



Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji - januar 2023

Ministrstvo za zdravje

Januar 2023

Kazalo

1. Uvod.....	8
1.1. Vloga deležnikov v zdravstvu	9
1.2. IZVAJALCI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	14
1.3. Zdravstveno stanje prebivalstva	15
1.4. Demografski trend.....	18
1.5. Ravni zdravstvenega varstva	21
2. Problematika na področju družinske medicine.....	24
3. Problematika na področju urgentne medicine.....	28
4. Finančni pregled stanja zdravstvenega varstva.....	34
4.1. Pregled poslovanja javnih zdravstvenih zavodov	34
4.2. Trend naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo	38
4.3. Proračunski odhodki za zdravstvo	46
4.4. Odhodki v okviru evropske kohezijske politike	49

4.5.	Gibanje prihodkov ZZS v obdobju 2012 – 2023	51
4.6.	Gibanje odhodkov ZZS v obdobju 2012 – 2023	51
5.	Izvajanje zdravstvenih storitev	57
5.1.	Primarna dejavnost.....	58
5.2.	Specialistična zunajbolnišnična dejavnost	62
5.3.	Specialistična bolnišnična dejavnost	63
5.4.	Realizacija prospektivnega programa	63
5.5.	Ostale bolnišnične obravnave	65
6.	Kader in zaposlitve v zdravstvenem sistemu	65
6.1.	Karierna pot zdravnika do vstopa na trg dela	69
6.2.	Število diplomantov medicinskih fakultet s področja splošne medicine in število razpisanih specializacij v letih 2011-2022	70
6.3.	Analiza stanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe.....	72
8.5.	Projekcije v povezavi z zdravstvenimi (so)delavci do leta 2035	76
7.	Čakalne dobe in število čakajočih	87
8.	Javno zdravje	89
8.1.	Kajenje	90
8.2.	Škodljiva in tvegana raba alkohola	91
8.3.	Prepovedane droge	93
8.4.	Zdravje mladih.....	94
8.5.	PREVENTIVNI PROGRAMI ZA ODRASLE V REFERENČNIH AMBULANTAH	96
8.6.	Populacijski presejalni programi za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka	97
9.	Duševno zdravje prebivalcev	100
10.	Lekarniška dejavnost v Sloveniji v letu 2021	101
10.1.	Kadrovska struktura v lekarniški dejavnosti	104
11.	Digitalizacija zdravstva.....	104
11.1.	Primar	105
11.2.	Sekundar - Bolnišnice	106
11.3.	Lekarne	106
11.4.	Nacionalni inštitut za javno zdravstvo in eZdravje	107

11.4.	Nacionalni inštitut za javno zdravstvo in eZdravje	106
11.5.	Zdravstvena zavarovalnica in obračun	106
11.6.	Kibernetska varnost.....	108
12.	Kakovost v zdravstvu	108
13.	Pregled predpisov Ministrstva za zdravje od nastopa 15. Vlade Republike Slovenije	111
14.	ZAKLJUČEK	113
15.	Literatura in viri	115

Kazalo slik

Slika 1: Pogodbena vrednost zbornic za izvajanje javnih pooblastil 2022	13
Slika 2: Javne zdravstvene institucije v Sloveniji	14
Slika 3: Prikaz lokacij bolnišnic	14
Slika 4: Prikaz lokacij zdravstvenih domov (brez zdravstvenih postaj)	15
Slika 5: Podaljševanje pričakovanega trajanja življenja.....	16
Slika 6: Glavni vzroki smrti v Sloveniji v letu 2020	16
Slika 7: Dejavniki tveganja.....	17
Slika 8: Umrljivost, standardizirana glede na starost, na 100.000 prebivalcev, 2018.....	17
Slika 9: Delež oseb, ki v prvih 12 mesecih pandemije poročajo o odpovedani medicinski obravnavi, in delež uporabnikov posvetovanja na daljavo v prvih 12 mesecih, v %	17
Slika 10: Splošno zdravstveno stanje oseb po dohodku gospodinjstva, 2021	18
Slika 11: Prebivalstvena piramida v letih 1998, 2023 in 2040.....	18
Slika 12: Demografska slika Slovenije do leta 2070.....	19
Slika 13: Razmerje med zavarovanci in upokojenci do leta 2036	19
Slika 14: Pregled števila postelj v bolnišnicah v obdobju 2017–2021	20
Slika 15: Povprečna ležalna doba v bolnišnicah v obdobju 2017–2021	20
Slika 16: Preprost shematični prikaz organiziranosti sistema zdravstvenega varstva.....	21
Slika 17: Shema sistema zdravstvenega varstva	22
Slika 18: Pregled števila zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika v ambulanti družinske medicine in v otroško-šolskem dispanzerju v obdobju 2000–2022.....	24
Slika 19: Deleži oseb brez izbranega osebnega zdravnika glede na število vseh zavarovanih oseb (ambulanta družinske medicine ter otroški in šolski dispanzer) po izpostavah ZZZS na dan 30. 11. 2022	25
Slika 20: Prikaz podatkov o gibanju števila družinskih zdravnikov v letih 2019–2022 v javni mreži zdravstvene dejavnosti v primerjavi s številom opredeljenih pacientov na tim in številom glavarinskih količnikov na tim	25
Slika 21: Vpliv staranja prebivalcev na glavarinske količnike	27
Slika 22: Vpis na specializacijo iz UM	28
Slika 23: Prikaz obstoječih in neizgrajenih urgentnih centrov v Sloveniji	30
Slika 24: Struktura obiskov UC glede na s triažo določeno stopnjo nujnosti (modro-zelena kategorija predstavlja manj nujna ali nenujna stanja)	31
Slika 25: Izdatki službe nujne medicinske pomoči	31
Slika 26: Trenutno stanje delovanja DSZ na področju koordinacije enot nujne medicinske pomoči.....	32
Slika 27: Aktivnosti HNMP in sekundarnih transportov 2020–2022	33
Slika 28: Prihodki javnih zdravstvenih zavodov v letih 2017–2021	34
Slika 29: Odhodki javnih zdravstvenih zavodov v letih 2017–2021	35

Slika 30: Poslovni izidi javnih zdravstvenih zavodov v letih 2017–2021	35
Slika 31: Kumulativni presežki oz. primanjkljaji v letih 2017–2021	36
Slika 32: Povprečno število zaposlenih, na podlagi delovnih ur v obračunskem obdobju v letih 2017–2021	37
Slika 33: Zdravstveni izdatki v Sloveniji in EU	38
Slika 34: Poraba na prebivalca (EUR)	39
Slika 35: Izdatki za zdravstvo kot % BDP	39
Slika 36: Izdatki za zdravstvo na prebivalca	40
Slika 37: Izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji, % od BDP	40
Slika 38: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnosti izvajalca v letu 2020	41
Slika 39: Zdravstvene storitve, za katere so se izvedla neposredna plačila (angl. »out of pocket«), 2020	41
Slika 40: Delež izdatkov v zdravstvu v Sloveniji, v primerjavi z EU (pariteta kupne moči v EUR na prebivalca)	42
Slika 41: Izdatki za zdravstveno varstvo po viru financiranja 2015–2020, v 1.000 EUR	43
Slika 42: Poenostavljen pregled virov financiranja zdravstva	44
Slika 43: Delež izdatkov v zdravstvu v Sloveniji v primerjavi z EU	45
Slika 44: Zdravstveni izdatki po vrsti financiranja (% , 2020)	45
Slika 45: Odhodki za zdravstveno varstvo v % BDP, Ageing Report za leto 2021	46
Slika 46: Pregled stanja v proračunu in izplačil iz proračuna v obdobju 2011–2022	46
Slika 47: Pregled izplačil iz državnega proračuna po podprogramih, v okviru integralnih sredstev, v obdobju 2011–2022	47
Slika 48: Izplačila iz proračuna v letu 2022 – pregled po podprogramih	48
Slika 49: Izplačila najvišjim izvajalcem/prejemnikom sredstev v obdobju 2017–2022	48
Slika 50: Pregled izplačil prejemnikom sredstev iz proračuna po posameznih letih	49
Slika 51: Delež kohezijskih sredstev v finančnem načrtu Ministrstva za zdravje in delež razdelitve sredstev med mehкими vsebinami in investicijami	50
Slika 52: Prikaz realizacije kohezijskih sredstev 2016–2023	50
Slika 53: Gibanje glavnih kategorij prihodkov ZZZS v obdobju 2012–2023	51
Slika 54: Plan odhodkov 2022	51
Slika 55: Gibanje glavnih kategorij odhodkov ZZZS	52
Slika 56: Struktura odhodkov ZZZS	52
Slika 57: Gibanje odhodkov za zdravstvene storitve	53
Slika 58: Struktura odhodkov za zdravstvene storitve	53
Slika 59: Gibanje odhodkov za denarne terjatve	54
Slika 60: Gibanje odhodkov za zdravila, medicinske pripomočke in cepiva	55
Slika 61: Število staležnikov za leta 2018–2022 po mesecih	56
Slika 62: Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki v Sloveniji med letoma 2012 in 2021	57
Slika 63: Število zdravnikov, plačanih s strani ZZZS	58
Slika 64: Število obiskov v splošni ambulanti	59
Slika 65: Število obiskov v dispanzerjih za ženske	59
Slika 66: Število obiskov v otroških in šolskih dispanzerjih	60
Slika 67: Število obiskov v dejavnosti fizioterapije	60
Slika 68: Število obiskov v patronaži in negi na domu	60
Slika 69: Število obiskov v zobozdravstveni dejavnosti	61
Slika 70: Število obravnav v specialističnih ambulantah	62
Slika 71: Število obravnav pri izbranih VZD	62
Slika 72: Število storitev v bolnišnični dejavnosti – SPP	63
Slika 73: Število storitev v bolnišnični dejavnosti – prospektivni program (skupaj)	63
Slika 74: Število storitev v bolnišnični dejavnosti – prospektivni program	64
Slika 75: Število storitev v ostali bolnišnični obravnavi	65
Slika 76: Zaposleni v zdravstvu	67
Slika 77: Število zdravnikov družinske medicine iz različnih zbirk podatkov	67

	68
	68
	69
	70
	75
	75
	76
	77
Slika 86: Število zaposlenih v dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva (primerjalno 2000, 2019) po državah.....	77
Slika 87: Število izvajalcev zdravstvene nege.....	79
Slika 88: Rast števila diplomiranih medicinskih sester od leta 2021 do 2023.....	79
Slika 89: Rast števila izvajalcev zdravstvene nege od leta 2021 do 2023.....	80
Slika 90: Zaposleni po skupinah.....	80
Slika 91: Skupno število čakajočih in čakajoči nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 v primerjavi s podatki obdobja preteklih let – grafični prikaz.....	84
Slika 92: Skupno število čakajočih in čakajoči nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 za prve preglede v primerjavi s podatki obdobja preteklih let – grafični prikaz.....	85
Slika 93: Skupno število čakajočih in čakajoči nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 za terapevtsko-diagnostične storitve v primerjavi s podatki obdobja preteklih let – grafični prikaz.....	86
Slika 94: Izvajalci z največ okvirnimi termini v preteklosti (pacientu ni dodeljen točen termin oz. ga eNaročanje ne vidi).....	86
Slika 95: Število kreiranih napotnic po posameznem letu.....	87
Slika 96: Dejavniki tveganja za umrljivost – primerjava Slovenija–EU.....	88
Slika 97: Debelost in čezmerno uživanje alkohola – dejavnika tveganja.....	88
Slika 98: Delež čezmerno prehranjenih otrok.....	89
Slika 99: Razširjenost kajenja med mladostniki.....	90
Slika 100: Uživanje alkoholnih pijač pri mladostnikih.....	90
Slika 101: Uživanje alkoholnih pijač pri mladostnikih, po spolu.....	91
Slika 102: Odstotek uporabnikov, ki so vstopili v program zdravljenja, po glavni drogi, 2020.....	91
Slika 103: Novi primeri okužbe s HIV med IUD.....	92
Slika 104: Primeri zastrupitev s prepovedanimi drogami.....	92
Slika 105: Primeri smrti zaradi prepovedanih drog.....	92
Slika 106: Starost umrlih zaradi uporabe drog.....	93
Slika 107: ITM po starostnih skupinah, EU in Slovenija.....	93
Slika 108: Stres pri mladih.....	94
Slika 109: Delež posvetov na daljavo glede na vse obravnave v referenčnih ambulantah.....	95
Slika 110: Število vseh obravnav (vključene so tudi obravnave na daljavo) v referenčnih ambulantah.....	95
Slika 111: Delež žensk starosti med 50 in 69 let, ki so bile v zadnjih dveh letih pregledane s presejanjem v Sloveniji in EU.....	96
Slika 112: Število povabljenih, delež odzivnosti in pozitivnih testov v obdobju 2017–2021.....	97
Slika 113: Delež delovno sposobnih odraslih v duševni stiski, ki so želeli pomoč, a je niso mogli dobiti.....	98
Slika 114: Centri za duševno zdravje.....	99
Slika 115: Lekarniške enote.....	101
Slika 116: Farmacevtski delavci, javne lekarne.....	102
Slika 117: Farmacevtski delavci, bolnišnične lekarne.....	102
Slika 118: Informacijske rešitve v zdravstvenih domovih.....	104
Slika 119: Število IT zaposlenecov po bolnišnicah.....	105
Slika 120: Št. čakajočih nad dopustno mejo po nujnosti na dan 5. 1. 2023 po podatkih NIJZ.....	107
Slika 121: Poročanje storilnosti za primer UKC LJ za storitev Dermatološki pregled – prvi.....	108
Slika 122: Stanje v zdravstvu v Sloveniji.....	113

SEZNAM POGOSTO UPORABLJENIH KRATIC

AJPES – Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve

BDP – bruto družbeni proizvod

DSZ – Dispečerska služba zdravstva

EU – Evropska unija

EU-13 – okrajšava za 13 držav članic Evropske unije, pridruženih po letu 2004 (Bolgarija, Hrvaška, Ciper, Češka republika, Estonija, Madžarska, Latvija, Litva, Malta, Poljska, Romunija, Slovaška in Slovenija)

EU-27 – okrajšava za Evropsko unijo s 27 državami članicami; 27 je število članic od 1. januarja 2007 naprej, ko sta članici postali tudi Bolgarija in Romunija

HNMP – helikopterska nujna medicinska pomoč

JAZMP – Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke

JZ – javni zavod

JZZ – javni zdravstveni zavod

LZS – Lekarniška zbornica Slovenije

MoE – REA – mobilna enota – ekipa reanimobila

MZ – Ministrstvo za zdravje

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NLZOH – Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano

NMP – nujna medicinska pomoč

NRV – nujno reševalno vozilo

OZZ – osnovno zdravstveno zavarovanje

PPP – purchasing power parity – pariteta kupne moči

SUC – satelitski urgentni center

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

UC – urgentni center

UM – urgentna medicina

UKC – univerzitetni klinični center

ZD – zdravstveni dom

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZLMS – Zbornica laboratorijske medicine Slovenije

ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1. Uvod

V Sloveniji smo leta 1992 z za tiste čase sodobno zakonodajo postavili temelje sistema zdravstvenega varstva na evropskih vrednotah solidarnosti, enakosti in pravičnosti. Ta je državljanom Slovenije zagotavljala dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo. Od leta 1992 pa do danes na področju zdravstva Slovenija večjih sistemskih sprememb ni naredila kljub spremembam demografske strukture, napredku v medicini in posledično velikemu številu novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov ter novih profilov zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Sistem je živ, spremembe pa nujno potrebne, saj se na več nivojih in področjih zdravstvenega varstva soočamo s kolapsom, kar je posledica zgoraj opisanega in dejstva, da zaradi fragmentiranega, neenotnega in nepreglednega zbiranja podatkov ne moremo načrtovati in organizirati niti mreže zdravstvene dejavnosti na vseh nivojih. Na to težavo je v revizijskem poročilu »Vstop zdravnikov na trg dela in zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov« opozorilo tudi Računsko sodišče. Prav mreža javne zdravstvene službe pa je osnovni predpogoj za kakovostno

planiranje in organiziranje zdravstvene dejavnosti. Ob tem tudi na marsikaterem specialističnem področju nimamo sprejetih enotnih smernic obravnave, iz katerih bi izhajali standardi kakovosti, ki bi lahko služili kot osnova za spremljanje in nadzor kakovosti obravnave.

Vodenje ustanov ni poenoteno – prihaja do ogromnih razlik v organiziranju in upravljanju, posledično pa tudi do slabe organizacijske klime in vedno pogostejše odhodov kadra iz sistema. Obstajajo seveda tudi primeri dobrih praks, ki pa jih je žal premalo in temeljijo na samoiniciativi vodstva.

Kljub opisanim pomanjkljivostim imamo za zdaj v evropskem merilu še zmeraj kakovosten zdravstveni sistem, kar se kaže v ugodnih mednarodno sprejetih indikatorjih kakovosti (podaljševanje življenjske dobe, nizka umrljivost novorojenčkov in dojenčkov itd.), poleg tega izstopa tudi več primerov dobre prakse, kot npr. kazalniki preživetja iz Registra raka RS, presejalni programi DORA, ZORA in SVIT, pri čemer velja še posebej omeniti tudi standarde in nadzor kakovosti slednjih.

Slovenija se uvršča med tiste države članice Evropske unije (EU), ki naj bi se do leta 2060 spoprijemale z enim največjih porastov socialnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva. Skladno s tem so priporočila Sveta EU (CSR) v zvezi z makroekonomskimi neravnovesji vključevala tudi priporočilo za večjo vzdržnost zdravstvenega sistema in priporočilo za ureditev dolgotrajne oskrbe. Povedano drugače – tudi Evropska komisija od Slovenije zahteva reformo zdravstvenega sistema.

Ta dokument predstavlja pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji in navaja ključna področja, kjer so izzivi največji. V dokumentu so predstavljeni zadnji razpoložljivi podatki, predstavljeno je stanje javnih zdravstvenih zavodov.

Pri pripravi dokumenta so bili upoštevani naslednji ključni dejavniki na področju zdravstvenega varstva:

- trenutno stanje zdravstvenega sistema;
- finančni pregled poslovanja javnih zdravstvenih zavodov med letoma 2017 in 2022;
- potrebe pacientov z vidika dostopnosti do zdravstvenega sistema;
- vpliv pandemije covida-19 na področje zdravstvenega varstva.

1.1. Vloga deležnikov v zdravstvu

V nadaljevanju so predstavljene vloge: Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Zbornice Zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Lekarniške zbornice Slovenije.

Ministrstvo za zdravje

Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ) skladno z Zakonom o državni upravi¹ opravlja naloge na področjih javnega zdravja, zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti, kemijske varnosti, varstva pred sevanji, zdravil in medicinskih pripomočkov, prehranskih dopolnil, živil za posebne prehranske oziroma zdravstvene namene, proizvodnje in prometa materialov, ki prihajajo v stik z živili, njihove uporabe v postopkih proizvodnje in distribucije prehranskih dopolnil ter živil za posebne prehranske oziroma zdravstvene namene, pitne vode, živil oziroma hrane v gostinski dejavnosti, institucionalnih obratih prehrane in obratih za prehrano na delu z vidika preprečevanja in obvladovanja nalezljivih bolezni. MZ v okviru sodelovanja pri oblikovanju politik za Vlado Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: vlada) pripravlja predloge aktov, druga gradiva ter zagotavlja drugo strokovno pomoč. Tako MZ pripravlja temeljne pravne podlage s področja zdravstvenega varstva, vključno s predlogi nacionalnih programov s področja zdravstva in zdravja. MZ torej odgovarja za celoten sistem zdravstvenega varstva in njegovo delovanje.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Vlada RS je dne 25. 7. 2013 sprejela akt o ustanovitvi NIJZ, ki je začel delovati 1. 1. 2014. Zavod je sestavljen iz treh organov, in sicer: sveta zavoda, direktorja in strokovnega sveta. Svet zavoda je najvišji organ upravljanja in ima sedem članov: štiri predstavnike ustanovitelja, dva predstavnika uporabnikov (ki ju imenuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) in enega predstavnika zaposlenih. Strokovni svet je kolegijski strokovni organ zavoda, ki načrtuje, obravnava in usmerja strokovno dejavnost zavoda. Poleg tega ima 10 območnih enot po vsej Sloveniji. Ustanovljen je bil na podlagi določil dopolnitev Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki določa, da NIJZ opravlja naslednje dejavnosti:

- proučevanje zdravja in zdravstvenega stanja prebivalstva;
- spremljanje in vrednotenje zdravstvenega varstva ter proučevanje
- dostopnosti z vidika zadovoljevanja potreb prebivalstva ter priprava strokovnih podlag za načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti;
- vodenje in upravljanje zbirk podatkov s področja zdravja in zdravstvenega varstva v skladu s posebnimi predpisi, načrtovanje, koordinacija razvoja in spremljanje delovanja informacijskih sistemov, ki podpirajo zbiranje in izmenjavo zdravstvenih podatkov ter kazalnikov javnega zdravja, nudenje statističnih in drugih javno dostopnih podatkov s področja zdravstvenega varstva za ponovno uporabo v skladu s predpisi;

- spremljanje in proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, in priprava predlogov ukrepov za zgodnje odkrivanje in omilitve njihovega vpliva, izdelava celovitih ocen tveganja za zdravje, spremljanje nalezljivih bolezni, vključno z okužbami, povezanimi z zdravstveno oskrbo, ter zgodnje zaznavanje in odzivanje na dogodke, ki pomenijo nevarnost za javno zdravje;
- načrtovanje programov, vključno s programom cepljenja in zaščite z zdravili ter ukrepov za obvladovanje nalezljivih in drugih bolezni, povezanih s posebnimi izpostavljenostmi v naravnem okolju; - načrtovanje, spremljanje, vrednotenje in izvajanje programov za krepitev zdravja in preprečevanje bolezni;
- načrtovanje, spremljanje, vrednotenje, upravljanje in izvajanje preventivnih in presejalnih programov v zdravstveni dejavnosti;
- zagotavljanje strokovne podpore ministrstvu in inšpektoratu, pristojnemu za zdravje, strokovna podpora v postopkih presoj vplivov posegov na okolje in zdravje ljudi v skladu s posebnimi predpisi;
- priprava strokovnih podlag za oblikovanje javnih politik in programov na področju javnega zdravja in zdravstvenega varstva, sodelovanje pri pripravi strokovnih podlag za uvajanje novih metod dela v zdravstveni dejavnosti in presoji zdravstvenih tehnologij;
- sodelovanje z NLZOH in drugimi znanstveno raziskovalnimi inštitucijami na področju javnega zdravja; - sodelovanje v delovnih telesih uradnih inštitucij na nacionalni ravni, na ravni Evropske unije in na mednarodni ravni;
- seznanjanje strokovne in splošne javnosti o stanju, raziskavah in ugotovitvah na področju javnega zdravja;
- obveščanje in osveščanje splošne javnosti za dvig zdravstvene pismenosti;
- pedagoško, znanstveno-raziskovalno in izobraževalno delo na področju javnega zdravja; ter
- druge naloge v skladu s posebnimi predpisi.

S spremembo Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18) je bil v upravljanje NIJZ prenesen zdravstveni informacijski sistem eZdravje, ki vključuje naslednje zbirke podatkov: Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti (RIZDDZ), Centralni register podatkov o pacientih, eNapotnica in eNaročilo, eRecept, Evidenca uporabnikov za oddaljeni dostop do zNET, eTriaža, TeleKap, eKomunikacije, Evidenca teleradioloških preiskav in Evidenca uporabnikov eZdravja. Poleg tega NIJZ izvaja tudi dejavnost preskrbe Republike Slovenije s cepivi in imunoglobulini za izvajanje programa cepljenja in zaščite z zdravili

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) je bil ustanovljen 1. marca 1992 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. ZZZS je nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ima status javnega zavoda s sedežem v Ljubljani.

Osnovna funkcija ZZZS je zagotavljanje učinkovitega zbiranja in razdeljevanja javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZZS vodi baze podatkov in evidence s področja zdravstvenega zavarovanja in uporablja evidence s področja zdravstvenega varstva.

ZZZS ima 10 območnih enot in 45 izpostav na območju Slovenije. Poleg tega ima še Področno enoto informacijski center in Direkcijo. Ob koncu leta 2020 je bilo na ZZZS zaposlenih 850 delavcev.

ZZZS upravlja skupščina, sestavljena iz 45 članov:

- 20 predstavnikov delodajalcev, organiziranih v zbornicah in v drugih splošnih združenjih,
- 25 predstavnikov zavarovancev.

1 (Uradni list RS, št. 113/05 – uradno prečiščeno besedilo, 89/07 – odl. US, 126/07 – ZUP-E, 48/09, 8/10 – ZUP-G, 8/12 – ZVRS-F, 21/12, 47/13, 12/14, 90/14, 51/16, 36/21, 82/21, 189/21 in 153/22)

Izvršilni organ skupščine je po sedanjem Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju² 11-članski upravni odbor. Veljavni zakon določa, da skupščina člane upravnega odbora imenuje tako, da so v njem ustrezno zastopani predstavniki delodajalcev in predstavniki aktivnih zavarovancev, upokoјencev in invalidov. Dva člana upravnega odbora imenuje skupščina na predlog delavcev ZZS.

Poslovodni organ, odgovoren skupščini, je generalni direktor. Organ upravljanja na regionalni ravni so območni sveti, ki so vzpostavljeni na 10 območnih enotah ZZS.

Poklicne zbornice in strokovna združenja

Glede na interes zdravstvenih delavcev iz posamezne poklicne skupine se lahko ustanovijo poklicne zbornice ali strokovna združenja. Zbornici ali strokovnemu združenju lahko minister za zdravje podeli javno pooblastilo za izvajanje nalog, ki sicer spadajo v pristojnost MZ oziroma predstavljajo naloge, ki jih v okviru svojih pristojnosti izvaja državna uprava. Naloge, ki jih zbornica oziroma strokovno združenje izvaja na podlagi podeljenega javnega pooblastila, so upravne naloge in se financirajo iz sredstev državnega proračuna, njihovo izvajanje pa nadzoruje MZ.

Zdravniška zbornica Slovenije

Statut Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) določa, da je ZZS samostojna poklicna organizacija zdravnikov in zdravnic, zobozdravnikov in zobozdravnic, ki opravljajo svoj poklic na območju Republike Slovenije. ZZS v skladu z Zakonom o zdravniški službi zastopa poklicne, ekonomske in socialne interese zdravnikov. Članstvo v ZZS je obvezno za vse, ki na območju Republike Slovenije opravljajo zdravniško službo.

ZZS kot javna pooblastila, ki so financirana iz proračuna Republike Slovenije, opravlja naslednje naloge:

- podelitev, podaljševanje in odvzem licence oziroma osnovne licence ter podeljuje, podaljšuje in odvzema certifikate o posebnih znanjih;
- odobritev in prenehanje pripravništva, sekundariata in specializacij, spremljanje, nadzor ter skrb za kakovost in koordiniranje izvajanja teh in drugih oblik podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja svojih članov s preverjanjem usposobljenosti ter določanje pogojev za imenovanje mentorjev in njihovo imenovanje, vključno s strokovnimi izpiti;
- strokovni nadzor s svetovanjem;
- vodenje registra zdravnikov;
- izdaja potrdila o preizkusu znanja slovenskega strokovnega jezika za zdravnike.

Zbornica izdaja tudi podzakonske akte v skladu s svojimi pristojnostmi. Za podzakonske akte, ki urejajo pripravništvo, sekundariat, licence, vpis v register in strokovni nadzor ter jih zbornica izdaja na podlagi javnega pooblastila, mora pridobiti predhodno soglasje ministra za zdravje.

V skladu z Zakonom o zdravniški službi je ZZS pristojna za izvajanje še ene pomembne naloge, za katero sicer nima javnega pooblastila, in sicer se ta nanaša na sodelovanje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

2 (Uradni list RS, št. 113/05 – uradno prečiščeno besedilo, 89/07 – odl. US, 126/07 – ZUP-E, 48/09, 8/10 – ZUP-G, 8/12 – ZVRS-F, 21/12, 47/13, 12/14, 90/14, 51/16, 36/21, 82/21, 189/21 in 153/22;)

3 (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in 199/21)

Na podlagi podeljenega javnega pooblastila Zbornica – Zveza izvaja naslednje naloge (v nadaljnjem besedilu Zbornica – Zveza):

- vodenje registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege;
- izdajanje, podaljševanje in odvzem licenc izvajalcem zdravstvene in babiške nege, ki so določene v 2. členu Odredbe o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco (Uradni list RS, št. 16/13); in sicer diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (v nadaljnjem besedilu: diplomirana medicinska sestra), višja medicinska sestra/višji zdravstvenik (v nadaljnjem besedilu: višja medicinska sestra), diplomirana babica/diplomirani babičar (v nadaljnjem besedilu: diplomirana babica), ter v prvem in drugem odstavku 38. člena Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/17 in 112/21 – ZNUPZ, ZZDej-K);
- izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem s področja zdravstvene in babiške nege;
- načrtovanje specializacij in specialističnih izpitov s področja zdravstvene nege;
- v soglasju z ministrom za zdravje izdaja pravilnikov, s katerimi podrobneje uredi področje, na katerem izvaja naloge javnega pooblastila.

Lekarniška zbornica Slovenije

Za učinkovito lekarniško dejavnost in za zagotavljanje njene strokovnosti ter za izpolnjevanje drugih skupnih nalog je bila 11. 11. 1992 ustanovljena Lekarniška zbornica Slovenije (v nadaljnjem besedilu: LZS). LZS je pravna oseba. Izvajalci lekarniške dejavnosti se obvezno združujejo v LZS, farmacevtski strokovni delavci (fizične osebe) pa prostovoljno.

Kot javno pooblastilo zbornica opravlja naslednje naloge:

- organiziranje pripravništva, strokovnega izpopolnjevanja in specializacije farmacevtskih strokovnih delavcev;
- izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem nad izvajalcem lekarniške dejavnosti;
- podeljevanje, podaljševanje in odvzem licence magistrom farmacije;
- vodenje evidenc o izpolnjevanju pogojev za podeljevanje in podaljševanje licenc;
- vodenje registra farmacevtskih strokovnih delavcev pri izvajalcu lekarniške dejavnosti;
- izdaja potrdila o preizkusu znanja slovenskega strokovnega jezika za magistre farmacije;
- dajanje mnenj o podelitvi koncesij za izvajanje lekarniške dejavnosti;
- sprejemanje Kodeksa lekarniške deontologije in pravil dobre lekarniške prakse ter ukrepanje ob njihovih kršitvah;
- določanje vrst izdelkov, ki se lahko prodajajo v lekarnah v okviru lekarniške dejavnosti v skladu z ZLD-1.

