat. Dostopno prek: <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl>.
14. UMAR, (2021). Dostpno na Urad RS za makroekonomske analize in razvoj (gov.si)
15. Zakon o dolgotrajni oskrbi. Uradni list RS, št. 196/21.
16. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21 in 196/21 – ZDOsk).
17. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (2022). Dostopno prek ZPIZ
18. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (zbirka podatkov)