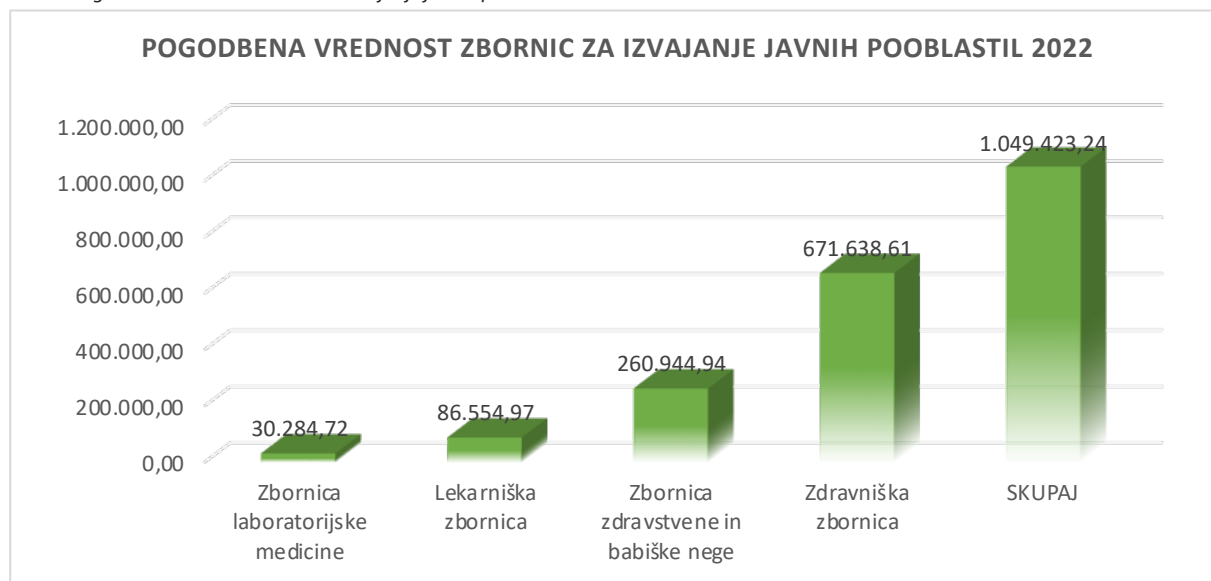
Zbornica laboratorijske medicine

Zbornica laboratorijske medicine Slovenije (ZLMS) je samostojna poklicna organizacija oseb z univerzitetno izobrazbo ali izobrazbo 2. bolonjske stopnje, ki opravljajo ali zastopajo laboratorijsko medicinsko dejavnost na območju Republike Slovenije. Pri svojem delu ZLMS izhaja iz slovenske področne zakonodaje, Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine in Kodeksa deontologije v laboratorijski medicini. Namen ZLMS je zastopanje in ščitenje interesov področja laboratorijske medicine, skrb za ugled svojih članov, predvsem pa povezovanje strokovnjakov z različnih področij laboratorijske medicine in izmenjava izkušenj pri organiziranju varnega, zanesljivega in učinkovitega dela v medicinskih laboratorijih po vsej Sloveniji. Ima dodeljeno javno pooblastilo za izvajanje naslednjih nalog:

- vodenje registra izvajalcev laboratorijske medicine,
- izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem,
- načrtovanje specializacij in specialističnih izpitov ter
- izdajanje pravilnikov, s katerimi se podrobneje uredi področje podeljenih javnih pooblastil.

Pregled višine sredstev, ki jih Ministrstvo za zdravje nameni vsem zbornicam skupaj za izvajanje nalog v okviru dodeljenih javnih pooblastil. Slika v nadaljevanju prikazuje stroške Ministrstva za zdravje, ki jih izplačuje zbornicam za izvajanje javnih pooblastil.

Slika 1: Pogodbena vrednost zbornic za izvajanje javnih pooblastil 2022



Pacientove pravice

Varuh človekovih pravic

Varuh je neodvisna državna institucija, ki skrbi za varstvo in spodbujanje človekovih pravic v Sloveniji. Omejuje samovoljo oblasti pri poseganju v človekove pravice in temeljne svoboščine posameznikov in določenih skupin. Pri svojem delu ni omejen samo na neposredne kršitve v ustavi navedenih človekovih pravic in svoboščin, ampak lahko deluje v primeru kakršne koli kršitve katere koli pravice posameznika s strani nosilcev oblasti. Posreduje lahko tudi v primeru nepravičnega in slabega upravljanja izvajalcev oblasti v razmerju do posameznikov.

Zastopniki pacientovih pravic

Na zastopnika pacientovih pravic se pacient lahko obrne vedno, kadar potrebuje nasvet, pomoč ali zastopanje (po pooblastilu) pri uresničevanju pravic po Zakonu o pacientovih pravicah. Poleg tega zastopnik lahko poda osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve tudi na področjih uveljavljanja pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Delo svetovanja, pomoči in zastopanja zastopnika pacientovih pravic je brezplačno in zaupno.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, katerih ustanovitelj je Ministrstvo za zdravje ali občine, delujejo na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema, in sicer na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

- Slika 2: Javne zdravstvene institucije v Sloveniji*



Slika 3: Prikaz lokacij bolnišnic



Slika 4: Prikaz lokacij zdravstvenih domov (brez zdravstvenih postaj)



1.3. Zdravstveno stanje prebivalstva

Po podatkih publikacije Zdravstveni profil države 2021 (OECD, 2021) se je od leta 2000 pričakovano trajanje življenja v Sloveniji opazno podaljšalo, v letu 2020 pa se je zaradi pandemije covid-19 začasno skrajšalo za eno leto.

Slovenski zdravstveni sistem zagotavlja skoraj univerzalno pokritost in široko košarico pravic. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima pomembno vlogo pri kritju doplačil, ki se obračunajo za storitve; to zagotavlja tudi precejšnjo finančno zaščito pred neposrednimi plačili.

Pandemija je poslabšala ali razgalila slabosti zdravstvenega sistema, vključno s pomanjkanjem delovne sile, dolgimi čakalnimi dobami, starajočimi se bolnišničnimi prostori ter razdrobljeno in nezadostno financirano dolgotrajno oskrbo.

Tabela v nadaljevanju prikazuje demografski in socio-ekonomski povzetek v Sloveniji, 2021.

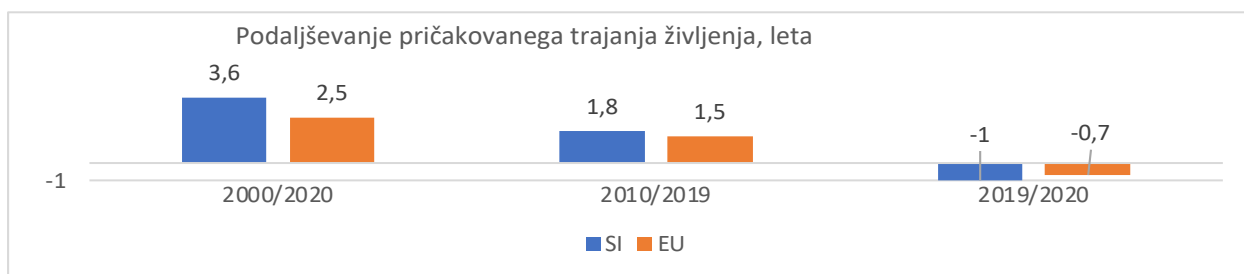
Tabela 1: Demografski in socio-ekonomski povzetek v Sloveniji, 2021

	Slovenija	EU
DEMOGRAFSKI DEJAVNIKI		
Število prebivalcev	2.108.732	447.319.916
Delež prebivalcev, starejših od 65 let (v %)	21,3 %	20,6 %
Stopnja rodnosti	1,6	1,5
SOCIALNO-EKONOMSKI DEJAVNIKI		
BDP na prebivalca (eur)	24.770	29.801
Stopnja relativne revščine (v %, 2021)	11,7 %	16,5 %
Stopnja brezposelnosti (v %)	4 %	7,1 %

Vir: Si.Stat in Eurostat, podatki na dan 8. 1. 2023

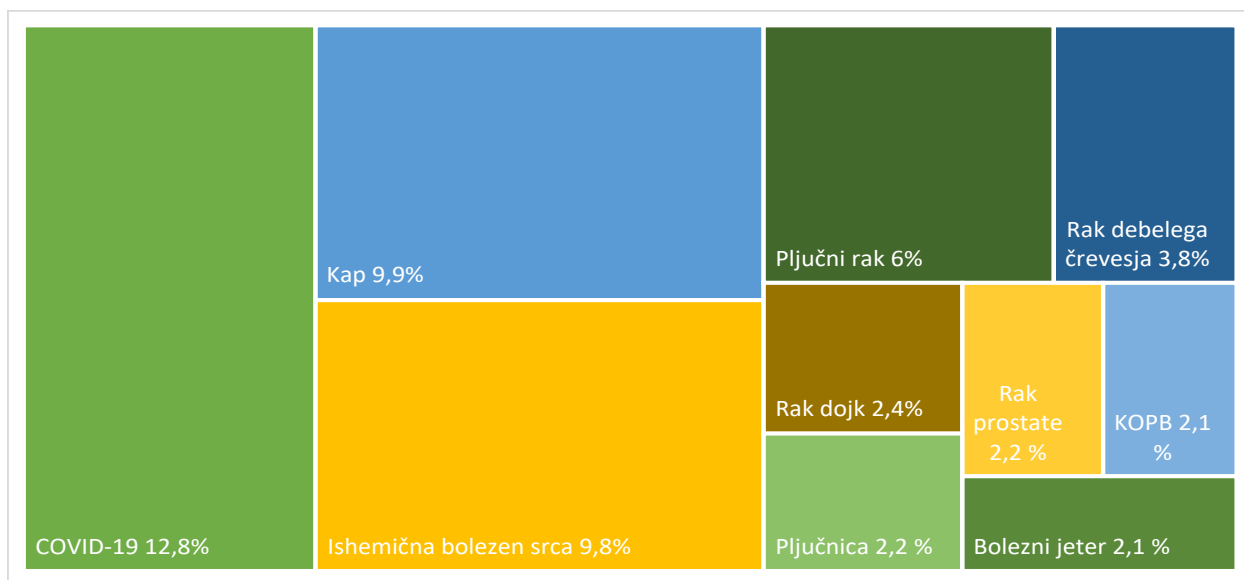
Pričakovano trajanje življenja se je podaljšalo za več kot pet let med letoma 2000 in 2019. Vendar pa je v letu 2020 pandemija covid-19 ta trend obrnila: pričakovano trajanje življenja se je z 81,6 leta v letu 2019 skrajšalo na 80,6 leta v letu 2020. Možganska kap, ishemična bolezen srca in pljučni rak so običajno glavni vzroki umrljivosti, leta 2020 pa je največ ljudi umrlo zaradi covid-19. Leta 2020 je covid-19 povzročil približno 3.130 smrti v Sloveniji – skoraj 13 % vseh smrti. Do konca avgusta 2021 je bilo zabeleženih še nadaljnjih 1.650 smrti. Večina umrlih je bilo starejših – približno 83 % umrlih zaradi covid-19 je bilo starejših od 75 let. Umrljivost zaradi covid-19 do konca avgusta 2021 je bila v Sloveniji približno 40 % višja od povprečja v državah EU, in sicer 2.280 na milijon prebivalcev v primerjavi s približno 1.590. Širši kazalnik presežne umrljivosti, ki je število umrlih zaradi vseh vzrokov glede na pričakovanja na podlagi prejšnjih let, kaže na to, da je bilo število smrti, neposredno in posredno povezanih s covidom-19, v Sloveniji v letu 2020 višje. Na splošno je presežna umrljivost med marcem in decembrom 2020 znašala približno 3.940 smrti – kar je približno 26 % več od skupno sporočenega števila smrti zaradi covid-19 (3.130).

Slika 5: Podaljševanje pričakovanega trajanja življenja



Slika v nadaljevanju prikazuje delež najpogostejših vzrokov smrti v Sloveniji v letu 2020.

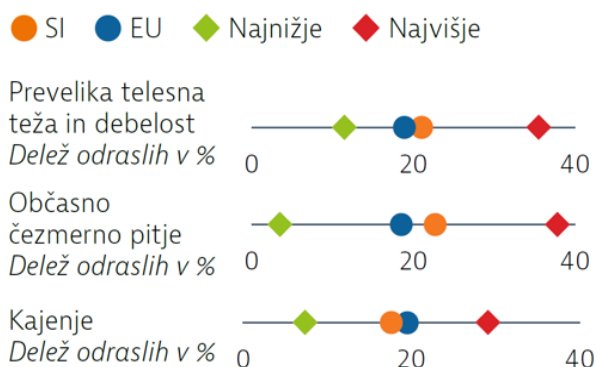
Slika 6: Glavni vzroki smrti v Sloveniji v letu 2020



Vir: Podatkovni portal, NIJZ

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

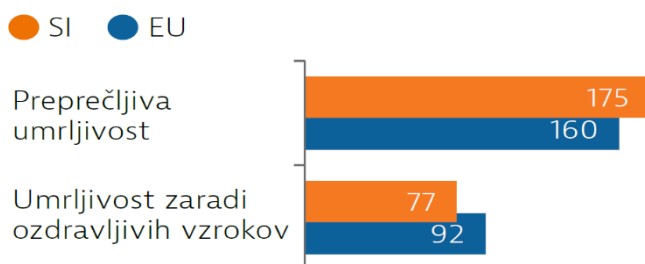
Slika 7: Dejavniki tveganja



Vir: OECD

Umrljivost zaradi preprečljivih vzrokov, ko gre za vzroke, kot so alkohol, droge, prehrana, kajenje, telesna dejavnosti in podobno, ostaja nad povprečjem EU. Nasprotno je umrljivost zaradi ozdravljivih vzrokov nižja od povprečja EU.

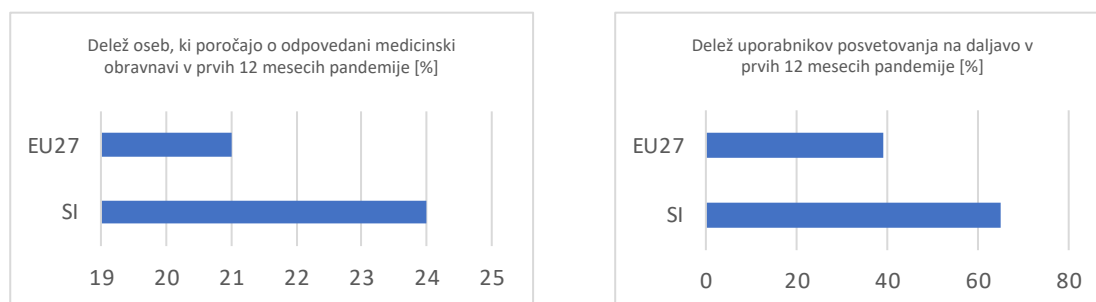
Slika 8: Umrljivost, standardizirana glede na starost, na 100.000 prebivalcev, 2018



Vir: OECD

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

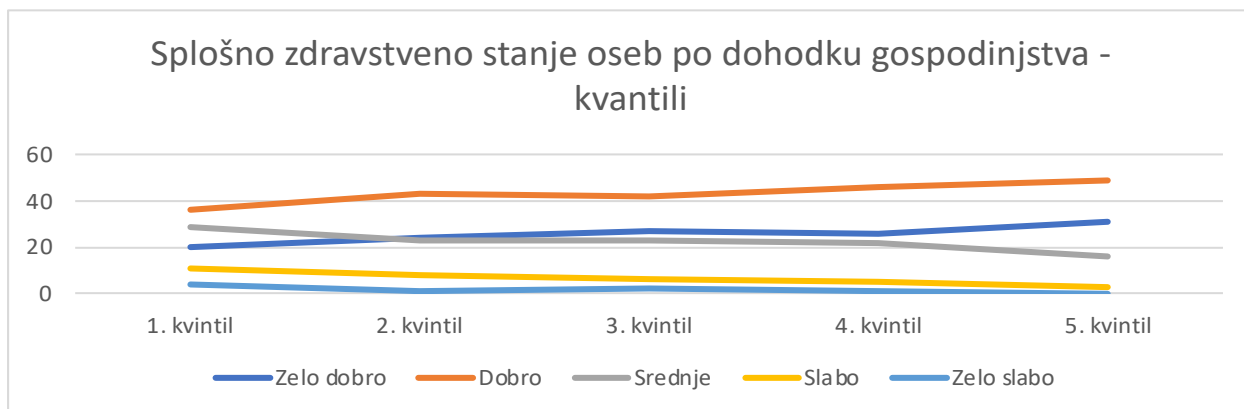
Slika 9: Delež oseb, ki v prvih 12 mesecih pandemije poročajo o odpovedani medicinski obravnavi, in delež uporabnikov posvetovanja na daljavo v prvih 12 mesecih, v %



Slika v nadaljevanju prikazuje splošno zdravstveno stanje oseb glede na dohodek gospodinjstva v letu 2021. Osebe so razvrščene glede na neto razpoložljivi dohodek na ekvivalentnega člana gospodinjstva v pet kvintilov; v prvem kvintilu je 20 % oseb z najnižjim razpoložljivim dohodkom na ekvivalentnega člana, v petem kvintilu pa 20 % oseb z najvišjim razpoložljivim dohodkom na ekvivalentnega člana. Najvišji delež oseb, ki imajo zelo dobro zdravstveno stanje, je v 5. kvintilu, kjer je tudi najnižji delež oseb, ki imajo slabo zdravstveno stanje.

Obratno velja za gospodinjstva, ki so v 1. kvintilu, kjer je tudi najvišji delež oseb, ki imajo slabo zdravstveno stanje. Slika jasno kaže, da je zdravje posameznika povezano s številnimi dejavniki, ki jih imenujemo determinante zdravja. Na nekatere dejavnike, kot so na primer spol, starost, genetika, ne moremo neposredno vplivati, na nekatere druge pa lahko. Življenjski slog je ena pomembnih determinant, ki lahko spodbuja boljše zdravje, lahko pa vodi v bolezen. Življenjski slog pomeni npr., kaj in koliko jemo, kako se gibljemo, in razvade, ki jih imamo – kajenje, pitje alkohola idr. Za zdravje sta pomembna tudi naš način razmišljanja in delovanje ter način spopadanja s stresom. Slika nazorno prikazuje, da v veliki meri na življenjski slog vpliva tudi naše finančno-premoženjsko stanje.

Slika 10: Splošno zdravstveno stanje oseb po dohodku gospodinjstva, 2021

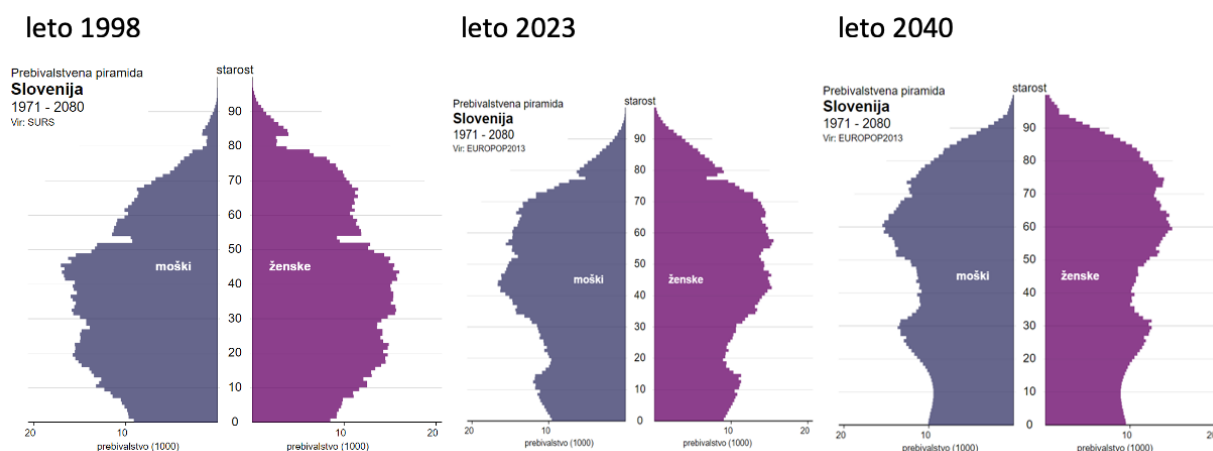


Vir: podatkovni portal – Zdravje v občini, podatki na dan 6. 1. 2023

1.4. 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, starih 65+. Leta 2018 je EUROSTAT pripravil projekcije prebivalstva do leta 2100, v katerih so poudarili, da naj bi se prebivalstvo Slovenije povečevalo do leta 2023, nato naj bi število prebivalcev začelo padati. Do leta 2100 naj bi imela Slovenija 13 % manj prebivalcev kot leta 2018. Projekcije, ki so bile pripravljene leta 2021, kažejo, da se prebivalstvo leta 2022 ni povečalo od leta 2018, še celo upadlo je.

Slika 11: Prebivalstvena piramida v letih 1998, 2023 in 2040

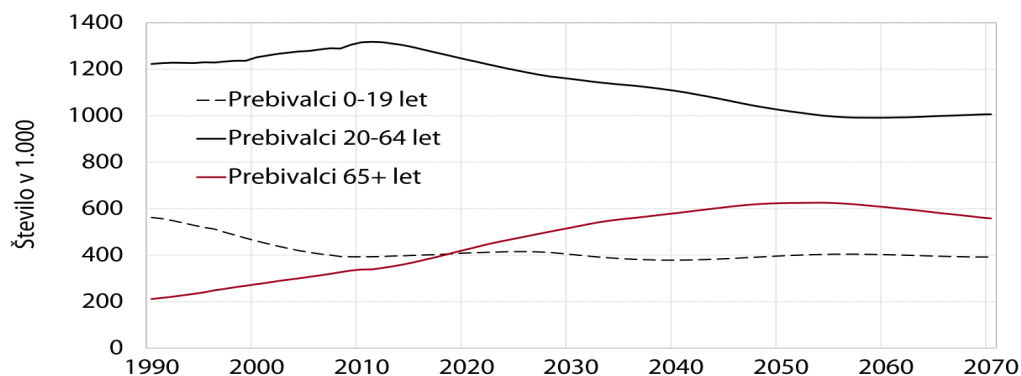


Vir: EUROSTAT, podatki na dan 13. 1. 2023

Skrb vzbujajoče je dejstvo, da naj bi se po napovedih EUROPOP2018 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 %.

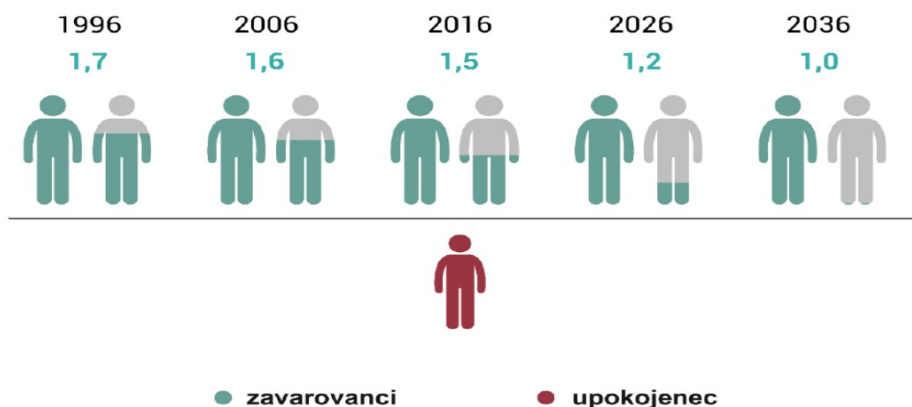
Slika 12: Demografska slika Slovenije do leta 2070



Vir: EUROSTAT

Demografski trend bo negativno vplival tudi na izdatke v zdravstvu, saj iz UMAR napovedi sledi tudi čedalje slabše razmerje med zavarovanimi osebami in upokojenci, ki naj bi se do leta 2036 bistveno zmanjšalo. Demografske projekcije Evropske komisije kažejo, da naj bi v Sloveniji ob nespremenjenih politikah javni izdatki z 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.

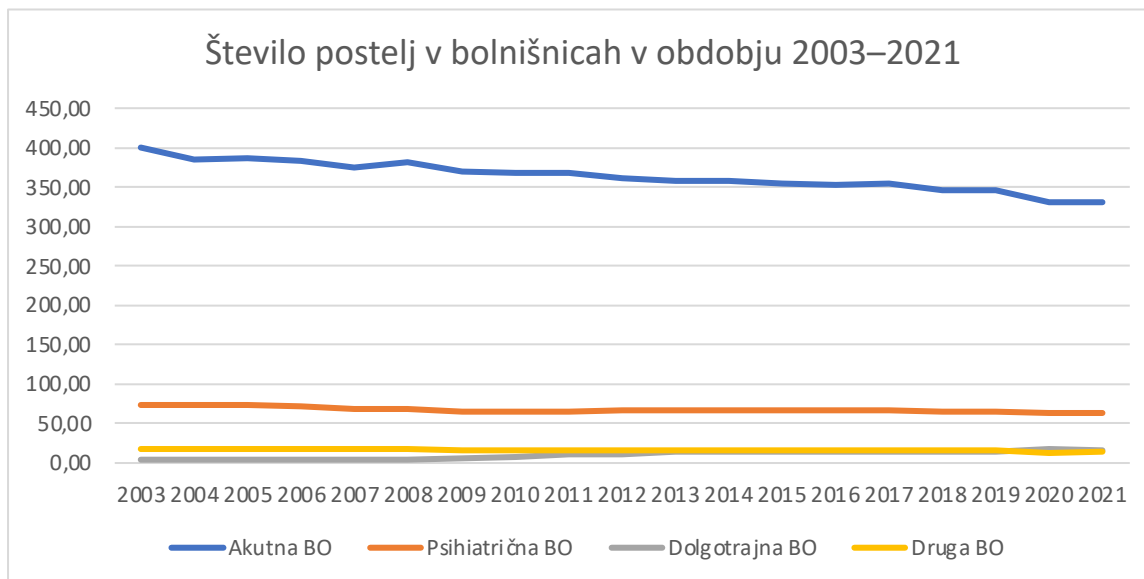
Slika 13: Razmerje med zavarovanci in upokojenci do leta 2036



Vir: Računsko sodišče

Iz podatkovnega portala NIJZ je razvidno, da število postelj po posameznih bolnišnicah od leta 2003 do leta 2021 pada, in sicer je v letu 2021 za 3,6 % manj postelj glede na leto 2017. Podatek pomeni, da gremo v smeri dnevnih obravnav ali deinstitucionalizacije, kar je tudi usmeritev Evropskega sveta in Združenih narodov.

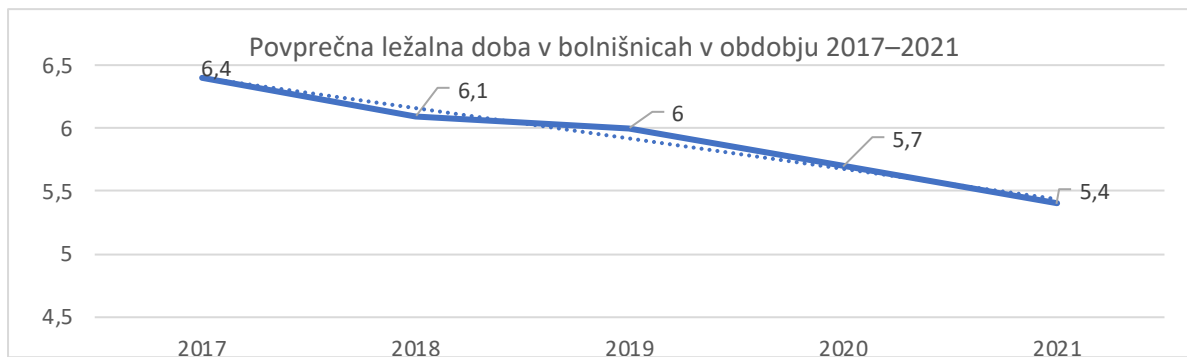
Slika 14: Pregled števila postelj v bolnišnicah v obdobju 2017–2021



Vir: NIJZ

Prav tako je v istem obdobju razviden upad povprečne ležalne dobe v bolnišnicah, kar nakazuje na deinstitutionalno oskrbo.

Slika 15: Povprečna ležalna doba v bolnišnicah v obdobju 2017–2021



Vir: NIJZ

1.5. Ravni zdravstvenega varstva

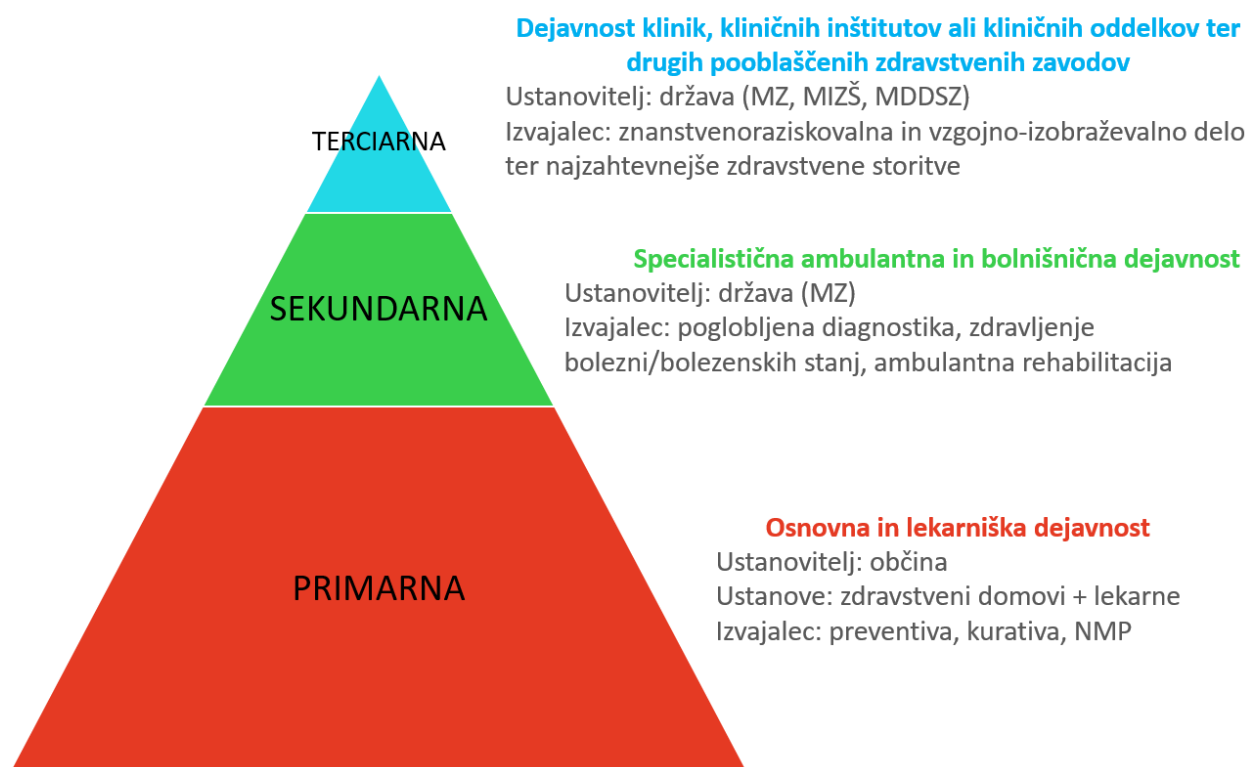
Zdravstveno varstvo v Sloveniji je razdeljeno na tri ravni, in sicer na primarno, sekundarno in terciarno raven, kot prikazuje spodnja slika.

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. 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 ter znanstvenoraziskovalno in izobraževalno delo. Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov, obsega pa tudi dejavnost javnega zdravja in dejavnosti, povezane z javnim zdravjem na področju zdravja, okolja in hrane.

Slika 16: Preprost shematični prikaz organiziranosti sistema zdravstvenega varstva



Zdravstvena dejavnost na primarni ravni se zakonsko opredeljuje kot osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost. Za organizacijo na primarni ravni so odgovorne občine. Te so prav tako lastnice zdravstvenih domov in lekarn ter zadolžene za kapitalne naložbe v zdravstvene domove in lekarne. Na primarnem nivoju zdravstveni domovi nudijo kurativno in preventivno dejavnost ter nujno medicinsko pomoč (NMP) skladno z mrežo NMP. Na primarnem nivoju delujejo tako javni kot zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti (oz. izvajalci s koncesijo). Izvajalci zdravstvenih storitev primarne zdravstvene dejavnosti so lahko zdravniki specialisti splošne/družinske medicine, zdravniki specialisti pediatrije, zobozdravniki in zdravniki specialisti ginekologije. Vsi pacienti imajo izbranega osebnega zdravnika, prek napotitev katerega lahko dostopajo do specialističnih storitev, ki lahko vključujejo svetovanje, diagnostične storitve ali kurativne storitve. Specialisti so nato dolžni pacientom zagotoviti potrebna zdravila ali naknadne kontrolne obiske.

Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni je zakonsko opredeljena in zajema specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Specialistična ambulantna dejavnost obsega poglobljeno diagnostiko in izvajanje zdravljenja bolezni oziroma bolezenskih stanj ter ambulantne rehabilitacije. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok. Zdravniki, ki specialistično ambulantno dejavnost opravljajo v zdravstvenem domu ali zdravilišču ali kot zasebniki, se strokovno in organizacijsko povezujejo z ustreznimi bolnišnicami. Specialistična bolnišnična dejavnost se izvaja v splošnih ali specializiranih bolnišnicah in obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni je zakonsko opredeljena in zajema dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov. Njihova dejavnost obsega znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo (vključno s podiplomskim izobraževanjem) ter najzahtevnejše zdravstvene storitve na ambulantni ali bolnišnični način, ki ga ni smotno izvajati na nižjih nivojih. Storitve oz. programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi minister za zdravje.

Bolnišnično oskrbo v Sloveniji nudi 30 bolnišnic; 10 splošnih, 2 univerzitetni, 5 psihiatričnih in pa 13 specializiranih bolnišnic (3 od slednjih so privatne). Visoko specializirane ustanove med naštetimi nudijo terciarno oskrbo, in sicer Univerzitetni klinični center (v nadaljnjem besedilu: UKC) Ljubljana in UKC Maribor, Onkološki inštitut, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča.

V nadaljevanju sledi shematični prikaz sistema zdravstvenega varstva.

Slika 17: Shema sistema zdravstvenega varstva

MZ			– Priprava temeljnih prav. podlag za področje jav. zdrav. – Odgovarja za sistem zdrav. varstva in njegovo delovanje
Zbornice (zdrav., lekarniška, zveze)			Raziskovanje in podatki – Vodenje baz podatkov in evidenc – Urejanje in nadzor nad registri in izvedba stat. raziskav
	ZZZS		
	NIJZ		
	NLZOH		
	JAZMP		
			Plačniki storitev – Zagotavljanje učinkovitega zbiranja in razdeljevanja sredstev za kakovostno uresničevanje pravic v okviru zdrav. zavarovanja
ZZZS + Zavarovalnice			
Klinike, inštituti, poobl. zdr. zavodi in Slo. transplant	Specialist. ambulate in bolnišnice	Zdravstveni domovi in lekarne	Izvajalci storitev – Izvedba zdravstvenih storitev
Zbornice (zdrav., lekarniška, zveze)		Občina	
Območne enote ZZZS			Nadzorniki storitev – Izvedba javnih pooblastil nadzorovanja storitev v skladu s pooblastili MZ
MZ, MIZŠ, MDDSZ	MZ	Občine	Ustanovitelji - odgovornost – Primar: zagotavljanje sredstev za invest., mrežo javne zdrav. službe, pogojev za uresnič. zdrav. varstva na območju – Sekundar & Terciar: ustvarja pogojev za uresničevanje zdrav. varstva, usklajevanje delovanja in razvoja področij, postavitev mreže javn. zdrav. službe na ravni, investicije v javne zavode na področju
Terciar Nacionalno področje	Sekundar Regionalno področje	Primar Primarno področje	

Tabela v nadaljevanju prikazuje pristojnosti ustanoviteljev na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Tabela 2: Pregled delitve pristojnosti ustanoviteljev na vseh ravneh ZV

RAVEN ZV in USTANOVA (št. javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji)	USTANOVITELJ	ZADOLŽITVE USTANOVITELJA	PRAVNA PODLAGA
PRIMARNA Zdravstveni domovi (59) Lekarne (31)	Občina	zagotavlja sredstva za investicije; zagotavlja mrežo javne zdravstvene službe; zagotavlja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju; oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe; zagotavlja izvajanje higiensko-epidemiološke, zdravstvenostatistične in socialnomedicinske dejavnosti; oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja; zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite, gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah; zagotavlja mrliško pregledno službo	3. člen ZZVZZ 8. člen ZZVZZ 5. člen ZZDej 11. člen ZFO-1
SEKUNDARNA IN TERCIARNA Bolnišnice (30): - Splošna (10) - Univerzitetni klinični center (2) - Psihiatrična bolnišnica (5) - Specializirana bolnišnica (13)	Republika (MZ+MIZŠ+MDSZ) Slovenija	ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri kreptvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva; postavi mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni; investicije v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je država.	3. člen ZZVZZ 7. člen ZZVZZ 5. člen ZZDej ZZSISZ ZIJZ-1

V okviru zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni se izvaja tudi dejavnost javnega zdravja in javnozdravstvene dejavnosti na področju zdravja, okolja in hrane. Javne bolnišnice in nacionalni inštituti so v lasti RS.

Glede na ustanovitelja, ki je lahko Republika Slovenija, t.j. država oziroma MZ ali občina, se ločijo tudi naloge, pristojnosti in obveznosti.

Skladno s 3. členom ZZVZZ Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri kreptvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva. Občina in mesto v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljata pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju. Nadalje pa ZZDej v 5. členu določa, da mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto. Republika Slovenija sodeluje pri zagotavljanju mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih v skladu s planom zdravstvenega varstva. Republika Slovenija izjemoma določa in zagotavlja na primarni ravni mrežo javne zdravstvene službe za zdravstveno varstvo študentov. Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni zagotavlja Republika Slovenija po predhodnem mnenju zainteresiranih občin. ZZVZZ nadalje v 8. členu določa, da občina uresničuje naloge na področju zdravstvenega varstva tako, da:

- oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe;
- zagotavlja izvajanje higiensko-epidemiološke, zdravstvenostatistične in socialnomedicinske dejavnosti za svoje območje, ki niso vključene v nacionalni program;
- oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja, ki niso vključene v republiški program;
- zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite, gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah ter drugih operativnih sestavah, ki jih organizirajo občine, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi;
- kot ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi;
- zagotavlja mrliško pregledno službo.

Investicije v javne zdravstvene zavode na sekundarnem in terciarnem nivoju izvaja Urad RS za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu na podlagi 8. člena Uredbe o organih v sestavi ministrstev. Naloge, povezane z načrtovanjem, vodenjem, nadzorom in izvajanjem investicij, opravlja na podlagi Zakona o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (ZZSISZ), Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (ZIJZ-1), 5. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki določa, da država zagotavlja mrežo javne zdravstvene službe, in 7. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki določa, da je za mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni odgovorna Republika Slovenija.

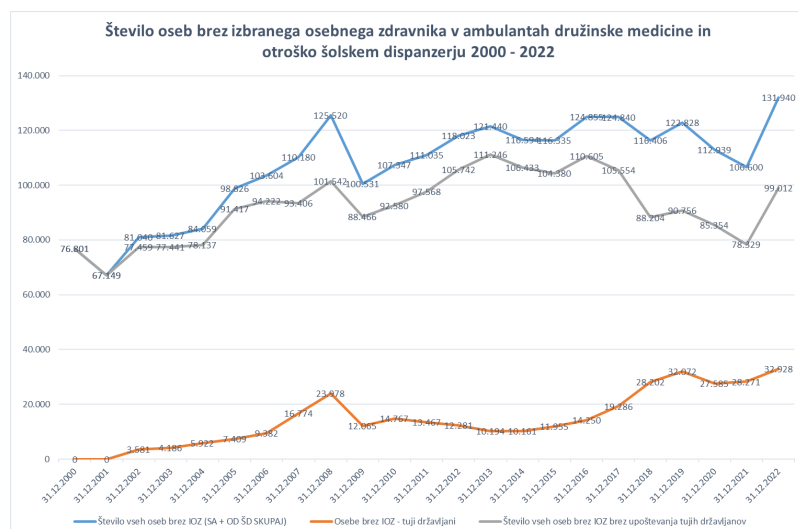
2. Problematika na področju družinske medicine

Kakovostno organizirana zdravstvena dejavnost na primarni ravni mora zagotavljati hiter in preprost dostop do najširšega možnega nabora storitev ter omogočati celovito in kontinuirano obravnavo pacienta čim bližje njegovemu domu. Navedeno se zagotavlja prek izbranega osebnega zdravnika.

Pacient kot zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti pri svojem osebnem zdravniku v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja⁴. 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 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 ambulantni družinski 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 tujih državljanov z začasnim bivališčem v Sloveniji, ki so brez izbranega osebnega zdravnika.

Slika 18: Pregled števila zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika v ambulantni družinski medicine in v otroško-šolskem dispanzerju v obdobju 2000–2022

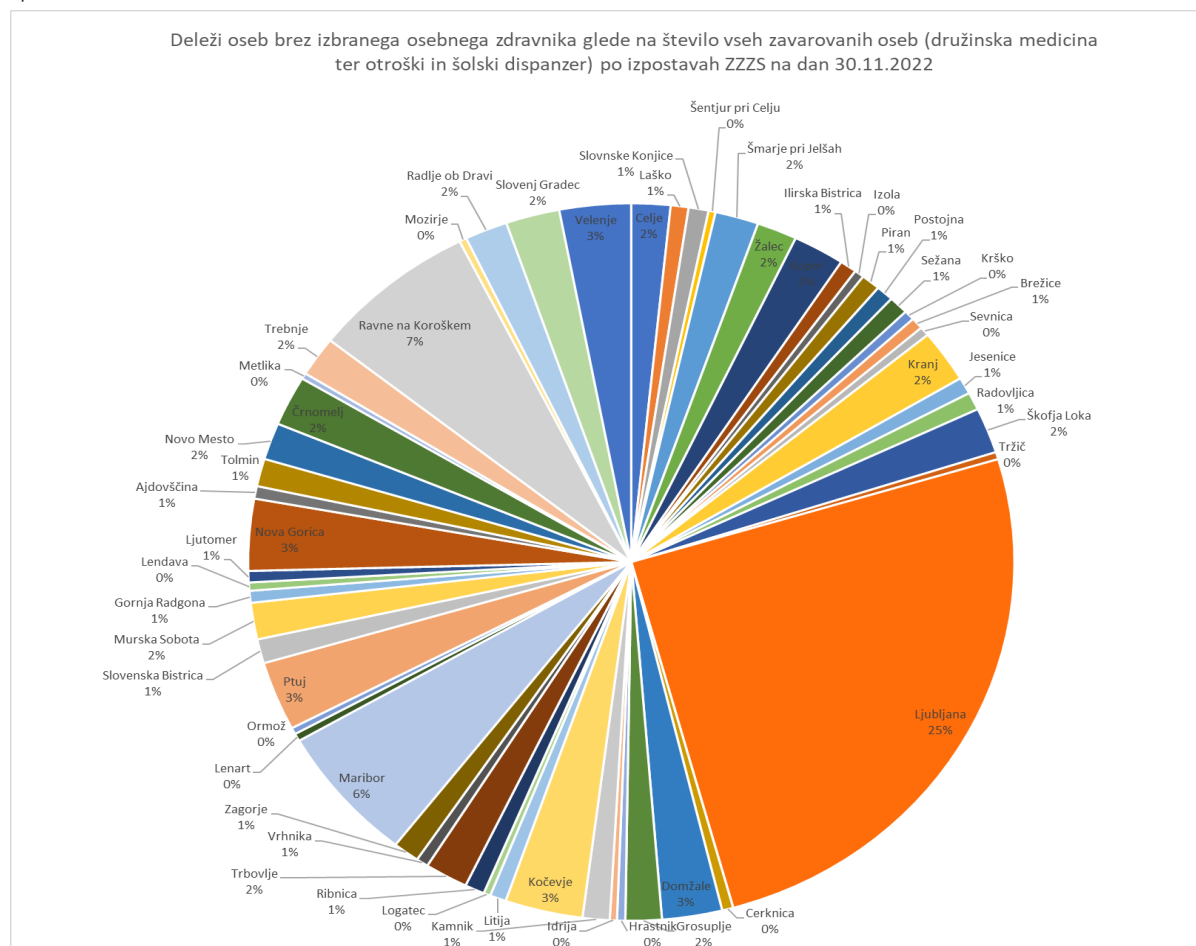


Vir: Podatki ZZS

4 (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)

Slika v nadaljevanju prikazuje delež oseb brez izbranega osebnega zdravnika po izpostavah ZZS. Najvišji delež oseb je v Ljubljani, kjer je 1/4 zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika. V ostalih izpostavah je delež oseb večinoma pod 3 %.

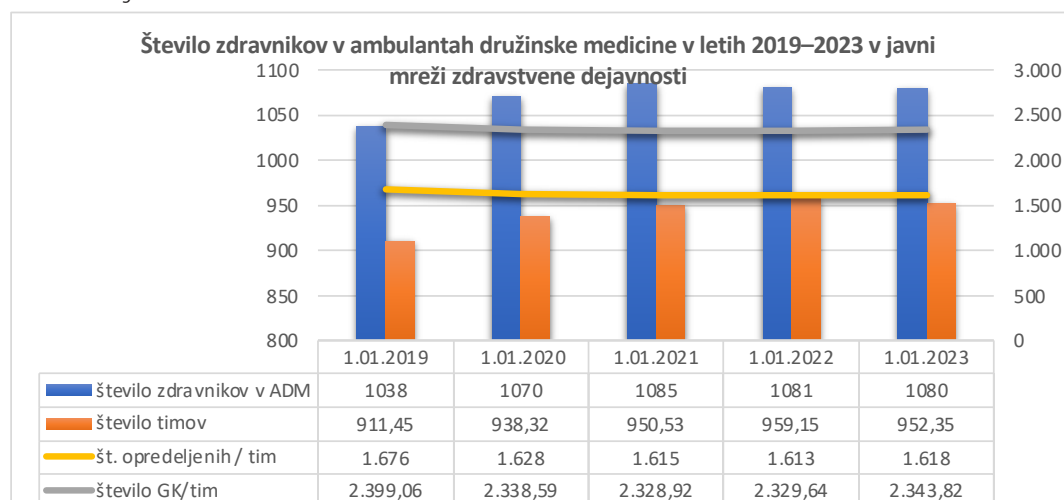
Slika 19: Deleži oseb brez izbranega osebnega zdravnika glede na število vseh zavarovanih oseb (ambulanta družinske medicine ter otroški in šolski dispanzer) po izpostavah ZZS na dan 30. 11. 2022



Vir: Podatki ZZS

V nadaljevanju sledi prikaz podatkov o gibanju števila družinskih zdravnikov v obdobju 2019–2022 v javni mreži zdravstvene dejavnosti v primerjavi s številom opredeljenih pacientov na tim in številom glavarinskih količnikov na tim.

Slika 20: Prikaz podatkov o gibanju števila družinskih zdravnikov v letih 2019–2022 v javni mreži zdravstvene dejavnosti v primerjavi s številom opredeljenih pacientov na tim in številom glavarinskih količnikov na tim



Vir: Podatki ZZS

Glede na različne metodologije zbiranja podatkov in različnih standardov nam po podatkih različnih ustanov manjka naslednje število timov družinske medicine:

1. Zdravniška zbornica Slovenije

Modra knjiga standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov (2011): maksimalna obremenitev ambulate družinske medicine je 1500 glavarinskih količnikov, kar v praksi pomeni v povprečju 1200 oseb.

Groba ocena pomeni za ta standard 1400 ambulant družinske medicine za vso odraslo populacijo v Sloveniji. Trenutno ZZS financira 952 ambulant družinske medicine; za doseganje oskrbe odrasle populacije po strokovnih standardih in normativih je tako potrebnih dodatnih 450 ambulant družinske medicine.

2. ZZS

računa standard ambulate na »zamrznjenih« 1895 glavarinskih količnikov, zato ocenjujejo, da jih manjka manj; 290.

3. Če pa gledamo podatek o pokritosti prebivalstva z družinskimi zdravniki na ravni Evropske unije

(vir: EUROSTAT), potem je bila povprečna številka držav EU za leto 2019 104,6/100.000, za Slovenijo pa 67,7. Iz teh števil pa sledi, da bi morali za doseganje evropskega povprečja zagotoviti kar 770 dodatnih družinskih zdravnikov. Pri tem je sicer treba poudariti, da marsikatera država EU na primarnem nivoju ne zagotavlja pediatrov in ginekologov, tako tudi to vlogo opravljajo družinski zdravniki (primer: Nizozemska).

Glede na preobremenitve, ki jih takšno pomanjkanje družinskih zdravnikov prinaša ob povečanih potrebah prebivalstva in številnih administrativnih obremenitvah, ne čudi upad zanimanja za specializacijo družinske medicine, razviden iz spodnje tabele (vir ZZS)

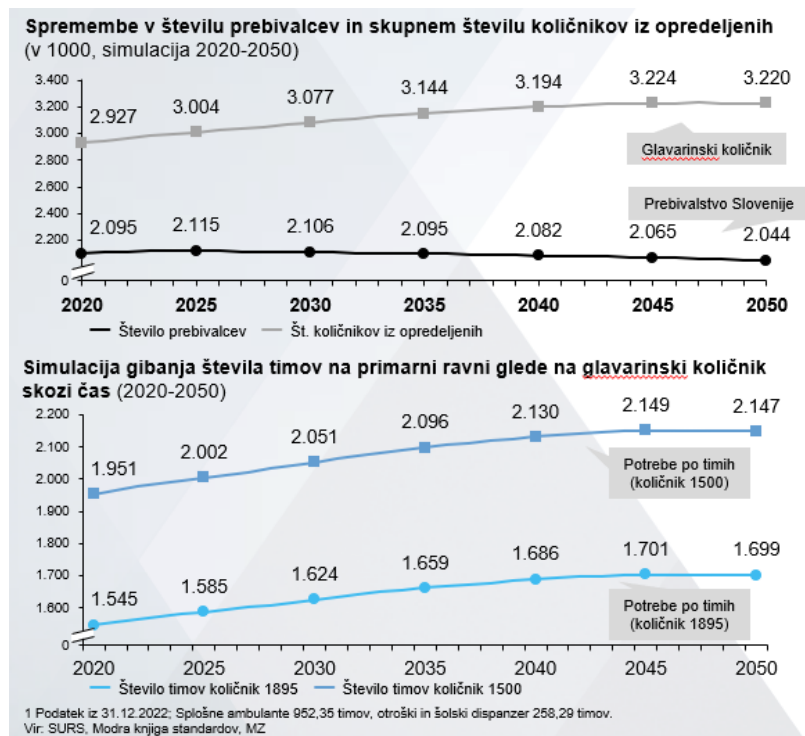
Tabela 3: Število razpisanih mest specializacij v obdobju 2011–2022

Leto	Število razpisanih mest	Število zasedenih – odobrenih
2011	80	45
2012	77	72
2013	137	134
2014	105	99
2015	71	55
2016	74	68
2017	60	55
2018	119	25
2019	137	36
2020	80	49
2021	130	57
SKUPAJ	1070	695

Vir: Zdravniška zbornica Slovenije

S staranjem prebivalstva se potrebe po timih na primarni ravni izrazito povečujejo, kot je prikazano v nadaljevanju.

Slika 21: Vpliv staranja prebivalcev na glavarinske količnike



– S staranjem prebivalstva glavarinski količnik narašča, temu pa sledi rast števila potrebnih zdravniških timov na primarni ravni.

– Trenutno število primarnih timov v Sloveniji je 1210,6¹.

– Po scenariju količnika 1895 že sedaj primanjkuje 345 timov in do leta 2050 se potreba povečala še za dodatnih 154 timov na primarni ravni.

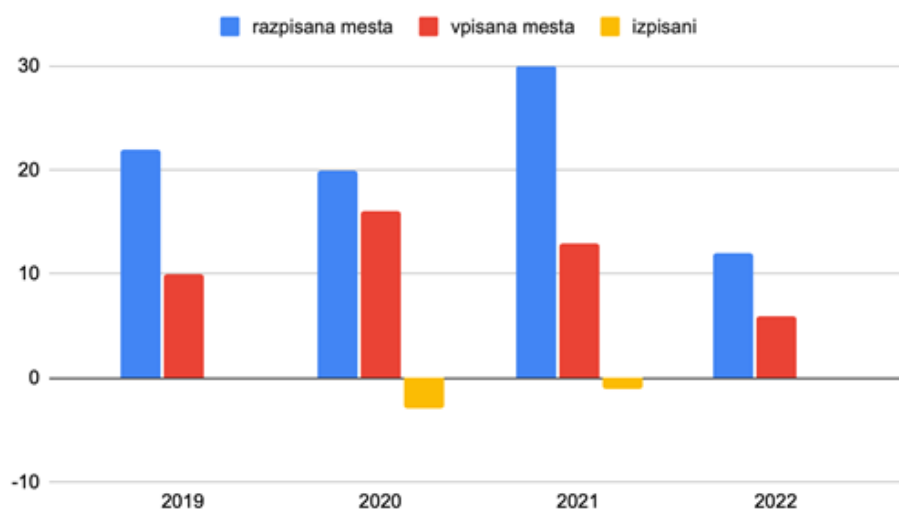
3. Problematika na področju urgentne medicine

Sistem nujne medicinske pomoči je bil formalno vzpostavljen leta 1996 s prvim Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči. Pravilnik je določil pogoje, organizacijo in način dela službe nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji, definiral je tudi prvo mrežo enot nujne medicinske pomoči, ki so pomenile z ustreznimi kadri in opremo okrepljeno obstoječo zdravniško dežurno službo. Ker takrat ni bilo urgentnih zdravnikov, je sistem NMP temeljil na družinskih zdravnikih v zdravstvenih domovih. Ti so se dodatno usposobili za delo v reševalnih vozilih na uveljavljenih tečajih ali s kroženjem na anesteziološkem in drugih urgentnih oddelkih. Program ni bil formalno določen. Takrat so bile v vseh večjih krajih vzpostavljene prehospitalne enote nujne medicinske pomoči (PHE), v okviru katerih so zdravniki ves čas delali samo na področju urgentne medicine in tako pridobili veliko izkušenj na tem področju. Poleg zdravnikov so v sistemu NMP delovali tudi zdravstveni tehniki, ki so s tem pravilnikom nadomestili prej vključene voznike brez zdravstvene izobrazbe.

V letu 2008 je bil sprejet posodobljen Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, ki je nekoliko spremenil poimenovanje in sestavo ekip NMP. Bolje sta bila definirana obseg in organizacija dela. Dežurna služba je bila definirana kot posebna oblika dela v zdravstvenem zavodu, v kateri se je ob praznikih, delavnikih od 20. ure do 7. ure naslednjega dne in od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure zagotavljalo neprekinjeno zdravstveno varstvo. V tem času je dežurna služba opravlja tudi naloge ekipe za izvajanje NMP. Manjše enote NMP (A2, A, B in B-ok) so predstavljale okrepljeno redno ambulantno dejavnost in dežurno službo, večje enote (C in PHE) pa posebno enoto službe NMP v večjih mestnih središčih, kjer se je ta organizirala poleg redne ambulantne dejavnosti in dežurne službe. Hospitalnega dela sistema NMP pravilnik ni podrobneje urejal. S Pravilnikom o službi NMP leta 2008 je spet prišlo do dviga izobrazbene strukture in s tem kakovosti oskrbe na področju zdravstvene nege, saj so bili v sistem NMP dodani diplomirani zdravstveniki in zdravstveni reševalci z nacionalno poklicno kvalifikacijo (NPK). Istega leta se je v Sloveniji začela izvajati specializacija zdravnikov s področja urgentne medicine, ki naj bi zagotovila izvajanje NMP na višjem, specialističnem nivoju, in to v celotnem spektru delovanja sistema NMP. Specializacija traja 5 let, in ker do zdaj mladim zdravnikom ni bilo ponujenih primernih vzpodbud, žal število urgentnih specialistov raste veliko prepočasi. Neurejene delovne razmere, nejasna vizija prihodnjega položaja urgentnih zdravnikov in ekstremne delovne obremenitve v urgentnih centrih so v zadnjih desetih letih še dodatno zmanjšale zanimanje mladih zdravnikov za to področje specializacije.

Slika 22: Vpis na specializacijo iz UM

Vpis na specializacijo iz UM



Konec leta 2015 je bil sprejet še tretji Pravilnik o službi NMP, ki je predvideval pomembno reorganizacijo sistema NMP, organiziranost in izvajanje službe NMP na zunajbolnišnični in bolnišnični ravni zdravstvene dejavnosti. V regionalnih bolnišnicah je bilo s pomočjo evropskih sredstev zgrajenih in odprtih 10 urgentnih centrov, kjer naj bi bila zaposlena večina urgentnih specialistov. Nekateri centri imajo vključena tudi reševalna vozila. Predvidena je bila tudi vzpostavitev manjših t.i. »satelitskih« urgentnih centrov (SUC) v večjih in v bolj odročnih krajih brez splošne bolnišnice, kar še ni bilo realizirano. Pravilnik je prvič definiral specialista urgentne medicine kot temeljnega nosilca dejavnosti NMP, določil je dodatna znanja in preverjanje le-tega kot pogoj za izvajanje službe NMP oziroma delo v mobilnih enotah NMP (mobilna enota – ekipa reanimobila, v nadaljnjem besedilu: MoE – REA, nujno reševalno vozilo, v nadaljnjem besedilu: NRV). S tem so sodelavci s področja zdravstvene nege dobili dodatno znanje in kompetence za samostojno delo v okviru sistema NMP. Pravilnik iz leta 2015 je prvič določil tudi triažo v sistemu NMP, prve posredovalce kot dopolnitev sistema ter uredil področje zdravstvenega varstva na prireditvah.

Žal dinamika naraščanja števila specialistov urgentne medicine za zdaj še ne dopušča popolne razmejitve sistema NMP od družinske medicine. Tako imamo trenutno mešan sistem. Večina ekip zunajbolnišnične NMP je še vedno organizirana s strani zdravstvenih domov, samo manjši del je v urgentnih centrih. V reševalnih vozilih večinoma še vedno delajo družinski zdravniki, razen v večjih krajih, kjer delajo urgentni zdravniki. V reševalnih vozilih ponekod delajo tudi zdravniki drugih specialnosti – npr. anesteziologi, pediatri, internisti. Ti večkrat sodelujejo pri sekundarnih – medbolnišničnih prevozih pacientov.

V Sloveniji 70 javnih zdravstvenih zavodov izvaja službo NMP, ki je organizirana neprekinjeno na 57 lokacijah, od tega 12 na območju bolnišnic. V dnevnem času imamo prisotnost zdravnika za NMP na dodatnih sedmih lokacijah. Reševalna vozila – mobilne enote so locirane na 57 mestih za posredovanje na terenu.

Sedanj sistem NMP, ki ima 57 stalno odprtih točk z zdravnikom, zahteva, da mora biti za zagotavljanje programov izvajanja NMP v državi na letnem nivoju opravljenih več kot 683.000 delovnih ur zdravnika. Za stabilno delovanje bi tako potrebovali redno zaposlenih kar 393 zdravnikov samo za izvajanje NMP in dežurne službe na primarnem nivoju. Po podatkih MZ je bilo v maju 2022 pri izvajalcih za izvajanje dejavnosti NMP na primarnem nivoju redno zaposlenih za polni delovni čas 62 zdravnikov – specialistov urgentne medicine, 25 zdravnikov – specialistov družinske medicine, 1 specialist drugih specialnosti ter 22 zdravnikov po opravljenem strokovnem izpitu. Dodatno je bilo za krajši delovni čas zaposlenih še 40 specialistov urgentne medicine ter 29 specialistov družinske medicine. Ti zdravniki so zraven svoje redne delovne obveznosti opravili 50.000 ur dodatnega dela v NMP. Zdravniki, ki izvajajo delo osebnih izbranih zdravnikov na primarnem nivoju, pa so morali, zraven svojega rednega dela in nadomeščanja odsotnosti na področju družinske medicine, v sistemu NMP opraviti 136.000 ur dela, kar v povprečju znese približno 300 ur dodatne obremenitve na zdravnika letno. Številka bi bila še enkrat višja, če ne bi dela obveznosti v obsegu kar 123.000 ur opravili tudi zdravniki specializanti in zdravniki po opravljenem strokovnem izpitu.

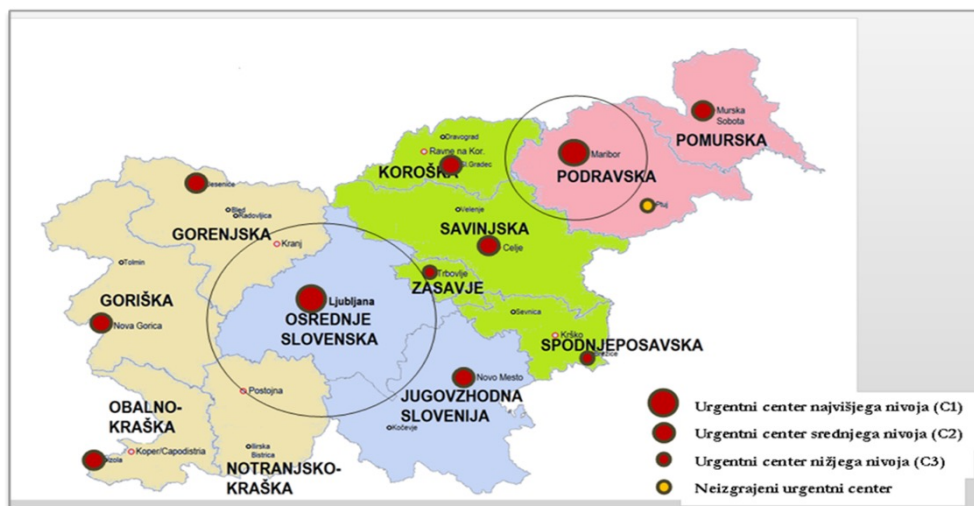
Ob tem je treba upoštevati tudi potrebe po zdravnikih – specialistih urgentne medicine v urgentnih centrih, ki bi morali delovati v enotah za bolezni in enotah za poškodbe: v nekaterih UC specialistov urgentne medicine sploh nimajo zaposlenih, v določenih UC pa so zaradi prekomernih obremenitev odšli na primarni nivo. Samo za zapolnitev delovnih mest in stabilno delovanje UC v bolnišnicah bi potrebovali čez 300 specialistov urgentne medicine, trenutno pa jih je v vseh UC zaposlenih manj kot 20. Da gre za resne težave, povezane s prihodnostjo obstoja urgentne medicine, jasno pove podatek, da je bilo v letu 2022 na razpisu prijavljenih samo 6 kandidatov za specializacijo urgentne medicine.

Mreža službe NMP se od leta 2015 ni spreminjala ali bistveno povečala, so pa se spremenili pogoji za delo zdravnika na primarnem nivoju. Od leta 2018 se je moralo delovišče za izvajanja NMP striktno ločiti od dela v ambulantni družinske medicine. Posledično je to v manjših krajih povzročilo dodatne težave pri razporejanju službe zaradi zagotavljanja zdravnika, ki je tako razpisan samo za izvajanje NMP.

V teh okoljih se obremenitve v rednem delovnem času, tudi zaradi manjšega dostopa do osebnih izbranih zdravnikov, gibljejo med 1 in 2 pacientoma/uro, v času nočnega dežurstva pa zavodi poročajo o manjši frekvenci obiskov pacientov, ki statistično gledano znaša v povprečju 0,5 pacienta na uro, v praksi pa se obisk ljudi v veliki meri koncentrira in prilagaja delovnemu času lekarne v kraju. Le te so po določeni uri v večernem času zaprte in se morajo ljudje za preskrbo s predpisanimi zdravili v vsakem primeru odpeljati na drugo lokacijo. V manjših zavodih morajo zdravniki, tudi zaradi omejitev diagnostičnih možnosti, paciente po pregledu dodatno napotiti na obravnavo v UC. Dodatno težavo pri obravnavi pacientov v teh enotah NMP pa predstavlja tudi možnost, da bo ekipa NMP morala izvoziti sočasno na teren, kar še poslabšuje možnost za kakovostno zdravstveno obravnavo.

Vse naštetu se odraža tudi v povečanem obisku pacientov v UC, pri čemer je analiza števila obiskov pokazala, da so planirane kapacitete ob izgradnji in začetku delovanja ponekod že bistveno presežene. Zaradi tega nastajajo tudi velike težave pri zagotavljanju dodatnih zdravnikov iz primarnega nivoja za občasno delo v UC, saj so tam obremenitve dela na zdravnika bistveno večje, lahko se gibljejo celo v razmerju 1 : 10, in to za enako plačilo. Podatki iz poročil izvajalcev o delovanju UC tudi kažejo, da več kot 60 % ljudi v UC prihaja zaradi težav, ki bi se lahko večinoma razrešile v okviru pregleda pri osebnem izbranem zdravniku ali v sklopu dežurne službe lokalnega zdravstvenega doma. Posledično se zato tudi dogaja, da redno zaposleni zdravniki – specialisti urgentne medicine odhajajo iz bolnišnic in se raje zaposlijo v manjših krajih.

Slika 23: Prikaz obstoječih in neizgrajenih urgentnih centrov v Sloveniji



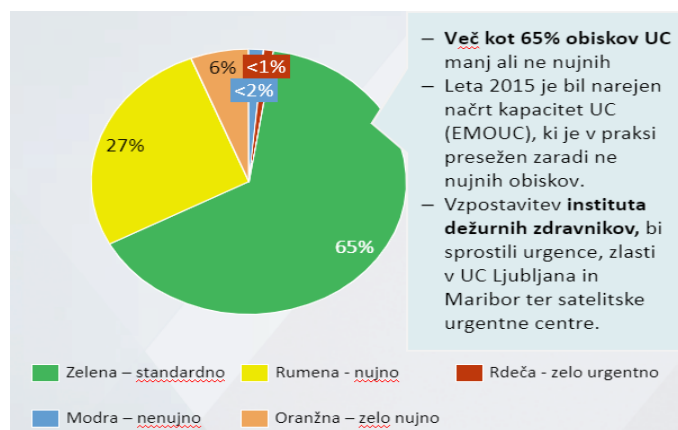
Slika prikazuje obstoječe urgentne centre in en še neizgrajeni urgentni center v Sloveniji. V nadaljevanju pa sledi prikaz obremenitev obstoječih urgentnih centrov in primerjava obiskov ob izgradnji v letu 2019. V letih 2020 in 2021 je bil statistično obisk zaradi covid-19 in spremenjene organizacije dela manjši, v letu 2022 pa je bilo po neuradnih podatkih število obiskov večje kot 2019.

Tabela 4: Obremenitev urgentnih centrov

URGENTNI CENTRI	EMOUC ⁵ 2015	LETO 2019
UC UKC Maribor	118.162	121.335
UC SB Slovenj Gradec	34.748	30.148
UC SB Murska Sobota	37.000	50.057
UC SB Jesenice	35.700	37.085
UC SB Nova Gorica	37.157	41.481
UC SB Izola	54.850	57.776
UC SB Brežice	20.700	22.364
UC SB Trbovlje	15.200	16.618
UC SB Celje	91.900	16.618
UC SB Novo mesto	44.430	79.500
SKUPAJ	489.847	517.657
	EMOUC 2015	I. 2021
UKC/ZD Ljubljana	135.000	212.788
Urgenca ZD/SB Ptuj	12.000	32.733

5 EMOUC – Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov

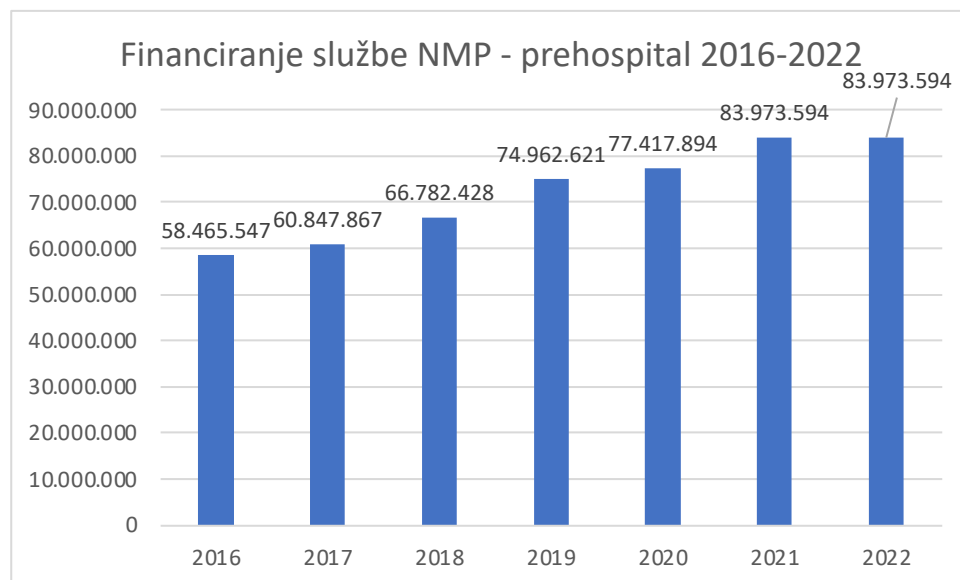
Slika 24: Struktura obiskov UC glede na s triažo določeno stopnjo nujnosti (modro-zelena kategorija predstavlja manj nujna ali nenujna stanja)



Poleg urgentnih centrov v Sloveniji delujejo še služba Nujne medicinske pomoči, Dežurne službe in Satelitski urgentni centri. Gre za povezavo različnih služb z namenom zagotovitve neprekinjenih zdravstvenih storitev na celotnem območju Republike Slovenije. Po podatkih dispečerske službe je povprečni čas prihoda reševalnih vozil v Sloveniji trenutno 16 minut ali več. Čas prihoda je treba skrajšati na manj kot 15 minut v povprečju za prihod enote nujne medicinske pomoči v mestnem in podeželskem okolju.

Trenutna ureditev zdravstvenega sistema in njene pomanjkljivosti na več ravneh ne povzročajo samo preobremenjenosti urgentne medicine, ampak imajo vpliv tudi na delovanje celotne bolnišnice.

Slika 25: Izdatki službe nujne medicinske pomoči



Vir: MZ, podatki ZZZS

Trenutno veljavni Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči je vzpostavil zahtevo po dodatnem usposabljanju za delo v zunajbolnišnični NMP in s tem podelil dodatne kompetence za samostojno delo reševalcem. To je omogočilo, da se lahko zdravnik loči od ekipe reševalcev, ki lahko določeno vrsto intervencij izvajajo samostojno, določeno vrsto intervencij pa v sodelovanju z zdravnikom, ki za prihod na kraj dogodka uporablja svoje, ločeno prevozno sredstvo, definirano v pravilniku, in sicer vozilo urgentnega zdravnika (VUZ). S tem v sistemu pridobimo dvojno število razpoložljivih ekip – namesto 1 ekipe MoE REA dobimo 1 ekipo MoE NRV in 1 ekipo MoE VUZ. Na ta način z minimalno spremembo dosežemo bolj učinkovito delovanje mreže NMP.

Leta 2018 je bila pod okriljem Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana ustanovljena **dispečerska služba zdravstva (DSZ)**, ki deluje neprekinjeno 24 ur na dan, 7 dni na teden, vse dni v letu. Sprejema nujne klice z zdravstvenega področja, koordinira delovanje vseh mobilnih enot nujne medicinske pomoči in helikopterske nujne medicinske pomoči. Operativni del dispečerske službe deluje v dveh ločenih centrih, eden je v Ljubljani, drugi je v Mariboru.

Slika 26: Trenutno stanje delovanja DSZ na področju koordinacije enot nujne medicinske pomoči



Glede na predstavljene težave v sistemu NMP in splošno situacijo na področju družinske medicine je jasno, da bomo morali nujno rešiti problem pomanjkanja zdravnikov za delo v NMP tudi s spremembo organizacije mreže NMP in ustvariti pogoje, ki bodo prebivalcem v državi omogočali približno enakovreden dostop, tako v primeru nujnih stanj na terenu v smislu čim krajših dostopnih časov, kot tudi ustrezen in kakovosten dostop prebivalcev do nujnih storitev, še posebej v krajih, ki so bolj oddaljeni od urgentnih centrov. Minister za zdravje je 28. 12. 2022 podpisal sklep o Načrtu vzpostavitve dispečerske službe zdravstva, ki predvideva vključevanje posameznih območij v sistemu NMP po predvidenih fazah in z navedeno časovnico za vključitev posameznih izvajalcev.

Poleg nujne medicinske pomoči je ključnega pomena tudi helikopterska nujna medicinska pomoč.

Odločitev, kdo bo opravljal helikoptersko nujno medicinsko pomoč, je suverena odločitev države. Ne glede na to, kdo izvaja to vrsto medicinske dejavnosti, morajo vsi izvajalci slediti varnostno-tehničnim zahtevam glede letalskih operacij. Vlada Republike Slovenije je 24. 6. 2021 s sklepom št. 16504-1/2021/3 odločila, da se helikopterski prevozi v okviru izvajanja HNMP, medbolnišnični helikopterski prevozi in helikopterski prevozi otrok v inkubatorjih dolgoročno izvajajo kot državna aktivnost z zrakoplovi Slovenske vojske. Sklep vlade je skladen z Uredbo (EU) 2018/1139 in Uredbo (ES) 965/2012, saj zakonodaja EU omogoča, da se helikopterska nujna medicinska pomoč izvaja z državnimi zrakoplovi.

Na sestanku avgusta 2022 z ministri pristojnih resorjev so se začrtale nujne naloge za izboljšanje trenutnega sistema, ki temelji na sklepu prejšnje Vlade RS z dne 24. 6. 2021, vendar določene naloge iz sklepa do zdaj niso bile realizirane.

Tako se je izvedla prenova Načrta aktivacije državnih zrakoplovov, ki bo pripomogel k hitrejši aktivaciji enote HNMP, saj aktivacija ne bo več vezana na prisotnost zdravnika na terenu, ampak se od 15. 10. 2022 enota HNMP aktivira prek dispečerske službe zdravstva.

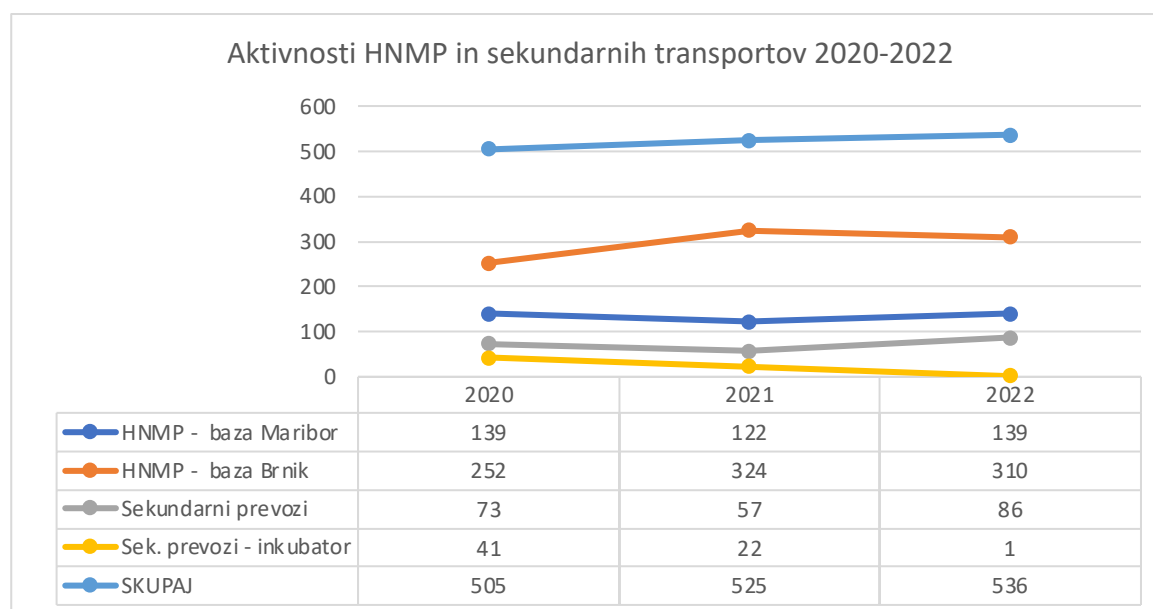
Ministrstvo za zdravje je v dogovoru z Ministrstvom za infrastrukturo sprejelo dogovor za zagotovitev delovanja nujnih služb na letališču Edvarda Rusjana v Mariboru za nemoteno izvajanje dela enote HNMP Maribor v vidnem delu dneva.

Zaradi povečanja števila nesreč v gorah in s tem potrebe po posredovanju helikopterja smo v letu 2022 na MZ zagotovili dodatna sredstva za zdravnika, ki sodeluje v ekipi Gorske reševalne službe, kar pomeni podaljšanje letne sezone in zagotovitev dodatne ekipe v času zimskih počitnic, predvsem zaradi večjega števila poškodb na smučiščih.

Vendar kljub temu trenutna ureditev ne sledi modernemu principu reševanja s pomočjo helikopterjev. Problem nastane v času, ko sta za potrebe štirih aktivnosti (HNMP iz dveh baz, sekundarni leti in reševanje v gorah) na voljo samo dva helikopterja. Zaradi tega je bilo v letu 2022 8 % neizvedenih intervencij HNMP ter je bil v letih 2021 in 2022 zabeležen upad transportov inkubatorjev za več kot 50 %.

MZ zavzema stališče, da v RS potrebujemo tri baze HNMP z ustrezno razporeditvijo v smislu čim krajšega dostopa do skrajne točke pokrivanja terena, s čimer bi zagotovili boljši dostop do HNMP tudi prebivalstvu na področju Obalno-kraške regije. Za redno dejavnost bi morali prevozniki dnevno zagotoviti štiri letalske posadke, saj dejavnost HNMP in nujni prevozi kritično bolnih med bolnišnicami ter prevoz otrok z inkubatorji ne morejo biti odvisni od trenutne razpoložljivosti državnih zrakoplovov v sistemu zaščite in reševanja.

Slika 27: Aktivnosti HNMP in sekundarnih transportov 2020–2022



4. Finančni pregled stanja zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva je financiran iz več različnih virov, in sicer iz 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), družb brez zavarovalnic (delodajalci, ki plačujejo redne sistemske preglede), zavarovalnic (dopolnilno zdravstveno zavarovanje), gospodinjstev (samoplačniške storitve) in neprofitnih institucij, ki opravljajo storitve za gospodinjstva (nevladne organizacije, npr. FIHO).

V nadaljevanju sledi prikaz stanja prihodkov, odhodkov ter poslovnega izida javnih zdravstvenih zavodov kot izvajalcev zdravstvenih storitev, strukture odhodkov ZZSZ kot zdravstvene blagajne in odhodkov iz proračuna MZ.

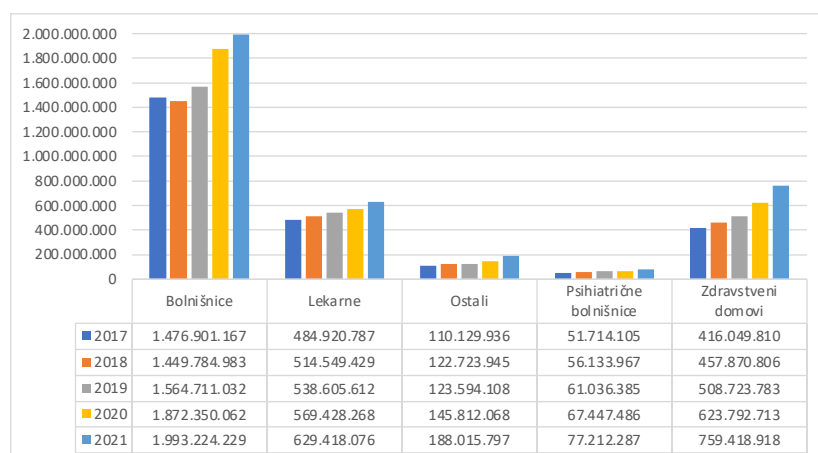
4.1. Pregled poslovanja javnih zdravstvenih zavodov

Podatki v nadaljevanju so prikazani po naslednjih sklopih: bolnišnice, psihiatrične bolnišnice, zdravstveni domovi, lekarne in ostali. Med zdravstvenimi domovi je tudi Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani, ki je edini od zdravstvenih domov, ustanovljen s strani Republike Slovenije. Pod ostale spadajo Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino in Zavod Republike Slovenije za presaditev organov in tkiv Slovenija – transplant.

Zaradi zagotavljanja točnosti in primerljivosti podatkov so vsi podatki pridobljeni iz poročil Agencije Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve (v nadaljnjem besedilu: AJPEs).

S slike v nadaljevanju je razvidno, da so pri vseh vrstah javnih zdravstvenih zavodov v zadnjih petih letih prihodki rasli. Izjema so bolnišnice, ki so imele v letu 2018 padec prihodkov za 1,84 %. Razlog gre iskati v dejstvu, da so bila v letu 2017 izvršena izplačila bolnišnicam za kritje presežka odhodkov nad prihodki na podlagi Zakona o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 54/17; v nadaljnjem besedilu: ZIUFSZZ). Največja rast prihodkov je bila pri vseh vrstah javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljevanju: JZZ) v letih 2020 in 2021.

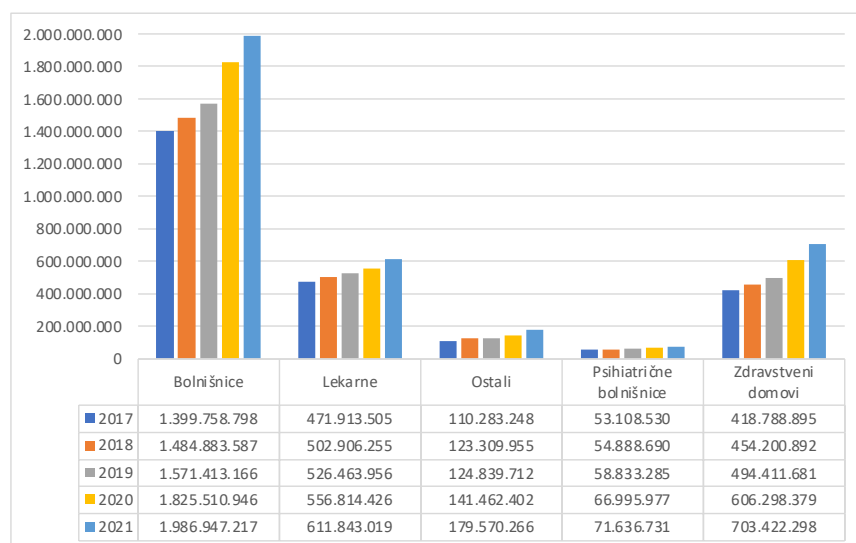
Slika 28: Prihodki javnih zdravstvenih zavodov v letih 2017–2021



Vir: Podatki AJPEs-a

V nadaljevanju je razvidno, da so pri vseh vrstah javnih zdravstvenih zavodov v zadnjih petih letih tudi odhodki rasli. Največja rast odhodkov je bila pri vseh vrstah JZZ v letih 2020 in 2021. Največjo rast odhodkov v letu 2018 glede na leto 2017 so imeli ostali javni zdravstveni zavodi, in sicer 11,8-% rast, medtem ko so ostali imeli med 6- in 8-% rast odhodkov. Izjema so bile psihiatrične bolnišnice, ki so imele rast v višini dobrih 3 %. V letu 2019 je bila glede na leto 2018 rast odhodkov okrog 5- do 8-%, pri čemer so imeli ostali javni zdravstveni zavodi 1,3-% rast. Leto 2020 glede na leto 2019 je zaznamovala izjemna rast odhodkov, ki se je gibala med 13 in 16 %. Izjema so bile lekarne, katerih odhodki so zrasli za 5,8 %, in zdravstveni domovi, ki so imeli 22,6-% rast odhodkov. V letu 2021 so drastično zrasli odhodki ostalih zdravstvenih zavodov, in sicer za 26,9 %, medtem ko so imeli ostali javni zdravstveni zavodi rast med 7 in 16 %.

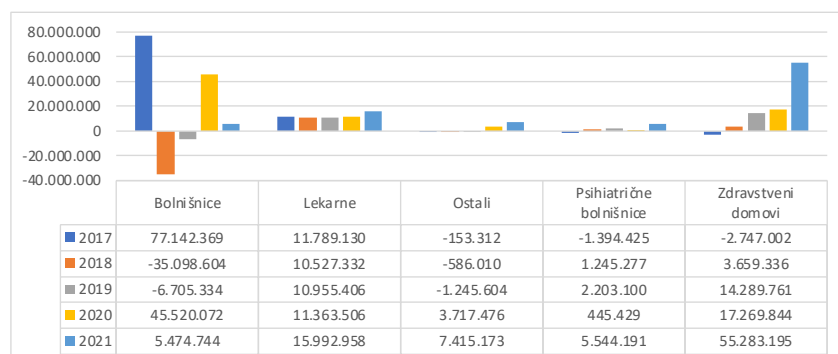
Slika 29: Odhodki javnih zdravstvenih zavodov v letih 2017–2021



Vir: Podatki AJPEs-a

Tudi s slike je razvidno, da imajo bolnišnice največje nihanje poslovnih izidov med leti. Leto 2017 je bilo nadpovprečno pozitivno v poslovanju, verjetno gre razlog iskati v dejstvu, da so bila v letu 2017 izvršena izplačila bolnišnicam za kritje presežka odhodkov nad prihodki na podlagi ZIUFSZZ. V letu 2018 je bil izjemen padec poslovnega izida, ki se je v letu 2019 izboljšal, vendar je bil še vedno negativen. V letu 2020 so bolnišnice prejele sredstva po 22. členu Zakona o dodatnih ukrepih za omilitev posledic COVID-19 (Uradni list RS, št. 15/21, 112/21 – ZNUPZ, 206/21 – ZDUPŠOP in 141/22 – ZNUNBZ, v nadaljevanju besedila: ZDUOP). Sredstva so bila namenjena za povračilo izpada opravljanja zdravstvenih dejavnosti. Iz istega naslova so bila izplačana sredstva v letu 2021, kar se je najbolj poznalo pri poslovnem izidu psihiatričnih bolnišnic. Lekarne so imele poslovni izid približno vsako leto podoben, razen leta 2021, ki je pozitivno odstopalo. Zdravstvenim domovom se je poslovni izid izboljšal v obdobju 2019–2021. Leto 2021 je bilo poslovno izjemno dobro. Med ostalimi je visoko pozitivno posloval Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (v nadaljnjem besedilu: NLZOH), ki je v skupini ostali izjemno dvignil poslovni izid. V letu 2020 je NLZOH posloval s 5,3 milijona EUR presežka prihodkov nad odhodki, v letu 2021 pa 6,3 milijona EUR presežka prihodkov nad odhodki. V letu 2021 je dodatno povečal poslovni izid tudi NIJZ z 1,4 milijona presežka prihodkov nad odhodki.

Slika 30: Poslovni izidi javnih zdravstvenih zavodov v letih 2017–2021



Vir: Podatki AJPEs-a

Slika v nadaljevanju prikazuje kumulativne presežke oz. primanjkljaje. Bolnišnice so vseh 5 let v kumulativnem primanjkljaju, čeprav so bila v letu 2017 izvršena izplačila bolnišnicam za kritje presežka odhodkov nad prihodki na podlagi ZIUFSZZ. Lekarne konstantno vseh 5 let zvišujejo kumulativne presežke, kakor tudi zdravstveni domovi. Psihiatrične bolnišnice imajo vseh 5 let kumulativne presežke z nihanji, kakor tudi ostali. Zdravstveni domovi so leta 2021 skoraj podvojili kumulativni presežek, glede na leto 2020, kakor tudi psihiatrične bolnišnice.

Slika 31: Kumulativni presežki oz. primanjkljaji v letih 2017–2021



Vir: Podatki AJPEs-a

Rezultati poslovanja javnih zdravstvenih zavodov za obdobje I–VI 2022, izdelani na podlagi podatkov, ki smo jih prejeli od javnih zdravstvenih zavodov, izkazujejo negativni poslovni izid oziroma negativno finančno stanje v 30 javnih zdravstvenih zavodih, in sicer 17 bolnišnicah, 11 zdravstvenih domovih ter Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino in Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano. Skupen obseg presežka odhodkov nad prihodki znaša 49.941.117 evrov, od tega bolnišnice v polletnem obdobju izkazujejo negativni poslovni izid v skupni vrednosti 47.237.250 evrov, zdravstveni domovi v skupni vrednosti 1.809.010 evrov, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano pa v skupni vrednosti 894.857 evrov. Ti podatki kažejo na slabše poslovanje javnih zdravstvenih zavodov v prvem polletju leta 2022 kot v letu 2021, ko je negativni poslovni izid izkazalo deset javnih zdravstvenih zavodov, in sicer devet bolnišnic in Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, v skupni vrednosti 18.502.428 evrov. Skupna višina presežka odhodkov nad prihodki (izguba) v bolnišnicah je konec leta 2021 znašala 17.525.657 evrov in se je v prvem polletju leta 2022 povišala za 29.711.593 evrov v primerjavi z letom 2021. Upoštevajoč navedeno, se je višina izgube v primerjavi s predhodnim letom v prvem polletju leta 2022 povišala za 269,9 %. Prav tako je iz podatkov razvidno, da primanjkljaj mesečno narašča, saj se je izguba od marca leta 2022 povišala za 23.411.205 evrov oziroma za 88,2 %.

Prav tako je vrednost neporavnanih zapadlih obveznosti vseh javnih zdravstvenih zavodov na dan 30. 6. 2022 znašala 71.485.481 evrov. Zgolj v bolnišnicah je bila višina te vrednosti 70.511.106 evrov. Neporavnane zapadle obveznosti bolnišnic so se glede na dan 31. 12. 2021 povečale za 5.966.411 evrov ali za 9,2 % in predstavljajo 98,6 % celotnega zneska neporavnanih zapadlih obveznosti vseh javnih zdravstvenih zavodov. Iz podatkov na zadnji dan leta 2021 je razvidno, da je bila vrednost neporavnanih zapadlih obveznosti vseh javnih zdravstvenih zavodov 66.179.530 evrov, kar pomeni, da se je višina neporavnanih zapadlih obveznosti v prvem polletju leta 2022 povišala za 8,0 %.

Iz poročil o rezultatih poslovanja javnih zdravstvenih zavodov v obdobju I–VI 2022 tudi izhaja, da so bili celotni prihodki v obdobju I–VI 2022 v vseh javnih zdravstvenih zavodih nižji za 109.925.366 EUR ali 7,3 % v primerjavi s prihodki iz enakega obdobja v letu 2021. Od tega:

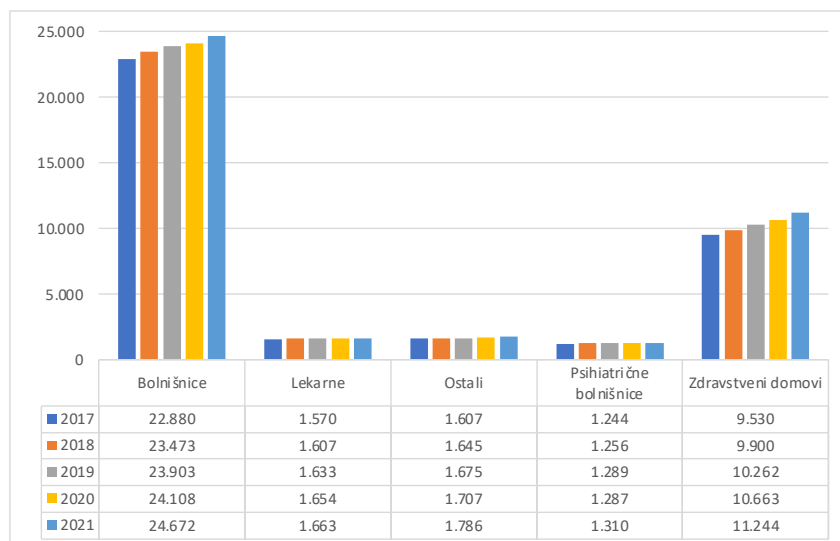
- so bili nižji v bolnišnicah, in sicer za 67.628.906 EUR ali za 6,5 % v primerjavi s prihodki v obdobju I–VI 2021,
- v zdravstvenih domovih so bili nižji za 56.717.081 EUR ali za 14,3 % v primerjavi s prihodki v obdobju I–VI 2021,
- v drugih zavodih pa so bili višji za 14.420.620 EUR ali za 20,3 % v primerjavi s prihodki v obdobju I–VI 2021.

Hkrati so bili celotni odhodki v obdobju I–VI 2022 v vseh javnih zdravstvenih zavodih nižji za 79.092.827 EUR ali za 5,2 % v primerjavi z odhodki iz enakega obdobja v letu 2021. Od tega:

- so bili nižji v bolnišnicah, in sicer za 64.864.244 EUR ali za 6,0 % v primerjavi z odhodki v obdobju I–VI 2021,
- v zdravstvenih domovih so bili nižji za 32.697.383 EUR ali za 8,9 % v primerjavi z odhodki v obdobju I–VI 2021,
- v drugih zavodih pa so bili višji za 18.468.800 EUR ali za 27,3 % v primerjavi z odhodki v obdobju I–VI 2021.

S slike v nadaljevanju je razvidno, da se je povprečno število zaposlenih na podlagi delovnih ur v obračunskem obdobju iz leta v leto povečevalo za približno 2 % vsako leto. Izjema so psihiatrične bolnišnice, ki so v letu 2020 glede na leto 2019 imele 2 zaposlena manj oz. 0,16 % manj zaposlenih. Največjo rast med leti imajo zdravstveni domovi, in sicer med 3,7 in 5,5 %. Največja rast v vseh JZZ je bila v letu 2021, ko je bila 3,2 %, medtem ko je bila rast med ostalimi 1,7 do 2,9 %.

Slika 32: Povprečno število zaposlenih, na podlagi delovnih ur v obračunskem obdobju v letih 2017–2021



Vir: Podatki AJPEs-a

Tabela 5: Indeksi spremembe povprečnega števila zaposlenih, na podlagi delovnih ur v obračunskem obdobju v letih 2017–2021

Oznake vrstic	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2021/2020
Bolnišnice	102,59	101,83	100,86	102,34
Lekarne	102,36	101,62	101,29	100,54
Ostali	102,36	101,82	101,91	104,63
Psihiatrične bolnišnice	100,96	102,63	99,84	101,79
Zdravstveni domovi	103,88	103,66	103,91	105,45
Vsi JZZ skupaj	102,85	102,33	101,69	103,19

Vir: Ajpes

Tabela 6: Spremembe povprečnega števila zaposlenih, na podlagi delavnih ur v obračunskem obdobju v letih 2017–2021

Oznake vrstic	Razlika 2018 glede na 2017	Razlika 2019 glede na 2018	Razlika 2020 glede na 2019	Razlika 2021 glede na 2020
Bolnišnice	593	430	205	564
Lekarne	37	26	21	9
Ostali	38	30	32	79
Psihiatrične bolnišnice	12	33	-2	23
Zdravstveni domovi	370	362	401	581
Vsi JZZ skupaj	1.050	881	657	1.256

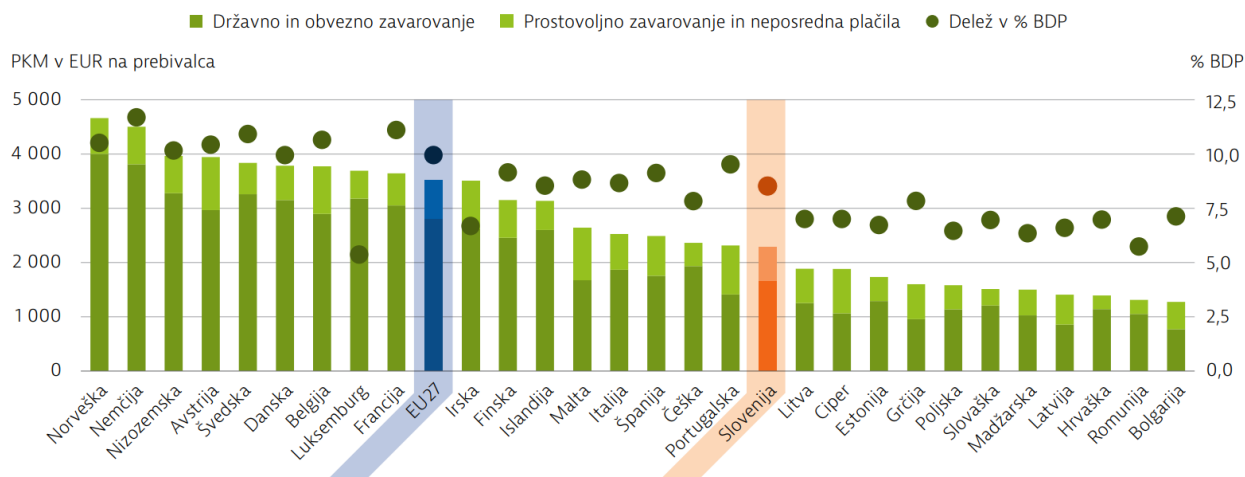
Vir: Ajpes

4.2 Trend naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo

Na rast izdatkov za zdravstvo vplivajo ključni dejavniki: demografija (starostna struktura in zdravstveno stanje glede na starost), BDP na prebivalca in t.i. nedemografski dejavniki (OECD. Maisonneuve C., Martins, O (2013)).

Osnovne projekcije javnih izdatkov za zdravstvo, ki predvidevajo povečanje deleža teh izdatkov glede na BDP s 5,7 % na 6,8 %, odražajo predvsem učinke demografskih dejavnikov, nedemografski pa so upoštevani le v manjši meri. Te projekcije že imajo vgrajeno tudi predpostavko izboljševanja zdravstvenega stanja populacije in predpostavko sprejetja nekaterih ukrepov za obvladovanje rasti izdatkov in večjo učinkovitost sistemov. Za Slovenijo več študij ugotavlja, da je zdravstveni sistem srednje učinkovit, s postopnim izboljševanjem učinkovitosti pa bi rast izdatkov za zdravstvo na dolgi rok lahko pomembno umirili. Slovenija danes po nekaterih osnovnih kazalnikih zdravstvenega stanja sicer kaže ugodno sliko, po drugi strani pa je delež življenja, ki ga preživimo zdravi, zelo nizek v primerjavi z drugimi državami EU.

Slika 33: Zdravstveni izdatki v Sloveniji in EU



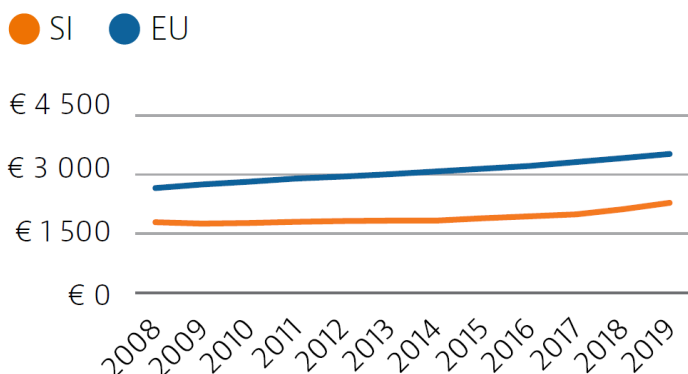
Vir: OECD, 2021

Visok zaostanek je v veliki meri povezan z nezdravim življenjskim slogom in velikim bremenom kroničnih bolezni. Zdravstveno stanje populacije je z vidika dolgoročne vzdržnosti ključno ne le za bolj umirjeno rast izdatkov, temveč tudi za povečanje prihodkov, saj različne študije dokazujejo visoko povezanost med zdravstvenim stanjem populacije in obsegom delovno aktivne populacije ter pozitivnim vplivom zdravja na gospodarsko razvitost. Upoštevanje večjega pritiska nedemografskih dejavnikov v tveganem scenariju Evropske komisije kaže na še večje pritiske v prihodnje na rast izdatkov za zdravstvo, ki bi privedli do povečanja deleža glede na BDP na 6,8 % že do leta 2030 in na 7,5 % do leta 2060. Poleg čedalje večjih pričakovanih prebivalstva glede zdravstvene oskrbe so med glavnimi nedemografskimi dejavniki predvsem nove zdravstvene tehnologije, ki širijo možnosti zdravljenja in povečujejo kakovost storitev. Slednje vpliva tudi na širitev košarice zdravstvenih pravic in povečuje potrebe po dolgotrajni oskrbi.

Vse več je namreč oseb s kroničnimi obolenji, ki so dolgotrajno odvisne od tuje pomoči. Projekcije nas opozarjajo na težave z ohranjanjem sedanje široke košarice in potrebo po njenem prožnem prilagajanju spremenjenim demografskim razmeram (več kroničnih bolezni, paliativa, dolgotrajna zdravstvena oskrba).

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

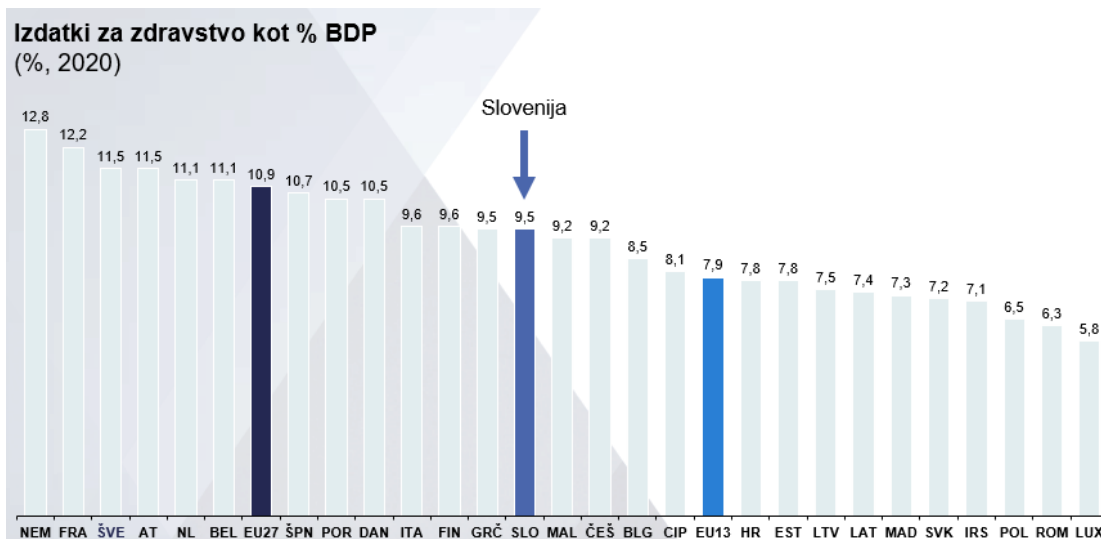
Slika 34: Poraba na prebivalca (EUR)



Vir: OECD

Po mednarodnih primerjavah izdatkov za zdravstvo kot % v BDP se Slovenija uvršča pod povprečje EU-27 in hkrati nad povprečje EU-13.

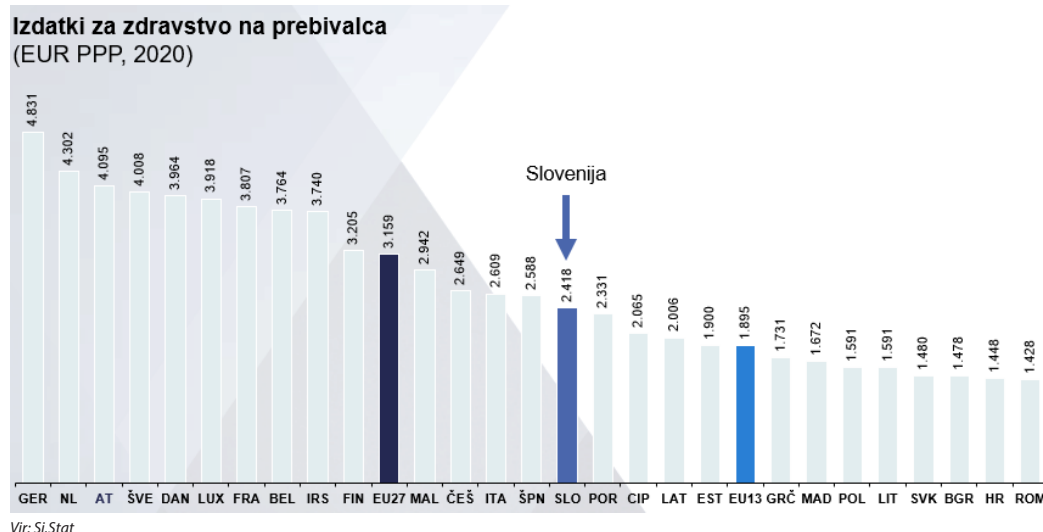
Slika 35: Izdatki za zdravstvo kot % BDP



Vir: Si.Stat

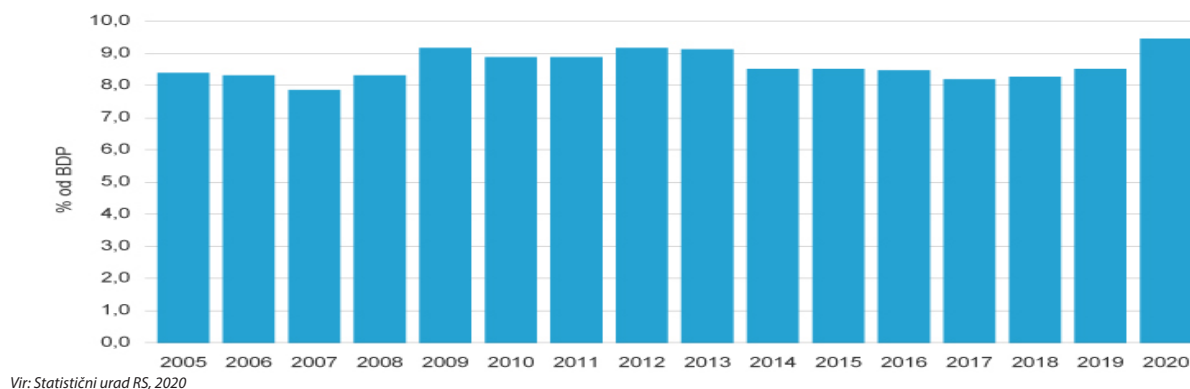
Tudi s slike v nadaljevanju je razvidno, da Slovenija za zdravstvo nameni 2.418 EUR/prebivalca, s čimer se uvršča pod povprečje EU-27, toda nad EU-13.

Slika 36: Izdatki za zdravstvo na prebivalca



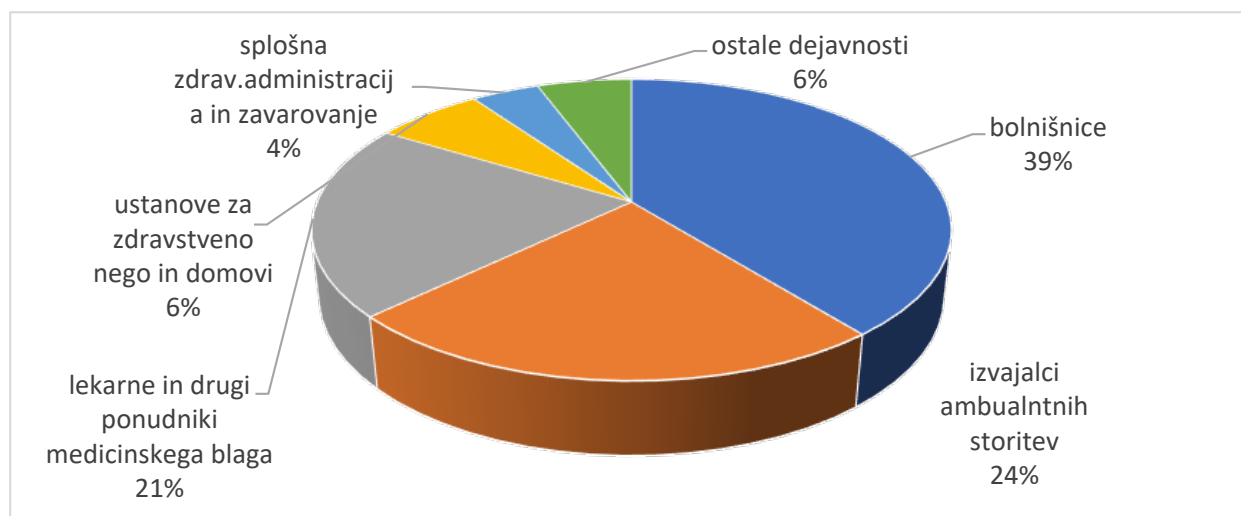
Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo (tj. izdatki brez investicij), ki predstavljajo izdatke za končno potrošnjo zdravstvenih storitev in blaga, so bili za 7,2 % višji kot v letu 2019 in so znašali nekaj več kot 4,4 mrd EUR. V odstotnem deležu od BDP (9,4 %) so bili za skoraj eno odstotno točko večji kot leto prej. Največ sredstev je bilo porabljenih za kurativno zdravljenje in za zdravila ter drugo medicinsko blago. Izdatki sektorja država so se v primerjavi z 2019 povečali za 7,7 %.

Slika 37: Izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji, % od BDP



Izdatki za storitve, opravljene v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego ter v domovih starejših občanov, so znašali 45,7 % od skupnih tekočih izdatkov za zdravstvo, izdatki za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah, 23,7 %, izdatki za zdravila in drugo medicinsko blago pa 21,1 %.

Slika 38: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnosti izvajalca v letu 2020



Vir: Si.Stat

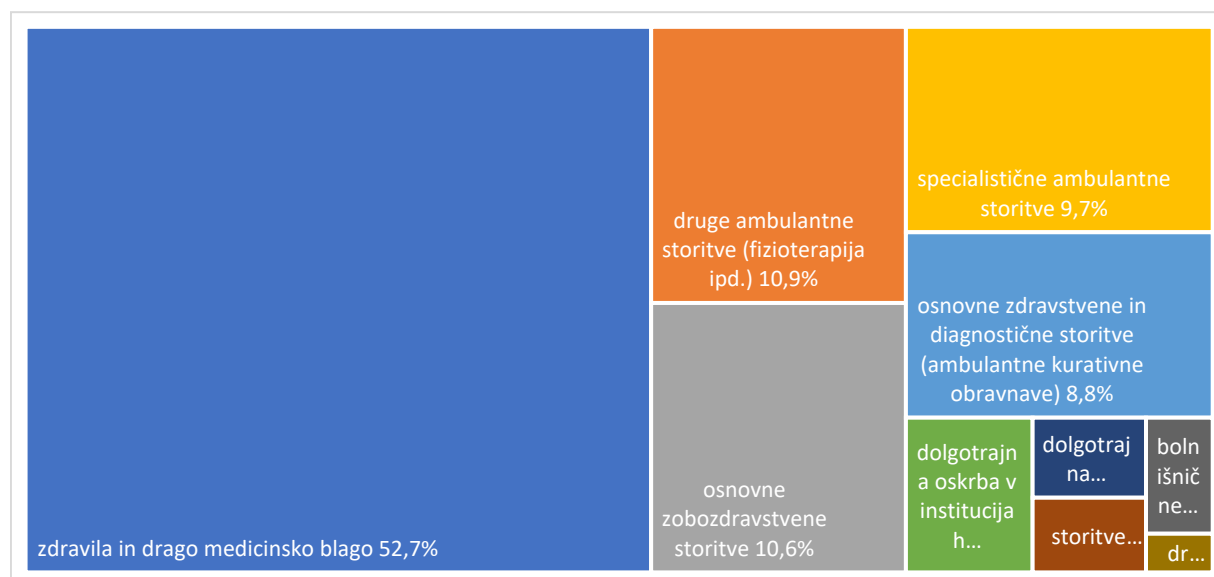
Ob epidemiji so bili izdatki iz državnega proračuna izrazito višji. Razmerje med javnimi in zasebnimi viri pri financiranju zdravstvenega varstva se med leti ne spreminja bistveno: delež javnih virov je znašal 73,1 %, delež zasebnih virov pa 26,9 %. Sredstva iz obeh vrst virov so bila v primerjavi z 2019 višja: sredstva iz zasebnih virov za 6,0 %, sredstva iz javnih virov pa za 7,7 % (pri čemer so se izrazito povečala sredstva iz državnega proračuna, povezana z epidemijo covid-19).

Osnovni nosilec financiranja zdravstvenega varstva so skladi socialne varnosti. Ti so tudi v 2020 prispevali okoli dve tretjini tekočih izdatkov za zdravstvo. Tudi izdatki gospodinjstev v obliki doplačil oz. samoplačništva so bili višji za 15 %.

V strukturi zasebnih izdatkov je delež dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj znašal 50,0 %, delež neposrednih izdatkov gospodinjstev 46,5 %, delež izdatkov družb (za storitve sistematskih pregledov zaposlenih) 3,2 % in delež izdatkov neprofitnih institucij, ki opravljajo storitve za gospodinjstva, 0,3 %.

Potrošnja gospodinjstev za zdravstvene storitve in blago je znašala 553 milijonov EUR, to je bilo za 15 % več kot v letu 2019. Neposredno iz žepa (doplačila oz. samoplačništvo) so gospodinjstva največ denarja porabila za zdravlila in drugo medicinsko blago (52,7 %), sledili so izdatki za ambulantne kurativne obravnave (40 %), pri čemer so zobozdravniške storitve predstavljale 10,6 % vseh tovrstnih sredstev v obliki doplačil.

Slika 39: Zdravstvene storitve, za katere so se izvedla neposredna plačila (angl. »out of pocket«), 2020



Nekaj več kot tri četrtine tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo (76,8 %) je bilo porabljenih za financiranje storitev kurativnega zdravljenja ter za zdravila in drugo medicinsko blago. Tem so po deležu sledili izdatki za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe – zdravstveni del.

Izdatki za storitve kurativnega zdravljenja so bili za 6,8 % višji kot v 2019, izdatki za zdravila in drugo medicinsko blago pa za 6,9 %. Povečali so se tudi izdatki za upravljanje zdravstvenega varstva in zavarovanja, in sicer za 14,8 %.

Iz tabele v nadaljevanju je razvidno, da smo v letu 2019 v Sloveniji iz javnih virov (nacionalni in lokalni proračuni, prispevki za OZZ) zagotavljali okoli 73 % vseh sredstev za zdravstvo, kar je nekoliko manj, kot je povprečje držav EU (EU-27: 74 %). Ta delež je zaznavno manjši zlasti v primerjavi s povprečjem razvitih držav EU (EU-14: 77 %). Preostali delež sredstev (27 %) se je v Sloveniji zagotovil z zasebnimi sredstvi, ki se v sistem stekajo bodisi v obliki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bodisi v obliki neposrednih (do)plačil za storitve. V državah EU je ta delež v povprečju nekoliko nižji (EU-27: 26 %). Po strukturi virov Slovenija v primerjavi z državami EU izstopa po zelo nizkem deležu proračunskih in razmeroma visokem deležu zasebnih virov v vseh sredstvih za zdravstvo. Takšno stanje pomeni preveliko odvisnost financiranja zdravstvene oskrbe le od enega vira.

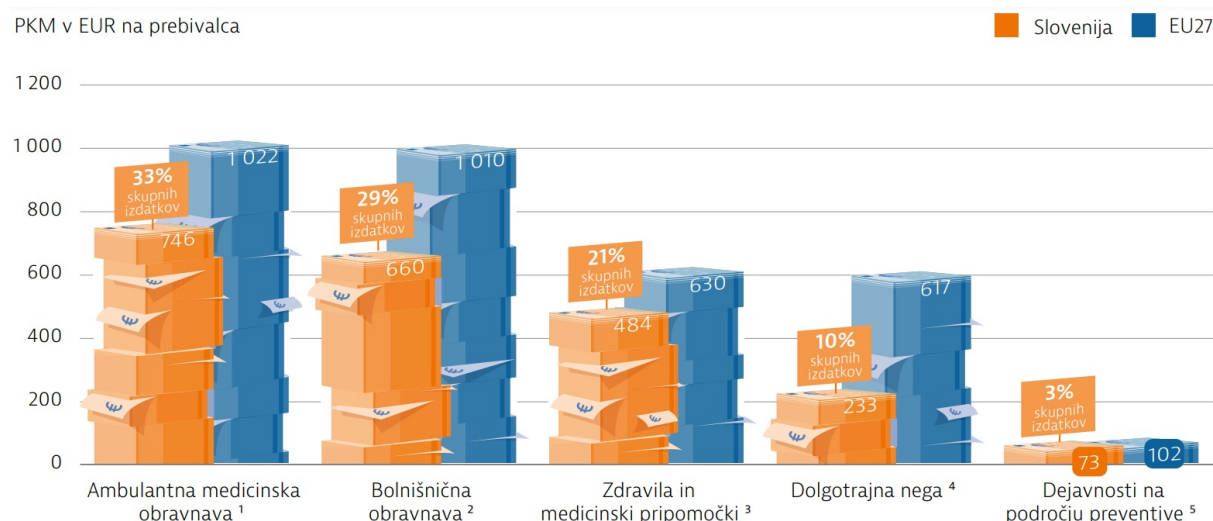
Tabela 7: Javni in zasebni izdatki za zdravstvo v PPP evrih na prebivalca in v deležu BDP v Sloveniji ter v primerjavi z državami EU (2019)

	javni	% od BDP	zasebni	% od BDP	celotni	% od BDP
EU 27*	2.030	6,2	645	2,1	2.665	8,3
EU 14*	2.708	7,2	748	2,2	3.456	9,4
EU 13*	1.279	5,0	534	2,1	1.813	7,1
Slovenija**	1.718	6,2	643	2,3	2.361	8,5

Vir: Eurostat, januar 2022.

Slika v nadaljevanju prikazuje največji delež izdatkov v Sloveniji v primerjavi z EU-27. Razvidno je, da sta glavni kategoriji zdravstvenih izdatkov ambulantna in bolnišnična obravnava, ki sta pomenili 2/3 skupnih zdravstvenih izdatkov.

Slika 36: Delež izdatkov v zdravstvu v Sloveniji, v primerjavi z EU (pariteta kupne moči v EUR na prebivalca)

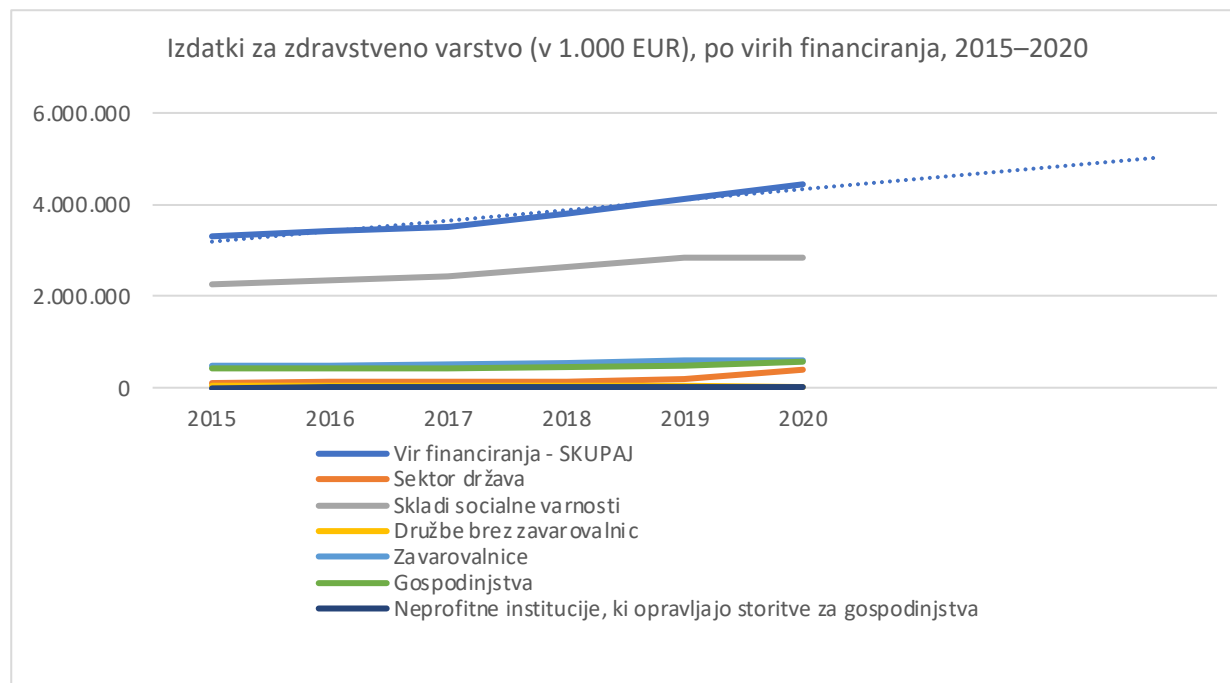


Vir: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovenija: Zdravstveni profil države 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

1 vključuje oskrbo na domu in pomožne storitve (npr. prevoz bolnikov), 2 vključuje kurativno-rehabilitacijsko oskrbo v bolnišnicah in drugih ustanovah, 3 vključuje le ambulantni trg, 4 vključuje le zdravstveno komponento, 5 vključuje le izdatke za preventivne programe.

S slike v nadaljevanju je razvidno, da se izdatki za zdravstvo z leti povečujejo. Najvišja rast je opazna iz naslova sektorja države, kjer je zaznan silovit poskok v letu 2020 zaradi pojava epidemije covid-19. Ravno tako je razvidno, da se povečujejo sredstva, ki jih za zdravstvo prebivalci Republike Slovenije namenijo iz sredstev lastnega gospodinjstva. Ta sredstva so narasla s 412.683.000 EUR v letu 2015 na 553.281.000 EUR v letu 2020.

Slika 41: Izdatki za zdravstveno varstvo po viru financiranja 2015–2020, v 1.000 EUR



Vir: Si.Stat

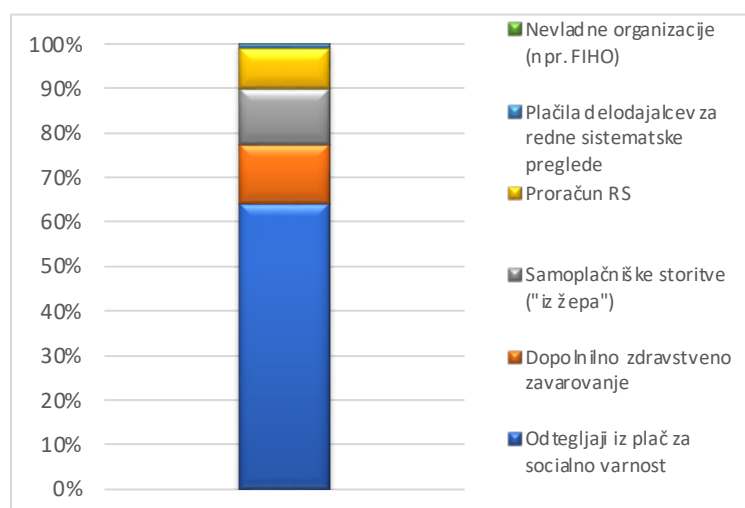
Sektor država zajema sredstva državnega proračuna in lokalnih proračunov, ki se namenijo za financiranje zdravstva. Skladi socialne varnosti vključujejo vire delodajalcev in delojemalcev iz naslova obveznih socialnih prispevkov za zdravstvo. Družbe brez zavarovalnic prikazujejo sredstva delodajalcev, ki jih namenijo za svoje zaposlene iz naslova zdravstva (tukaj so mišljeni izdatki za redne sistematske preglede, ki jih morajo opraviti zaposleni). Zavarovalnice vključujejo sredstva, ki jih prebivalci Slovenije dodatno plačujemo za zdravstvo iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za kritje oziroma doplačilo z zdravstvenimi storitvami povezanih izdatkov. Izdatki gospodinjstev prikazujejo sredstva iz lastnega žepa za plačilo zdravstvenih storitev. Sredstva neprofitnih institucij pa prikazujejo izdatke za zdravstvene storitve, ki jih za gospodinjstva opravljajo le-te.

Tabela 8: Izdatki za zdravstveno varstvo (1.000 EUR) po dejavnosti izvajalcev in virih financiranja, Slovenija, 2015–2020

Vir financiranja	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Vir financiranja - SKUPAJ	3.309.203	3.428.778	3.520.393	3.797.150	4.124.915	4.435.430
Sektor država Proračun RS	112.059	136.301	118.902	128.662	173.461	403.613
Skladi socialne varnosti Obvezni prispevki delodajalcev, delojemalcev						
Odtegljaji iz plač za socialno varnost (OZZ, obvezno pokojninsko zavarovanje, obvezno starševsko varstvo, obveznost) zavarovanje za brezposelnost	2.264.163	2.357.389	2.422.709	2.636.514	2.828.849	2.841.619
Družbe brez zavarovalnic						
Delodajalci, ki plačujejo za zaposlene (redni sistematski pregledi)	38.716	39.944	39.570	41.420	47.762	37.967
Zavarovalnice Dopolnilno zdravstveno zavarovanje	477.887	480.461	501.687	531.744	589.913	594.980
Gospodinjstva Samoplačniške storitve	412.683	410.803	433.798	454.958	481.016	553.281
Neprofitne institucije, ki opravljajo storitve za gospodinjstva Nevladne organizacije (npr. FIHO)	3.695	3.880	3.728	3.852	3.914	3.969

V nadaljevanju sledi poenostavljen pregled virov financiranja zdravstva.

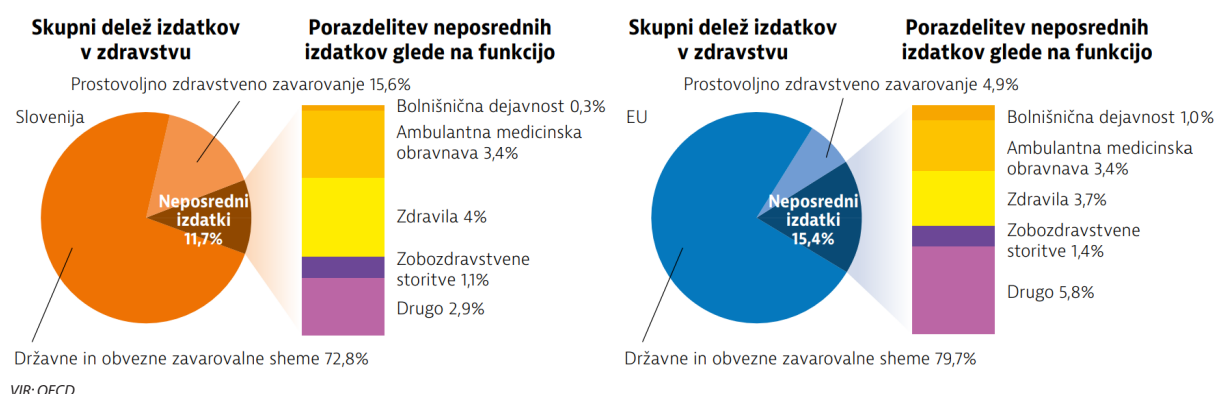
Slika 42: Poenostavljen pregled virov financiranja zdravstva



Razmerje med javnimi in zasebnimi viri pri financiranju zdravstvenega varstva se med leti ne spreminja bistveno: delež javnih virov je znašal 73,1 %, delež zasebnih virov pa 26,9 %. Sredstva iz obeh vrst virov so bila v primerjavi z 2019 višja: sredstva iz zasebnih virov za 6,0 %, sredstva iz javnih virov pa za 7,7 % (pri čemer so se izrazito povečala sredstva iz državnega proračuna, povezana z epidemijo covid-19).

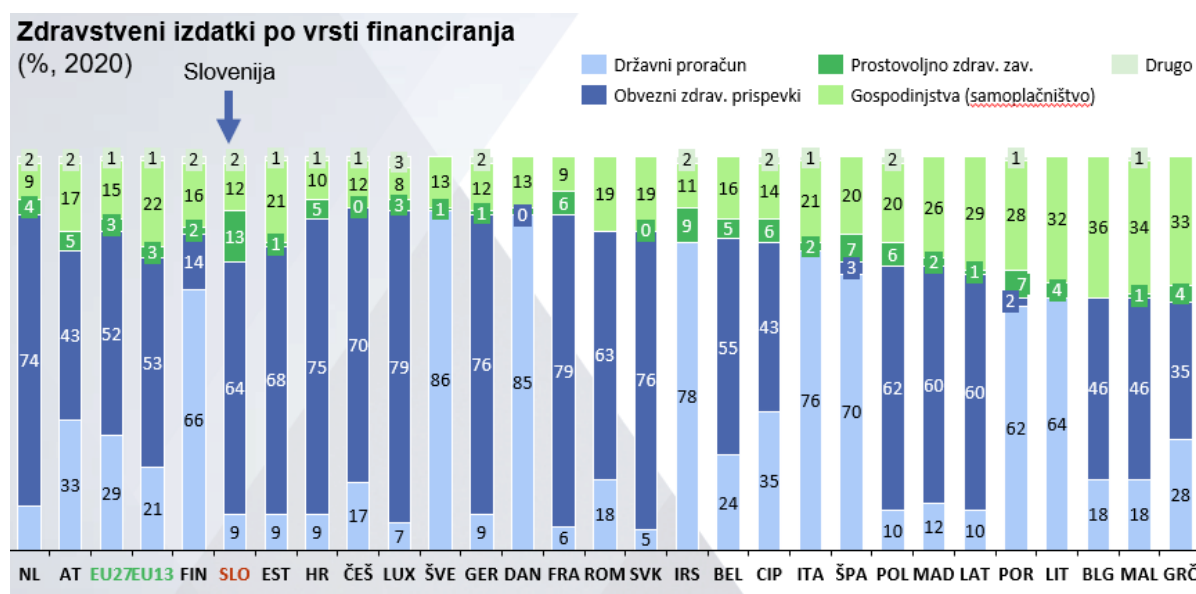
Ker večino zdravstvenih storitev in zdravil krijeta obvezno socialno-zdravstveno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ima Slovenija peto najnižjo stopnjo neposrednih izdatkov za zdravstvo v EU – 11,7 % skupnih zdravstvenih izdatkov, kot je razvidno s spodnje slike, pridobljene na spletni strani OECD, 2021.

Slika 43: Delež izdatkov v zdravstvu v Sloveniji v primerjavi z EU



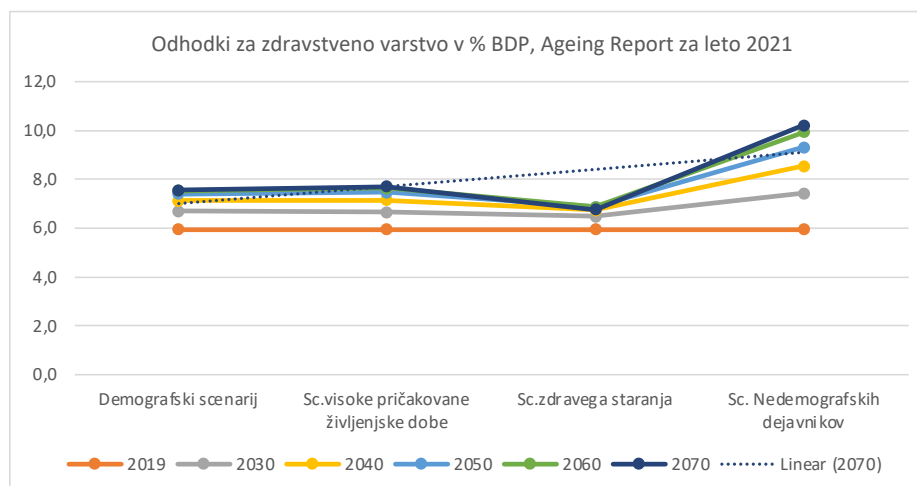
Slovenija se v primerjavi z ostalimi državami članicami financira pretežno iz obveznih zdravstvenih prispevkov in ima med najnižjimi vir financiranja državni proračun. Velik delež ima prostovoljno zdravstveno zavarovanje in obratno, nižji delež samoplačniških storitev.

Slika 44: Zdravstveni izdatki po vrsti financiranja (% , 2020)



Kot izhaja iz Ageing Reporta za leto 2021, pripravljenega s strani Evropske komisije, v katerem so v tabelah projekcije za Slovenijo preračunane na različne scenarije, gre pričakovati rast odhodkov za zdravstveno varstvo. Vendar je opazno najugodnejši vpliv na BDP v primeru zdravega staranja, kar pomeni, da bi morali večji poudarek nameniti promociji zdravja in preprečevanju bolezni.

Slika 45: Odhodki za zdravstveno varstvo v % BDP, Ageing Report za leto 2021



Vir: EU, Ageing Report

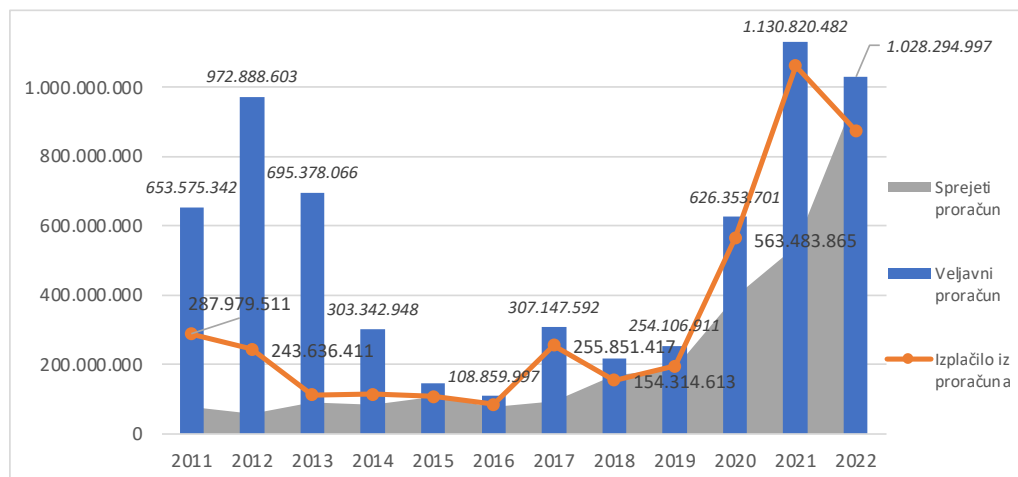
4.3 Proračunski odhodki za zdravstvo

Proračun MZ iz leta v leto narašča, kot je razvidno s slike v nadaljevanju. Slika zajema vse tipe proračunskih sredstev, in sicer: evropska, integralna, namenska sredstva in sredstva proračunskega sklada, ki je namenjen zgolj investicijam v slovensko zdravstvo.

Sprejeti proračun je leta 2022 znašal 974 milijonov evrov, kar je v primerjavi z letom 2011 za 12-krat višji proračun. S slike je razvidna strma rast proračuna v obdobju od 2020 do 2021, ko beležimo najvišjo višino proračuna MZ. Razlog je v dejstvu, da je bila v tem obdobju razglašena epidemija covid-19 in je bil pretežni delež proračunskih sredstev namenjen stroškom, povezanim z obvladovanjem epidemije covid-19.

Kljub temu da proračun MZ raste, lahko opazimo slabši trend izplačil sredstev iz državnega proračuna, ki v povprečju znaša 65 % sredstev veljavnega proračuna. Na tem mestu velja poudariti, da je razlika med sprejetim in veljavnim proračunom v prilivih, ki jih dobimo največ iz amortizacije, ki jo plačujejo javni zdravstveni zavodi, prilivov v okviru prispevkov za komisijo za medicinsko etiko, dajatev za plačilo pristojbin in drugo. V letih 2020–2022 pa je ta razlika zaradi izplačil iz proračunske rezerve za namen plačila stroškov, povezanih s covidom-19.

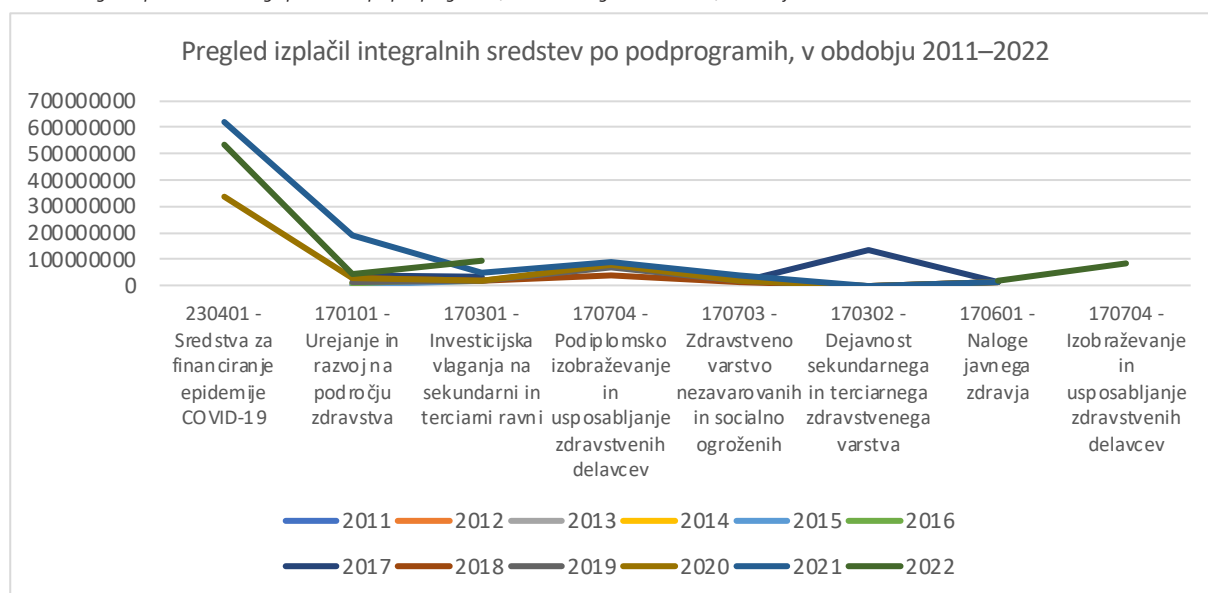
Slika 46: Pregled stanja v proračunu in izplačil iz proračuna v obdobju 2011–2022



Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Slika v nadaljevanju prikazuje pregled izplačil iz državnega proračuna po posameznih podprogramih v obdobju 2015–2022, ki so v obdobju 2015–2022 presegla višino 5 mio EUR. S slike izhaja, da je imelo MZ največ izdatkov leta 2017 na področju dejavnosti sekundarnega in terciarnega zdravstvenega varstva, kjer smo financirali nadzore in strokovna telesa. Hkrati je razvidna občutna rast stroškov v obdobju 2020–2022, predvsem na področju sredstev za financiranje epidemije covid-19.

Slika 47: Pregled izplačil iz državnega proračuna po podprogramih, v okviru integralnih sredstev, v obdobju 2011–2022



Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Tudi tortni diagram izplačil iz integralnih sredstev v nadaljevanju, v katerem je izpostavljeno zgolj leto 2022, izkazuje visoke stroške na podprogramu COVID, na katerem smo 64 % proračunskih sredstev izplačali za aktivnosti, povezane s covidom-19, na podlagi sprejete zakonodaje. V okviru podprograma urejanje in razvoj na področju zdravstva je bilo 60 % sredstev izplačanih ZZZS za dodatke po 15. ter 16. členu ZNUZSZS, 13 % sredstev pa področju eZdravja.

Temu sledi zelo visok delež izplačil iz podprograma za financiranje izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev, znotraj katerega financiramo podiplomsko usposabljanje zdravstvenih delavcev in izplačujemo dodatek za specializacije iz družinske medicine in dodatne specializacije iz klinične psihologije. V obdobju od 2017 do 2022 smo financirali specializacije iz klinične psihologije, pripravnike in specializante iz družinske medicine, kot sledi iz tabele v nadaljevanju.

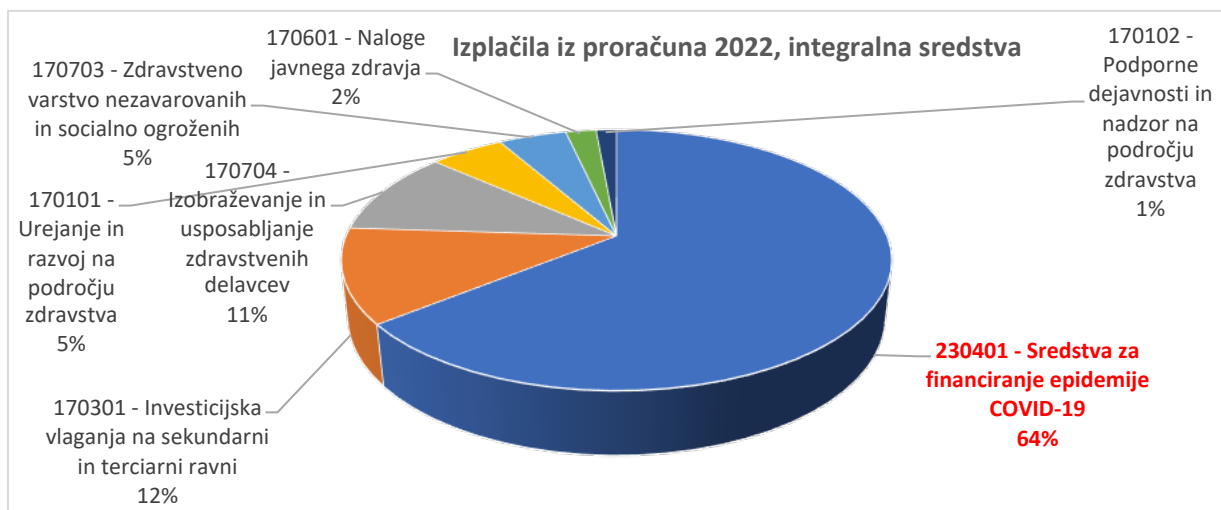
Tabela 9: Pregled števila pripravnikov in specializantov, financiranih iz proračuna RS

	2018	2019	2020	2021	2022
Število pripravnikov	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200
Število specializantov	2.124	1.100	1.960	2.050	2.050
Število novih dodatnih specializantov iz klinične psihologije					10

Vir: Sappra, podatki na dan 10. 1. 2023

Slika v nadaljevanju prikazuje izplačila iz proračuna v letu 2022 po podprogramih. V letu 2022 je bil iz finančnega načrta Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju: MZ) pretežni delež izplačan v okviru podprograma 230401, ki je namenjen obvladovanju epidemije covid-19 in temelji na interventni zakonodaji, sprejeti decembra 2021. Od tega se pretežni delež nanaša na stroške iz 80. člena ZDUPŠOP, stroške nakupa cepiv, plačilo izpada zdravstvene dejavnosti, izplačilo dodatkov pri delu s pacienti s covidom-19 ter stroške v okviru 31. člena ZIUPOPDVE. Poleg navedenega je ministrstvo 12 % proračuna namenilo investicijskim vlaganjem v javne zdravstvene zavode ter 11 % podprogramu, v okviru katerega financiramo izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev.

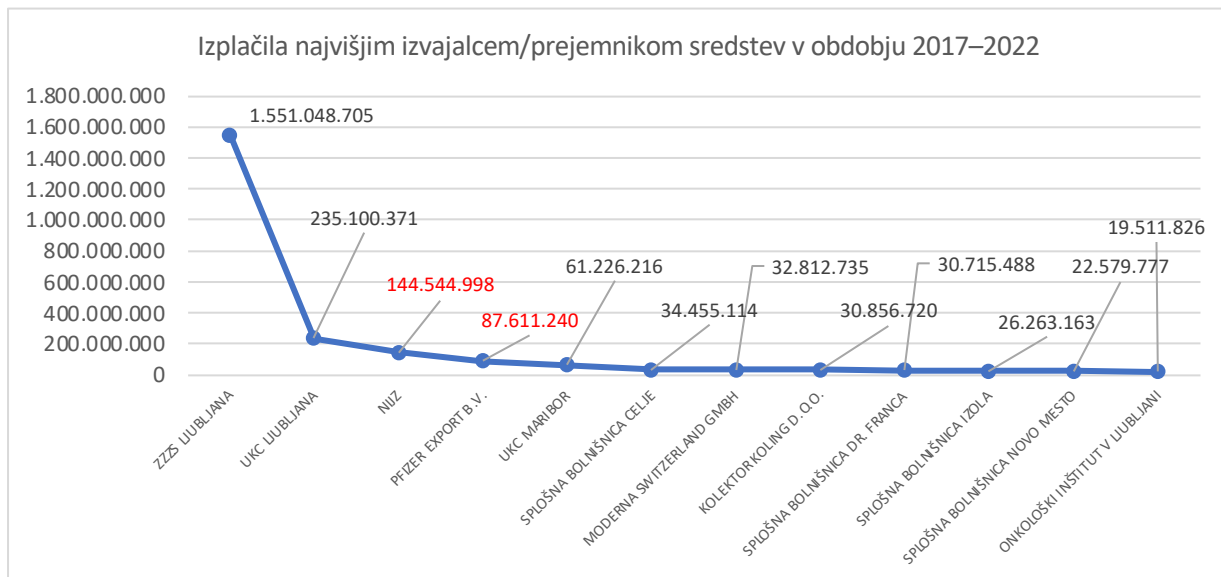
Slika 48: Izplačila iz proračuna v letu 2022 – pregled po podprogramih



Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Vpogled v podatke o višini izplačil po izvajalcih v obdobju od 2017 do 2022 kaže, da je MZ najvišja izplačila izvedlo ZZZS, UKC Ljubljana, Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ), Pfizer Export, UKC Maribor, Splošni bolnišnici Celje. Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje in Pfizer Export je bilo izplačanih več sredstev kakor UKC Maribor, ki je drugi najvišji univerzitetni klinični center v Sloveniji.

Slika 49: Izplačila najvišjim izvajalcem/prejemnikom sredstev v obdobju 2017–2022

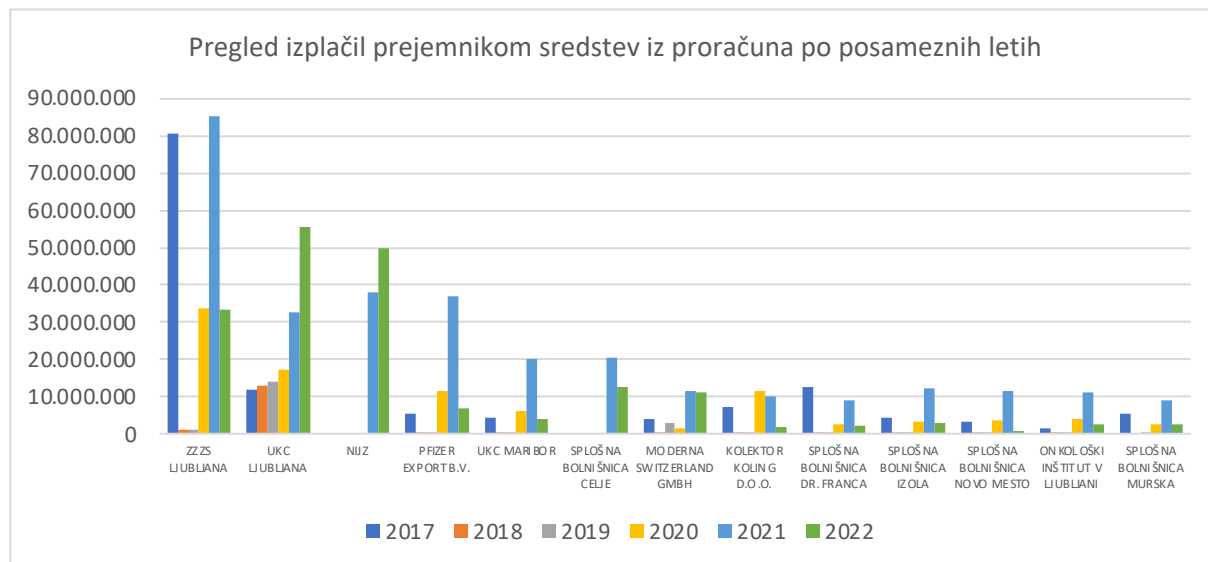


Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Slika v nadaljevanju prikazuje obdobje, ko so največji prejemniki prejeli izplačila. S slike lahko razberemo, da sta prejemnika Pfizer in Moderna prejela izplačila v obdobju 2019–2022, ko smo se v Sloveniji soočali z obvladovanjem širjenja epidemije covid-19. Hkrati je razviden občuten porast izplačil ZZZS v obdobju 2017, 2020 in 2022. Razlog je v dejstvu, da je Zakon o izvrševanju proračuna določal člen za sofinanciranje povečanih stroškov ZZZS, kar pomeni, da so bila iz proračuna izplačana sredstva za kritje stroškov ZZZS. Poleg tega je MZ izplačevalo sredstva za aktivnosti, povezane s covidom-19 (izpad zdravstvene dejavnosti – 76. člen ZIUOOPE, prispevki za ZZ – 39. člen ZIUZEOP idr.), in sredstva za podiplomsko usposabljanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Hkrati je razvidno, da je MZ UKC Ljubljana največ sredstev izplačalo v letu 2017, in sicer za zagotovitev finančne stabilnosti, pri čemer je Vlada sprejela interventni zakon, s katerim so bila javnim bolnišnicam, ki izkazujejo kumulativne presežke odhodkov nad prihodki na dan 31. 12. 2016, zagotovljena

likvidnostna sredstva v obliki enkratnega izplačila. V letu 2020 in 2021 smo UKC Ljubljana glavino sredstev namenili za izplačilo dodatkov po 71. členu ZIUZEOP oziroma 123. členu ZIUOPDVE ter dodatkov za neposredno delo s pacienti po 56. členu ZZUOOP. NIJZ je prejel sredstva za izvajanje nalog na področju javnega zdravja. Beležimo najvišjo rast ravno v obdobju epidemije, ko je imela epidemiološka služba NIJZ ključno vlogo.

Slika 50: Pregled izplačil prejemnikom sredstev iz proračuna po posameznih letih



Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

4.4 Odhodki v okviru evropske kohezijske politike

Spomočjo Evropske kohezijske politike financiramo investicije v slovensko zdravstvo, ki imajo doprinos k deinstitucionalizaciji, povišanju energetskega prihranka, investicijam za obvladovanje epidemije covid-19 (medicinsko in osebno varovalno opremo, COVID-19 oddelki, negovalne bolnišnice/oddelki) ter t.i. mehkim vsebinam, s katerimi prispevamo h krepitvi zdravja prebivalcev Republike Slovenije in preprečevanju neenakosti v zdravju. Obenem smo pilotno testirali zagotavljanje zdravstvenih in drugih storitev na področju dolgotrajne oskrbe predvsem na domu. Tovrstne dejavnosti omogočajo približevanje procesu deinstitucionalizacije in omogočajo posameznikom, da čim dlje živijo v domačem okolju, kar je želja mnogih starostnikov.

Tabela v nadaljevanju prikazuje stanje realizacije sredstev na dan 8. 1. 2023.

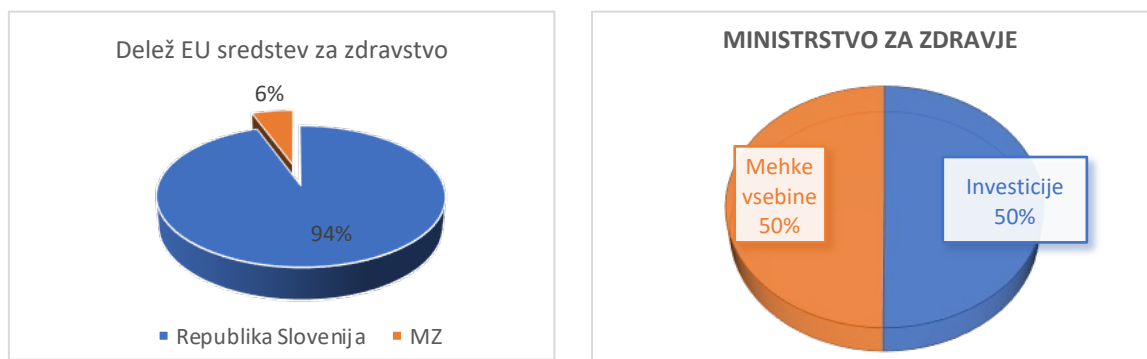
Tabela 10: Stanje realizacije in skupne vrednosti projektov, financiranih s podporo evropske kohezijske politike, 2014–2020

Tipi projektov	Skupna vrednost projektov	% realizacije	Število projektov
Investicije - energetska sanacija	33.932.358	14%	8
Investicije - dograditev, rekonstrukcija, obnova	50.214.442	32%	59
Digitalizacija	5.158.373	53%	2
Mehke vsebine	59.461.663	84%	57
Investicije - nakup opreme	43.035.000	99%	1
SKUPAJ	191.801.836	61%	127

Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Republika Slovenija je imela na voljo 3,2 milijarde EUR, od tega je bilo MZ dodeljenih 117,31 mio EUR, kar predstavlja 6-odstotni delež kohezijskih sredstev. Na MZ je bil 50-odstotni delež sredstev namenjen investicijam.

Slika 51: Delež kohezijskih sredstev v finančnem načrtu Ministrstva za zdravje in delež razdelitve sredstev med mehke vsebine in investicijami

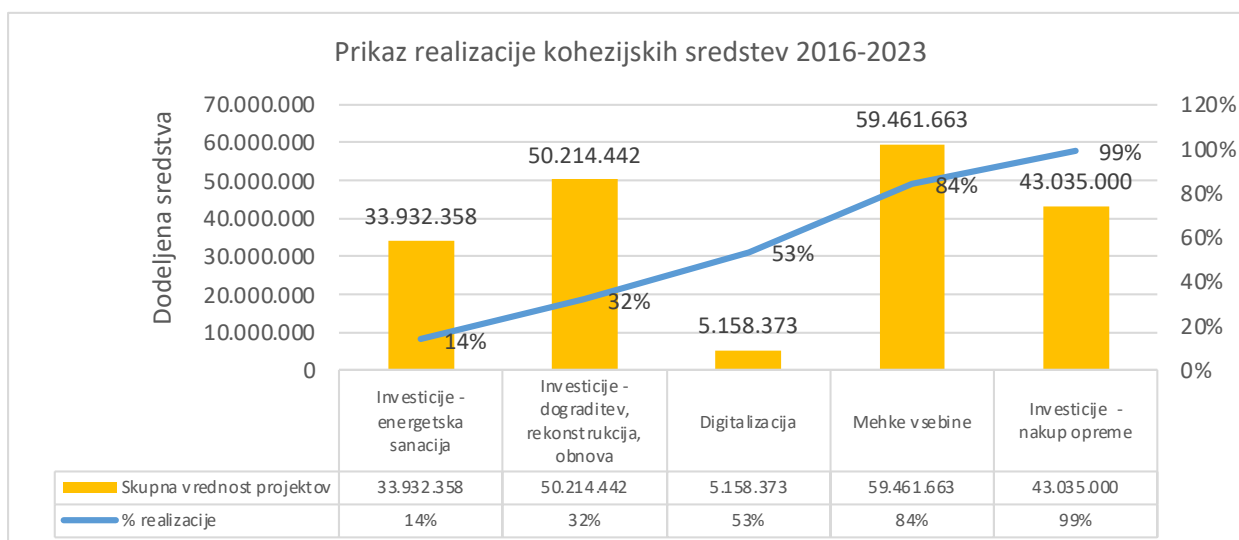


Vir: Mferac, podatki na dan 10. 1. 2023

Po pregledu stanja realizacije evropskih kohezijskih sredstev pridemo do ugotovitve, da je najnižja realizacija na področju investicijskih vlaganj v objekte, torej na področju energetskih sanacij, dograditev, rekonstrukcij, obnov. Vzrok za to gre iskati v dejstvu, da je na slovenskem (in globalnem) trgu gradbeništva opažen trend naraščanja cen kot posledice pomanjkanja osnovnih gradbenih materialov, proizvodov in surovin. Hkrati so zaloge, ki jih imajo gradbeni veletrgovci v svojih skladiščih, ob minimalno moteni gradbeni dejavnosti hitro pošle, novih pa zaradi delno zaustavljene globalne proizvodnje materialov in surovin po svetu, ni. Iz navedenega razloga so opazni veliki zamiki časovnih izvedb investicijskih projektov in hkrati se v okviru postopkov javnih naročil pogosto dogaja, da oddane ponudbe presegajo razpoložljiva sredstva, zato je ministrstvo primorano ponavljati postopke javnih naročil, kar dodatno vpliva na časovni okvir izvedbe projektov.

Navedeno ilustrativno prikazuje tudi slika v nadaljevanju, s katere je razvidna najnižja realizacija sredstev na področju investicij, ki znaša 14 % na področju energetskih sanacij in 32 % na področju dograditev, rekonstrukcij in obnov.

Slika 52: Prikaz realizacije kohezijskih sredstev 2016–2023



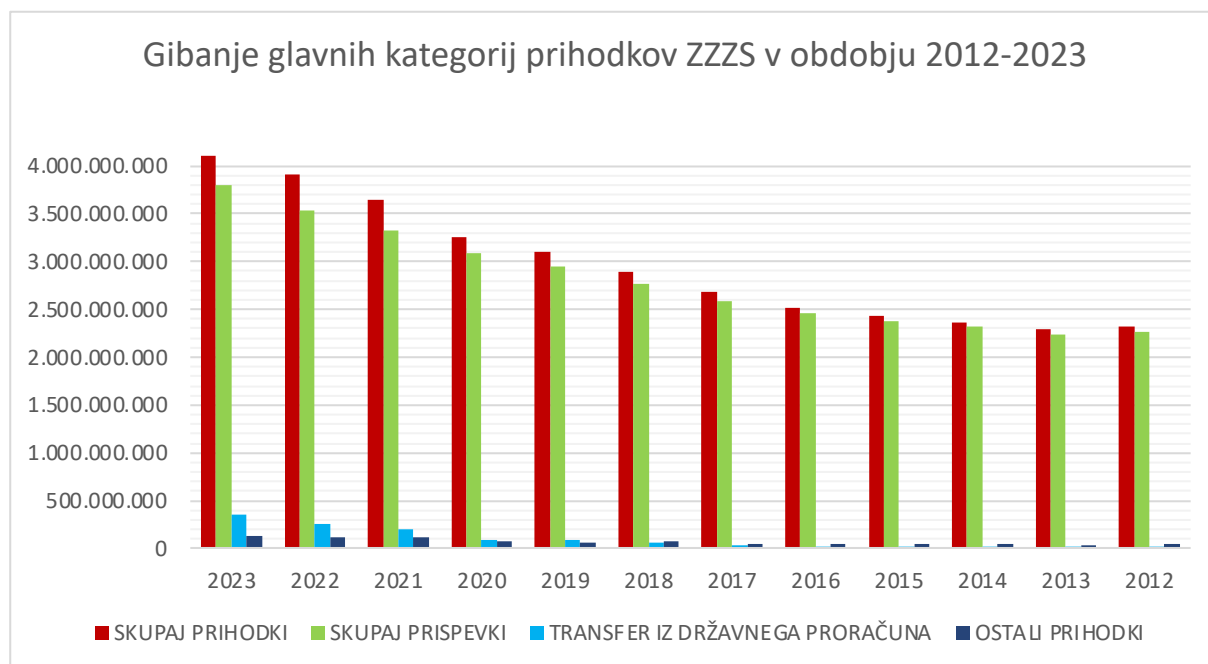
Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Na dan 8. 1. 2023 imamo na MZ 82-% realizacijo na področju mehkih vsebin in 50-% realizacijo na področju investicij. Ne glede na težave na trgu gradbeništva, predhodno pojasnjene, si ministrstvo prizadeva, da vse investicije pravočasno, hitro, učinkovito in kakovostno izvede.

4.5 Gibanje prihodkov ZZS v obdobju 2012 - 2023

Prihodki ZZS so v letu 2023 načrtovani v višini 4.268 milijonov evrov, kar je za 82 % oziroma 1.927 milijonov več kot v letu 2012. Glavnino prihodkov predstavljajo prihodki od prispevkov, ki so v letu 2012 predstavljali 98 % vseh prihodkov, v letu 2023 pa 89 % prihodkov. V obdobju od leta 2017 so se namreč začela povečevati transferna sredstva iz državnega proračuna zaradi postopnega prenosa financiranja pripravnikov, specializantov in sekundariata v državni proračun, od leta 2020 pa še zaradi obvladovanja epidemije covid-19.

Slika 53: Gibanje glavnih kategorij prihodkov ZZS v obdobju 2012–2023



Vir: Letna poročila ZZS, Rebalans finančnega načrta ZZS za leto 2022, Finančni načrt ZZS za leto 2023

4.6 Gibanje odhodkov ZZS v obdobju 2012 - 2023

Odhodki ZZS so v letu 2022 znašali 4.061 milijonov evrov. Glavnina odhodkov iz finančnega načrta ZZS se nanaša na zdravstvene storitve, zdravila, cepiva in medicinske pripomočke.

Slika 54: Plan odhodkov 2022

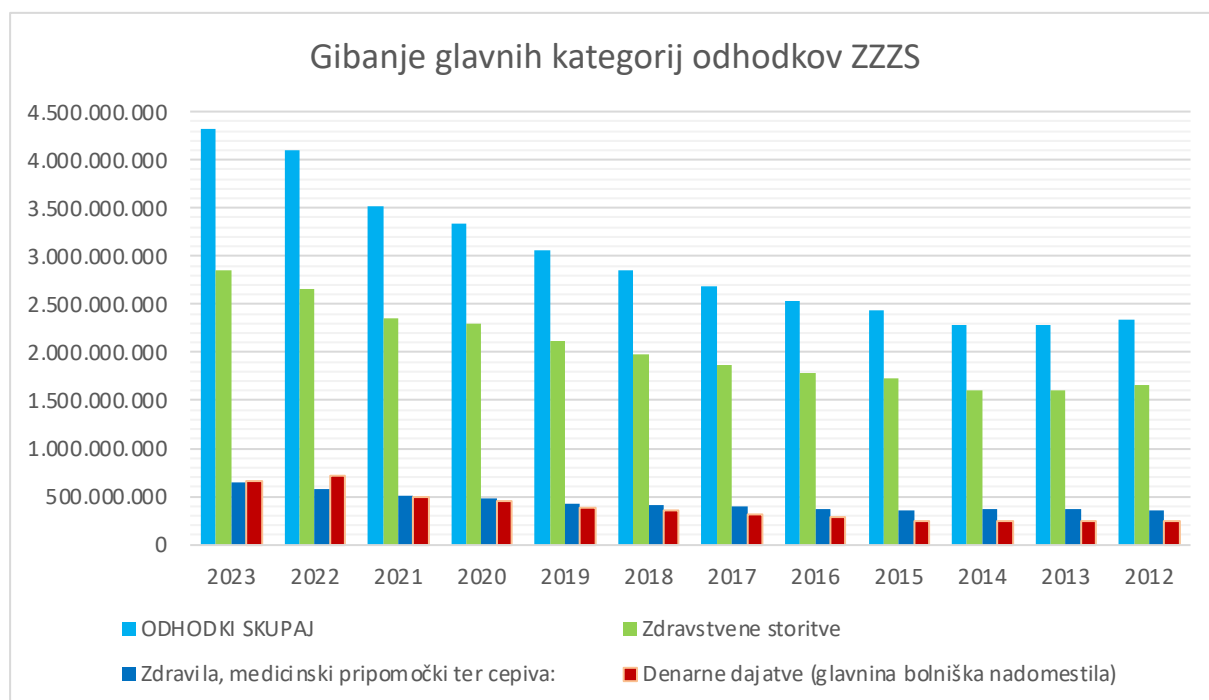


Vir: Mferac, podatki na dan 8. 1. 2023

Odhodki ZZSZ so v letu 2023 načrtovani v višini 4.325 milijonov evrov. Največji delež v celotnih odhodkih predstavljajo odhodki za zdravstvene storitve, temu sledijo denarne dajatve, pri čemer je bila večina namenjena izplačilu bolniških nadomestil in velik delež odhodkov ZZSZ nameni zdravilom, medicinskim pripomočkom ter cepivom.

Odhodki ZZSZ so v letu 2023 načrtovani v višini 4.325 milijonov evrov, kar je za 85 % oziroma skoraj 2.000 milijonov več kot v letu 2012.

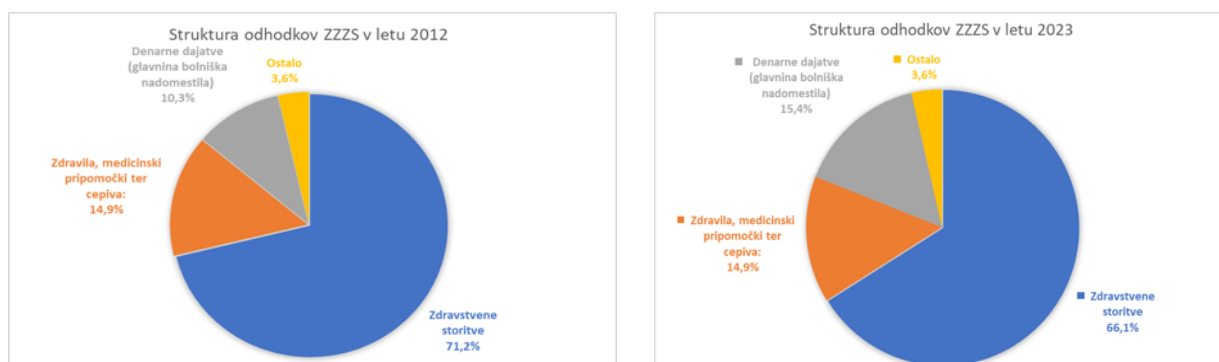
Slika 55: Gibanje glavnih kategorij odhodkov ZZSZ



Vir: Letna poročila ZZSZ, Rebalans finančnega načrta ZZSZ za leto 2022, Finančni načrt ZZSZ za leto 2023

Največji delež v celotnih odhodkih predstavljajo odhodki za zdravstvene storitve, ki so se od leta 2012 povečali za 72 % oziroma za 1.200 milijonov evrov. Ta delež se je v opazovanem obdobju zmanjšal z 71,2 % na 62,1 %, predvsem na račun naraščanja denarnih dajatev, katerih delež je narasel z 10,3 na 15,4 % vseh odhodkov.

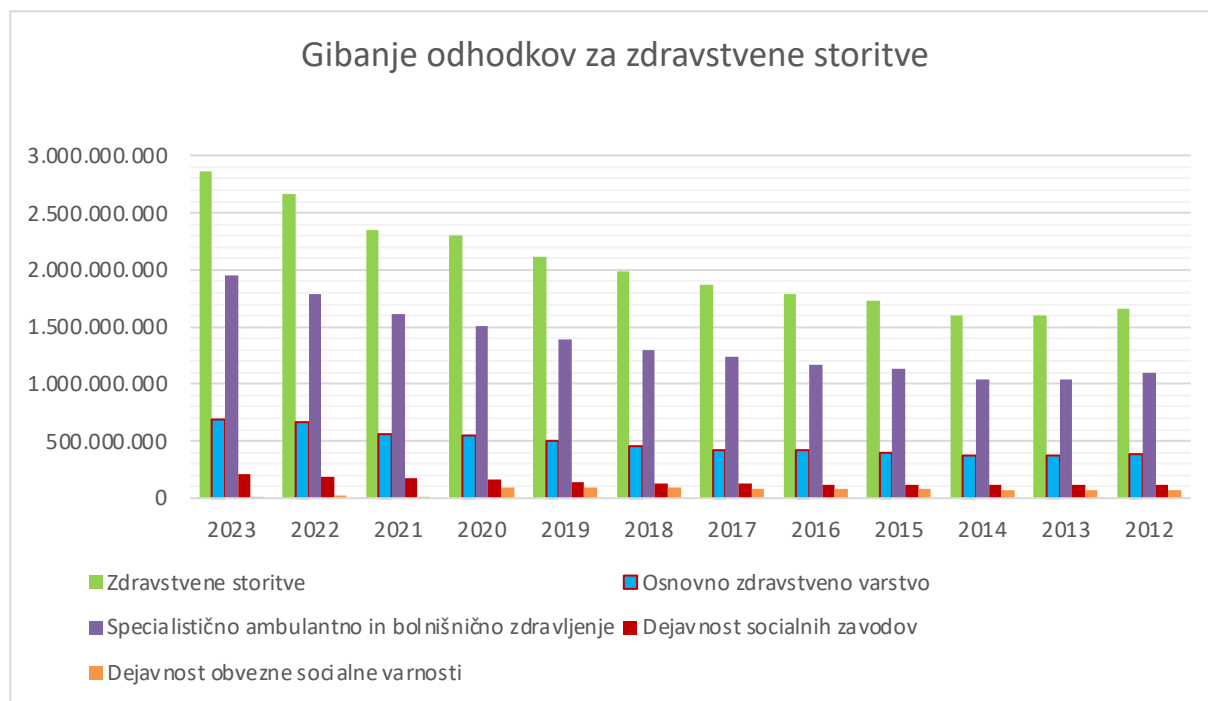
Slika 56: Struktura odhodkov ZZSZ



Vir: Letno poročilo ZZSZ za leto 2012 in Finančni načrt ZZSZ za leto 2023

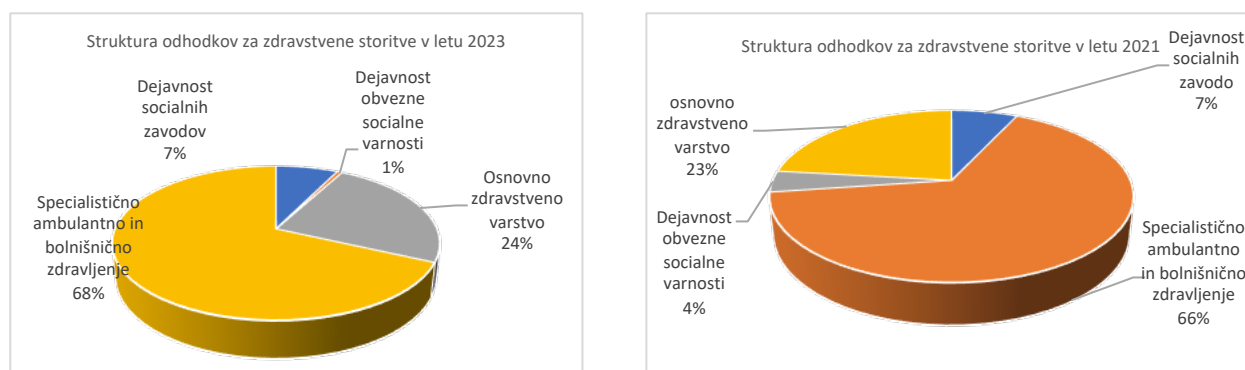
Odhodki za zdravstvene storitve vključujejo sredstva za zdravstvene storitve in programe za osnovno zdravstveno varstvo, specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, dejavnost socialnih zavodov ter dejavnost obvezne socialne varnosti in transferje neprofitem organizacijam. V obdobju od leta 2012 so ti odhodki narasli za 72 % oziroma za 1.200 milijonov evrov, pri čemer največji del predstavljajo odhodki za zdravstvene storitve na sekundarni in terciarni ravni, torej odhodki za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, ki v letu 2023 predstavljajo 68,2 % vseh zdravstvenih storitev. Struktura teh odhodkov se v opazovanem obdobju ni bistveno spremenila.

Slika 57: Gibanje odhodkov za zdravstvene storitve



Vir: Letna poročila ZZS, Rebalans finančnega načrta ZZS za leto 2022, Finančni načrt ZZS za leto 2023

Slika 58: Struktura odhodkov za zdravstvene storitve

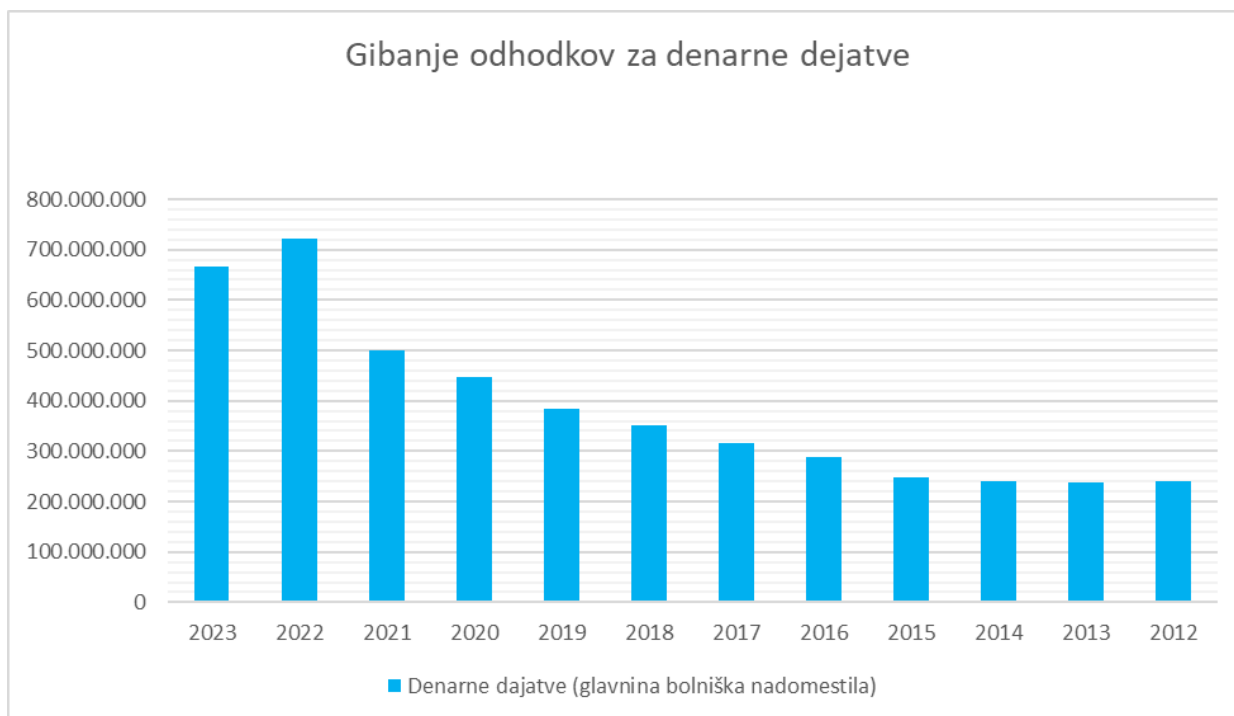


Vir: Letno poročilo ZZS za leto 2021 in Finančni načrt ZZS za leto 2023

Denarne dajatve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vključujejo nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, potne stroške ter dnevnice, do katerih so upravičene zavarovane osebe v skladu z ZZVZZ in Pravili OZZ. Največji delež (99,6 %) v denarnih povračilih predstavljajo nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela. Sredstva za denarne dajatve se povečujejo za 177 % oziroma za 426 milijonov evrov. Naraščanje teh odhodkov je bilo prisotno skozi vse obdobje, najbolj pa so se povečali v letih 2020, 2021 in 2022. Rast je posledica rasti števila zaposlenih, rasti povprečne plače, podaljševanju delovne dobe in s tem staranja ter posledično večjo obolevnostjo aktivnega prebivalstva, dolgotrajnejšimi postopki diagnostike in zdravljenja ter drugimi spremenjenimi delovnimi, socialnimi, ekonomskimi in drugimi dejavniki.

Od leta 2020 je rast teh odhodkov zaznamovala epidemija covid-19, zaradi katere je bilo v letu 2021 izgubljenih več kot 1,3 milijona delovnih dni (ZZZS je izplačal nadomestilo plače iz razloga izolacija v letu 2021 v višini 115 milijonov evrov), za leto 2022 so ti odhodki ocenjeni na 185 milijonov evrov, v letu 2023 pa v višini 25 milijonov evrov. Zaradi sistemske spremembe, ki skrajšuje število dni nadomestila bolezni v breme delodajalca s 30 na 20 dni, je bilo ocenjeno, da se bodo v letu 2023 ti odhodki povečali za 55 milijonov evrov.

Slika 59: Gibanje odhodkov za denarne terjatve



Vir: Letna poročila ZZZS, Rebalans finančnega načrta ZZZS za leto 2022, Finančni načrt ZZZS za leto 2023

Odhodki za zdravila, medicinske pripomočke in zdravila

V obdobju od leta 2012 so ti odhodki narasli za 85 % oziroma 295 milijonov evrov. Največji delež (80,9 %) teh odhodkov predstavljajo odhodki za zdravila. Glavni razlog za rast teh odhodkov je povečana poraba že uvedenih zdravil in razvrščanje novih dragih bioloških zdravil, ki prispevajo k večjemu preživetju bolnikov, daljši življenjski dobi, izboljšanju kakovosti življenja ali ozdravitvi bolnikov. Sredstva za medicinske pripomočke naraščajo zaradi povečanja števila zavarovanih oseb, ki so upravičene do medicinskih pripomočkov, ter širitev pravic na podlagi sprememb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Slika 60: Gibanje odhodkov za zdravila, medicinske pripomočke in cepiva



Vir: Letna poročila ZZSZ, Rebalans finančnega načrta ZZSZ za leto 2022, Finančni načrt ZZSZ za leto 2023

Najvišje odhodke za zdravstvo ZZSZ beleži na področju zdravstvenih storitev (2,66 mrd EUR), absentizma (498 mio EUR), zdravil (582 mio EUR) in medicinskih pripomočkov.

Zavarovanci imajo pravico do nadomestila plače za čas zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodb iz sredstev OZZ na podlagi ZZVZZ od 21. delovnega dne dalje.

Po podatkih NIJZ je bilo zaradi začasne nezmožnosti za delo v Sloveniji v letu 2021 izgubljenih skupaj 14.184.358 dni, kar predstavlja dvig za 15,2 % glede na leto prej, ko je bilo izgubljenih 12.312.544 dni. Pri tem je treba ugotoviti, da se nadaljuje trend iz leta 2020, ko se tako razmerje bremen med delodajalci in ZZSZ kot razlogi za odsotnosti spreminjajo.

V letu 2021 se je skupni odstotek bolniškega staleža dvignil na 5,1 % (v 2020: 4,5 %). Pri tem se je zlasti povečal delež absentizma v breme ZZSZ (z 2,6 % na 3,0 %), in sicer za več kot 1,3 milijona izgubljenih delovnih dni. V breme delodajalcev je ta dvig znašal 0,5 milijona izgubljenih delovnih dni, tako da je znašal delež v breme delodajalcev 2,1 % v primerjavi z 1,9 % v letu 2020. Če je bil še pred leti skupni odstotek bolniškega staleža v Sloveniji v povprečju nekje med državami EU s stopnjo absentizma med 3,5 % in 5 %, smo se v zadnjem obdobju pomaknili med države z največ izgubljenimi delovnimi dnevi na zaposlenega. EU povprečje je po zadnjih podatkih OECD 11,9 dneva na zaposlenega, Slovenija ima povprečje 13,5 izgubljenega delovnega dneva na zaposlenega, kar je primerljivo z Latvijo, Belgijo in Slovaško. Slovenska zakonodaja je glede ureditve pravice do nadomestila za začasno zadržanost od dela med opazovanimi državami najbolj prijazna – še zlasti pri višini, pri kateri ne obstaja administrativna meja, ampak je uzakonjen samo t. i. »zgornji limit« nadomestila v višini plače, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi bil zdrav in bi delal.

V Sloveniji je torej področje **absentizma** eno od področij, ki mu bo treba nameniti posebno pozornost.

Po veljavni zakonodaji zavarovancu pripada nadomestilo plače za delovne dni oziroma delovne ure, ko je upravičeno zadržan od dela. V letu 2021 je bilo v breme sredstev OZZ izplačano skoraj 500 mio EUR, kar predstavlja 1,3 mio izgubljenih delovnih dni, v letu 2022 pa že več kot 700 mio EUR. Del tega zneska sicer odpade na izolacije zaradi nalezljive bolezni covid-19, vendar je kljub temu podatek alarmanten.

Tabela 11: Pravica do nadomestila plače v Sloveniji po veljavni zakonodaji

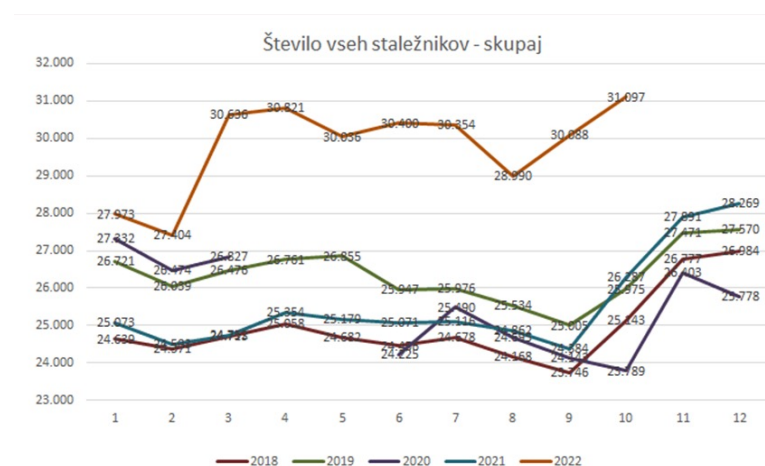
Višina	Povprečna mesečna plača v preteklem letu. Zg. meja: ne more biti višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal
Delež Breme	Breme delodajalca – 20 delovnih dni (70-100 %). Nadaljnje - breme OZZ: -po 90 dneh ↑ 10% nadomestila
Trajanje	Neomejeno (do 1 meseca po prekinitvi delovnega razmerja) Poškodba pri delu – do povrnitve delazmožnosti kljub prekinitvi delovnega razmerja.
Vstop v pravico	Vsaka oseba, ki ima status zavarovane osebe po 15. členu ZZVZZ in izpolnjuje podlago zavarovanja za pridobitev pravice do nadomestila plače: - Brez karenčnega obdobja.

Letno se obravnava več kot 300.000 predlogov izbranih osebnih zdravnikov za bolniški stalež. Povečuje se število oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu, pri čemer je oseba z najdaljšim trajanjem bolniškega staleža v staležu že 12 let. Povprečno 6 zavarovanih oseb prejema nadomestilo v višini nad 10.000 EUR mesečno, najvišje nadomestilo pa znaša 22.500 EUR mesečno.

Tabela 12: Osebe v dolgotrajnem bolniškem staležu

	2015	2022
št. vseh zavarovanih oseb (ZO) v bolniškem staležu v breme OZZ	16.500	30.087
št. ZO nad 1 letom	4.200	8.500
št. ZO nad 3 leti	390	1.500
št. ZO nad 5 leti	35	365
izdatki za nadomestila plače	220 mio	720 mio
Stopnja brezposelnosti (v %)	4 %	7,1 %

Slika 61: Število staležnikov za leta 2018–2022 po mesecih



Vir: ZZVS

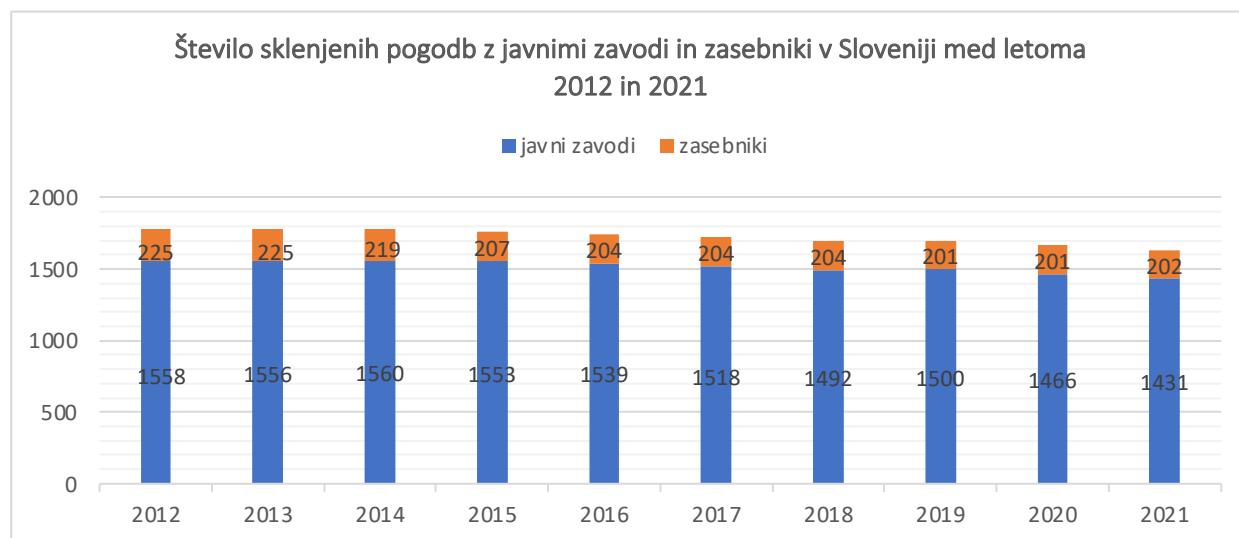
V letu 2021 je bilo za nadomestila izplačano **497.703.784 evrov** (444.266.915 evrov v letu 2020), kar znaša 12-odstotno rast glede na leto 2020. Največji vpliv na rast v letu 2021 je imela odsotnost z dela zaradi okužb s covidom-19, ki gre od prvega dne dalje v breme OZZ. Tako je bilo po podatkih NIJZ v letu 2021 zaradi razloga izolacija izgubljenih več kot 1,3 milijona delovnih dni, kar zneso ob povprečnem strošku za izgubljeni delovni dan iz naslova izolacije (81,76 evra) 113 milijonov evrov izdatkov samo za razlog izolacija. Pri tem je treba poudariti, da se del okužb med otroki in mladostniki skriva tudi v razlogu nega. V letu 2021 je ponovno občutno porasla tudi osnova za izplačilo nadomestila plače, in sicer za 4,5 % (na že tako zvišano osnovo iz leta 2019 na leto 2020 v višini 7,1 %). Če upoštevamo zelo visoko zaposlenost, stalno spreminjanje strukture aktivnega prebivalstva (zaradi daljše upokojitvene starosti) ter sistemske odsotnosti omejitve trajanja staleža (po svoji definiciji je začasna nezmožnost za delo) in tudi po oceni ZZZS ne najbolj učinkovit postopek odločanja o trajni nezmožnosti za delo (ZPIZ), se stalni rasti izdatkov za nadomestila ne moremo izogniti.

Nadalje je iz letnih poročil ZZZS tudi razvidno, da gre razvoj v smeri ambulantnega zdravljenja z vse več in dražjimi zdravili, izdatki za zdravila pa so se povečali predvsem zaradi uvajanja novih zdravil in širše uporabe že razvrščenih zdravil na več kliničnih področjih, predvsem v onkologiji, hematologiji, revmatologiji in pri nevroloških boleznih. Nadalje pa so glede na finančne podatke, ki zajemajo plačila ZZZS lekarnam v letu 2021 in izjemna povračila zavarovanim osebam, znašali odhodki OZZ za zdravila in živila **582.554.213 evrov**, kar je 12 % odhodkov ZZZS. Odhodki za zdravila so se glede na leto pred tem povečali za 6,3 % in so bili 5,1 % nad finančnim načrtom.

5. Izvajanje zdravstvenih storitev

Po sprejemu Splošnega dogovora je ZZZS objavil razpis programov zdravstvenih storitev, ki je bil namenjen novim izvajalcem in izvajalcem, ki so sicer že imeli sklenjeno pogodbo z ZZZS, na razpis pa so se prijavili za izvajanje programa, ki ga doslej v pogodbi z ZZZS niso imeli dogovorjenega oziroma je bil dogovorjen v manjšem obsegu, in niso bili poimensko navedeni v Dogovoru za širitev programa. Tudi v letu 2021 je ZZZS z razpisom postopno oddajal programe dodatnih timov družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja ter fizioterapije, in sicer v skladu z dejanskimi zaposlitvami nosilcev tima pri izvajalcih. V letu 2021 je ZZZS sklenil pogodbo s 1.633 izvajalci, od tega 202 z javnimi zavodi in 1.431 z zasebnimi izvajalci. Število pogodbenih partnerjev se je v primerjavi s letom 2020 zmanjšalo za 34. ZZZS ugotavlja, da je znižanje števila pogodbenih partnerjev posledica prenehanja izvajanja dejavnosti koncesionarjev.

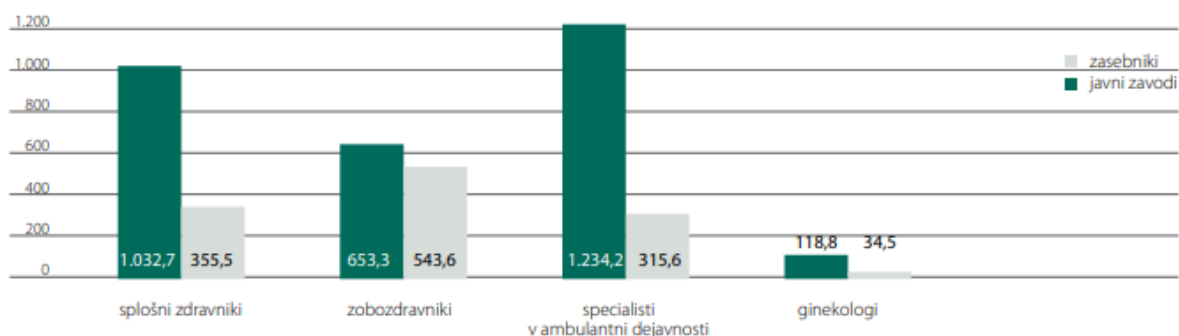
Slika 62: Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki v Sloveniji med letoma 2012 in 2021



Vir: ZZZS

Število zdravnikov, ki jih ZZZS plačuje v javnih zavodih, v primerjavi s številom zdravnikov zasebnikov s koncesijo, je razvidno s spodnje slike.

Slika 63: Število zdravnikov, plačanih s strani ZZS



Vir: letno poročilo 2021, ZZS

V nadaljevanju so prikazani podatki o izvajanju zdravstvenih programov za obdobja 1–12 v letih 2019, 2020, 2021 ter ocena izvajanja programov v obdobju 1–12 2022. Primerjava podatkov za meseca november in december za leta 2019, 2020 in 2021 ter za mesec november za leto 2022 je prikazana v prilogi poročila.

5.1. Primarna dejavnost

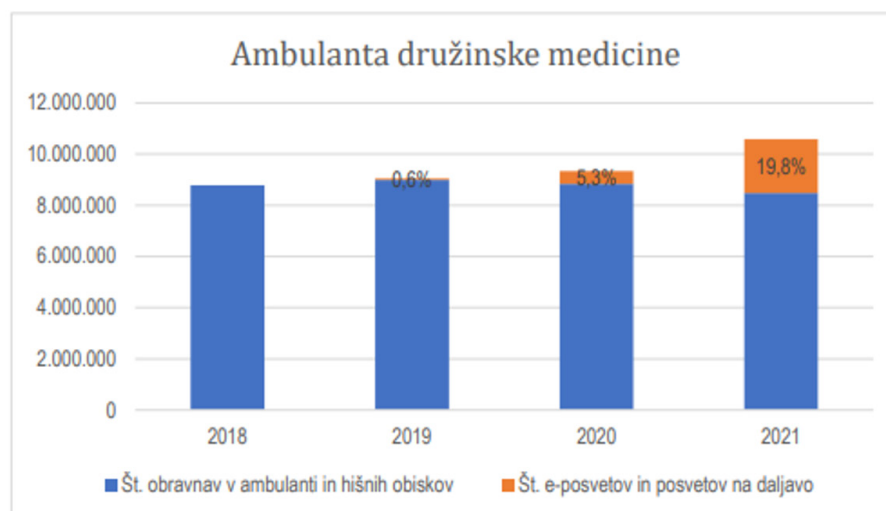
Epidemija covid-19 je vplivala na fizično dostopnost bolnikov do zdravstvenih storitev na primarni ravni, kar se izkazuje v trendu spremenjenega načina organiziranja in delovanja ambulant družinske/splošne medicine z uveljavitvijo povečanega števila e-posvetov in posvetov na daljavo. Število le-teh se je v letu 2021 v primerjavi z letom 2020, ko je bilo teh storitev 491.528, povečalo za 400 %, in sicer na 2.095.743, v letu 2019 pa je bilo tovrstnih storitev le 54.891. Novi način organiziranja dela je mogoče pripisati varnostnim ukrepom, določenim za preprečevanje širjenja bolezni SARS-CoV-2, saj je bil dostop do zdravnika omejen, ter tudi novemu načinu beleženja obračunanih storitev, ki jih je uvedel ZZS v sodelovanju z razširjenimi strokovnimi kolegiji v letu 2020. Pred epidemijo izvajalci na primarni ravni večine posvetov na daljavo niso beležili, saj za to storitev ni bilo zagotovljenega ustreznega plačila. S spremembo plačevanja storitev na daljavo se je beleženje teh storitev bistveno povečalo. Poleg tega se je med epidemijo bistveno izboljšala dostopnost izvidov kliničnih specialistov v Centralnem registru podatkov o pacientu, vzpostavljenem v okviru eZdravja. Zaradi tega bolnikom ni več treba fizično prinašati izvidov v ambulantno, saj so zdravniku dostopni v elektronski obliki. V času epidemije se je na primarni ravni tudi uredil sistem naročanja, saj uporabniki storitev niso več mogli nenaročeni zahajati v prostore zdravstvenih izvajalcev, ampak so morali z njimi najprej kontaktirati po telefonu ali elektronski komunikaciji. Poleg tega je vse naročanje na brise, odpiranje izolacij in urejanje bolniških staležev (omogočen je bil e-Bolniški list) ter svetovanje ob prebolevanju okužbe covid-19, pa tudi posvetovanje pred cepljenjem in svetovanje ob morebitnih blažjih neželenih učinkih cepljenja potekalo na daljavo, kar je v absolutnih in relativnih številkah pomenilo zelo visoke številke telefonskih pogovorov ali elektronske komunikacije. Vse to je poleg omejitev zaradi epidemije prispevalo k temu, da se je evidentirani delež obravnav na daljavo povečal. Število opravljenih zdravstvenih storitev v ambulantah splošne/družinske medicine (kamor sodijo prvi kurativni pregled, ponovni kurativni pregled, preventivni pregled, hišni obisk, kratki obisk) se je v letu 2020 v primerjavi z letom 2019 znižalo za 1,6 %, v letu 2021 pa za 5,6 %. Največja odstopanja so pri preventivnih pregledih odraslih, ki se jih je v letu 2021 opravilo za 60 % manj kot v letu 2018 in za 39 % manj kot v letu 2019. Navedeno je posledica predpisov, ki so omejili opravljanje preventivnih zdravstvenih storitev, in prerazporejanje kadra na druga delovišča, povezana z ukrepi za preprečevanje širjenja bolezni SARS-CoV-2 (npr. na cepilna mesta in testiranja s HAG testi). Poleg manj izvedenih preventivnih pregledov za odrasle je zmanjšano število obravnav tudi posledica tega, da so nekatere ambulate splošne/družinske medicine pridobile ambulate družinske medicine, v okviru katerih so začele obravnavo in ločeno evidentiranje preventive za odrasle.

Podoben trend se izkazuje tudi pri obravnavah mlajše populacije v okviru zdravstvenega varstva predšolskih otrok in zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine. Število opravljenih obravnav v ambulantni in hišni obravnavi se je v primerjavi z letom 2019, ko je bilo teh obravnav 2.008.836, v letu 2020 znižalo na 1.605.683, oziroma za 20 %. V letu 2021 je bilo teh obravnav 1.613.541 oziroma se je vrednost obravnav zvišala le za 0,4 % v primerjavi z letom 2020. Tudi v okviru zdravstvenega varstva predšolskih otrok in zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine se je povečalo število izvedenih storitev na daljavo. V letu 2021 je bilo tovrstnih storitev 598.263, kar je za 7,7-krat več kot v letu 2020, ko je bilo tovrstnih storitev le 77.592.

Tudi v pediatričnih ambulantah na primarni ravni je novi način obračunavanja storitev na daljavo imel za posledico, da so se te obravnave v večji meri začele beležiti kot storitev. Pri znižanju števila obravnav otrok in mladine je treba poudariti tudi, da se je zaradi protikoronskih ukrepov (lockdown, zaščitne maske, razkuževanje rok, medosebna razdalja ...) dejansko močno znižalo število infekcijskih obolenj, ki predstavljajo glavno breme kurative v tej populaciji, zato so se potrebe po kurativnih obravnavah otrok dejansko znižale. Covid-19 je pri otrocih in mladih v veliki meri potekal v blagi obliki in v večjem delu ni zahteval zdravniške obravnave. Zato je naročanje na brise, svetovanje glede lajšanja simptomov ter urejanje starševske nege prek e-bolniškega lista potekalo večinoma po telefonu ali prek elektronske komunikacije. To se je odražalo v velikem porastu evidentiranih obravnav na daljavo.

Slike v nadaljevanju prikazujejo število obiskov splošne ambulante, šolskega in otroškega dispanzerja ter dispanzerja za ženske. S slik je razvidna visoka rast posveta na daljavo in hitrih obiskov, predvsem po letu 2020, v času epidemije covid-19.

Slika 64: Število obiskov v splošni ambulanti



Številke v grafu prikazujejo delež posvetov na daljavo glede na vse obravnave.

Vir: ZZS

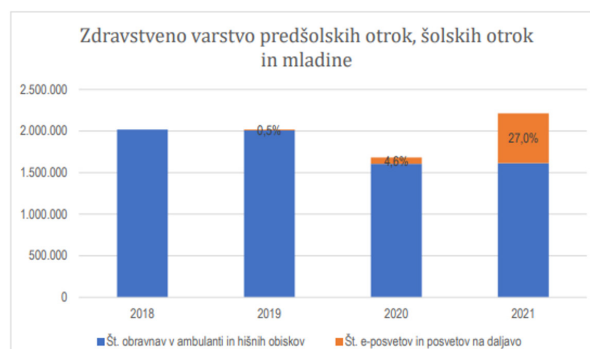
Slika 65: Število obiskov v dispanzerjih za ženske



Številke v grafu prikazujejo delež posvetov na daljavo glede na vse obravnave v posameznih letih

Vir: ZZS

Slika 66: Število obiskov v otroških in šolskih dispanzerjih



Številke v grafu prikazujejo delež posvetov na daljavo glede na vse obravnave.
Vir: ZZS

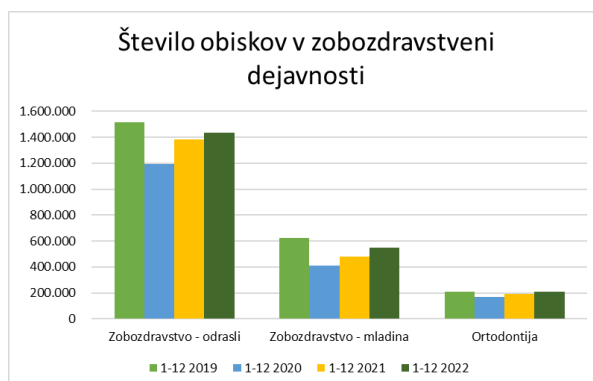
Slika 67: Število obiskov v dejavnosti fizioterapije



Slika 68: Število obiskov v patronaži in negi na domu



Slika 69: Število obiskov v zobozdravstveni dejavnosti



Vir: ZZS

Iz podatkov je razvidno, da je bilo glede na oceno v obdobju 1–12 2022 v primerjavi z obdobjem 1–12 2019 v vseh treh dejavnostih opravljeno manj prvih in ponovnih kurativnih pregledov, bistveno pa se je povečal obseg posvetov na daljavo. Pri tem opozarjamo, da se je ločeno evidentiranje storitev na daljavo uvedlo šele ob koncu leta 2020, zato primerjave z leti 2019 in 2020 ne odražajo dejanskega stanja.

V splošnih ambulantah je bil program do leta 2021 plačan v višini planiranega obsega, že če je izvajalec realiziral minimalno število storitev na tim, kar je bilo določeno v Splošnem dogovoru. Zaradi navedenega razloga izvajalci niso evidentirali vseh opravljenih storitev, zato je porast števila kratkih obiskov mogoče delno pripisati tudi temu razlogu. V letu 2022 so storitve v splošni ambulanti plačane po realizaciji, zato izvajalci dosledno beležijo vse opravljene storitve. V otroškem in šolskem dispanzerju in dispanzerju za ženske je v Splošnem dogovoru še vedno določen minimalni obseg opravljenih storitev, z realizacijo katerega si izvajalci zagotovijo planiran obseg sredstev.

V dejavnosti fizioterapije je bilo glede na oceno v obdobju 1–12 2022 opravljeno za 3,8 % več obiskov kot v enakem obdobju leta 2019 ter za 7,9 % več kot v enakem obdobju v letu 2021.

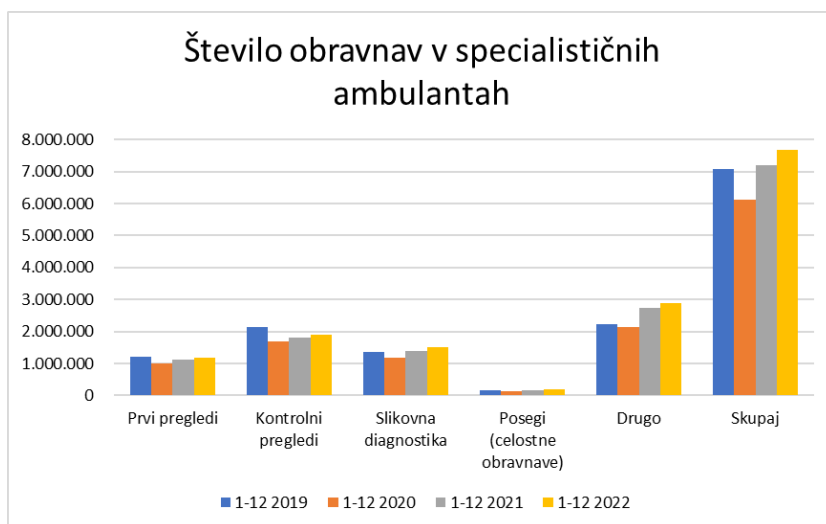
V patronažni dejavnosti je bila glede na oceno realizacije v obdobju 1–12 2022 v primerjavi z letom 2019 opažena sprememba števila obiskov med javnimi in zasebnimi zavodi. Število obiskov se je v letih 2021 in 2022 povečalo pri javnih zdravstvenih zavodih, medtem ko se je število obiskov s strani zasebnih izvajalcev s koncesijo znižalo za 5,9 % glede na leto 2019 oziroma za 2 % glede na leto 2020.

Iz podatkov o oceni realizacije v obdobju 1–12 2022 izhaja, da je bilo v vseh treh dejavnostih realizirano manj obiskov kot v enakem obdobju v letu 2019 ter več obiskov kot v enakem obdobju v letih 2020 in 2021.

5.2. Specialistična zunajbolnišnična dejavnost

V primerjavi z letom 2019 je bilo glede na oceno v letu 2022 izvedeno manj prvih in kontrolnih pregledov v specialističnih zunajbolnišničnih dejavnostih, še vedno pa naraščata obseg slikovne diagnostike ter obseg celostnih obravnav. Narašča tudi postavka »drugo«, v katero so vključene dialize, radioterapevtske storitve, funkcionalna diagnostika, ki je bila izvedena samostojno, brez izvedbe pregleda, storitve molekularne genetike ipd.

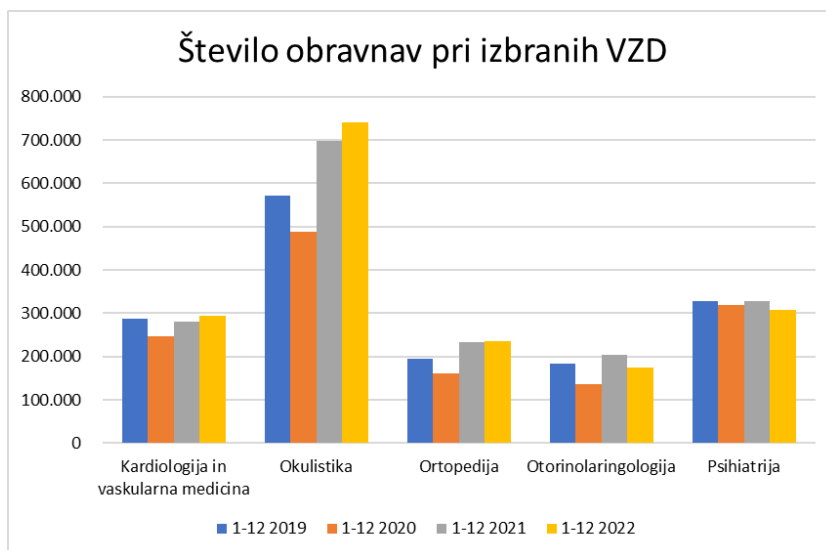
Slika 70: Število obravnav v specialističnih ambulantah



Vir: ZZS

Kardiologija in vaskularna medicina, okulistika, ortopedija, otorinolaringologija so specialistične ambulantne dejavnosti z največjim številom obravnav. V kardiologiji in vaskularni medicini, okulistiki ter ortopediji je število obravnav glede na oceno v obdobju 1–12 2022 večje kot v enakem obdobju v predhodnih opazovanih letih, medtem ko je na področju otorinolaringologije in psihiatrije število obravnav nižje tako v primerjavi z letom 2019 kot tudi v primerjavi z letom 2021.

Slika 71: Število obravnav pri izbranih VZD

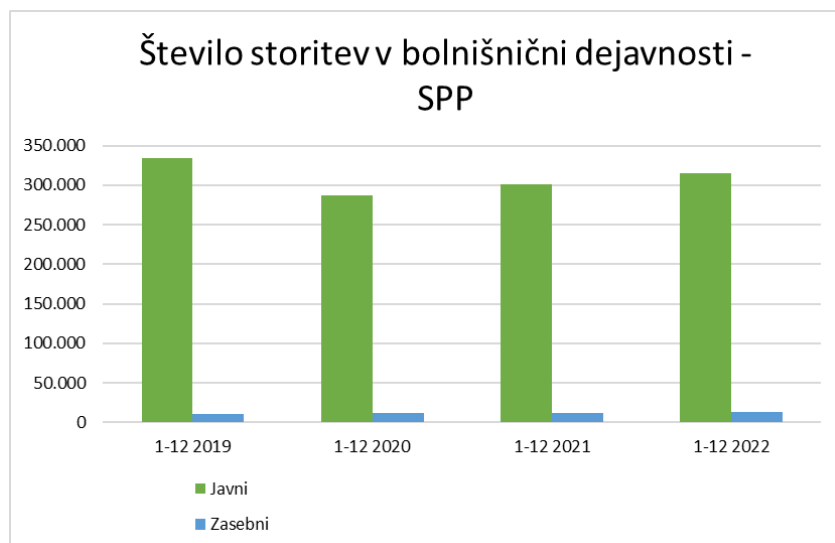


Vir: ZZS

5.3. Specialistična bolnišnična dejavnost

V akutni bolnišnični dejavnosti – SPP je bilo glede na oceno v obdobju 1–12 2022 izvedeno manj storitev kot v letu 2019, in sicer za 4,5 %. Opazna je tudi razlika v gibanju števila storitev, ki so jih izvedli izvajalci v javnih zavodih v primerjavi z izvajalci s koncesijo, in sicer je število storitev pri zasebnikih s koncesijo naraslo za 25 %, medtem ko je bilo v javnih zavodih opravljeno za 5,5 % manj storitev. V primerjavi z letom 2021 se je število storitev povečalo za 5 %.

Slika 72: Število storitev v bolnišnični dejavnosti – SPP



Vir: ZZS

5.4 Realizacija prospektivnega programa

Glede na oceno realizacije v obdobju 1–12 2022 je bilo v vseh prospektivnih programih opravljeno za 2,2 % manj primerov kot v enakem obdobju v letu 2019, vendar 9,8 % več kot v enakem obdobju leta 2021.

Slika 73: Število storitev v bolnišnični dejavnosti – prospektivni program (skupaj)

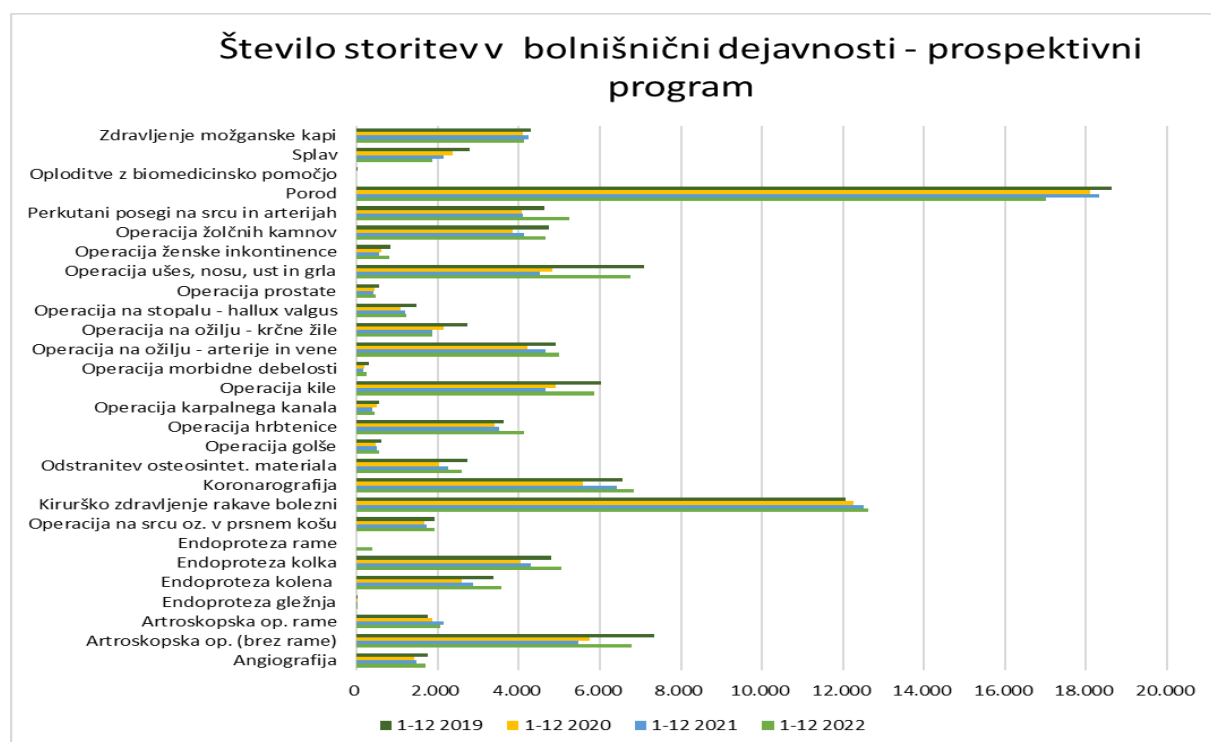


Vir: ZZS

Na ravni posameznega prospektivnega programa je največje zmanjšanje programa glede na oceno v obdobju 1–12 2022 v primerjavi z obdobjem 1–12 2019 pri operaciji karpalnega kanala za 22 %, operaciji morbidne debelosti za 23 %, operaciji na ožilju – krčne žile za 31 %, operaciji na stopalu – hallux valgus za 18 %, operaciji prostate za 13 % in splavih za 32,5 %, postopki oploditev z biomedicinsko pomočjo v bolnišnični dejavnosti pa se v zadnjih treh letih sploh niso opravljali (program se izvaja v okviru dnevne obravnave).

Največje povečanje opravljenih primerov pa je glede na oceno realizacije v letu 2022 v prospektivnih programih artroskopske operacije rame in endoproteze rame za 38,4 % (pred 1. 1. 2022 sta se programa beležila kot en program), operacija hrbtenice za 13,5 % in perkutani posegi na srcu in arterijah za 13 %.

Slika 74: Število storitev v bolnišnični dejavnosti – prospektivni program



Vir: ZZS

5.5. Ostale bolnišnične obravnave

Pod ostale bolnišnične obravnave so vključeni primeri, ki niso obravnavani kot prospektivni primeri.

Glede na oceno je bilo v obdobju 1–12 2022 izvedeno za 6,2 % manj drugih bolnišničnih obravnav kot v enakem obdobju v letu 2019. V primerjavi z obdobjem 1–12 2021 je bilo izvedeno 2,4 % storitev več. Število izvedenih storitev se je glede na oceno realizacije v obdobju 1–12 2022 v primerjavi z enakim obdobjem v letu 2021 povečalo, še vedno pa v nekaterih dejavnostih ne dosega števila izvedenih storitev v letu 2019, pred začetkom epidemije covid-19.

Slika 75: Število storitev v ostali bolnišnični obravnavi



Vir: ZZS

Glede na zadnje znane podatke o številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo z izkazanimi trendi za zdaj ni pričakovati, da bodo čakalne dobe obvladane v zadovoljivem obsegu.

6. Kader in zaposlitve v zdravstvenem sistemu

Naloge, povezane s prepoznavanjem potreb po zdravnikih in zagotavljanjem zadostnega števila zdravniških delovnih mest in zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe, določa ZZdrS, kot sledi:

- minister določa razpored zdravniških delovnih mest (po strokovnih področjih) v mreži javne zdravstvene službe,
- Zdravniška zbornica spremlja zasedenost zdravniških delovnih mest in zbira potrebe po posameznih vrstah specializacij od izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe,
- minister določa število posameznih vrst specializacij, ki jih je treba razpisati,
- Zdravniška zbornica objavlja in izvaja JR za specializacije, vključno z izbirnimi postopki.

Podatke o številu vseh zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe, ločeno po izvajalcih v okviru primarne, sekundarne in terciarne ravni javne zdravstvene službe, vodijo različni deležniki v sistemu zdravstvenega varstva, kot sledi iz preglednice v nadaljevanju.

Tabela 13: Deležniki v zdravstvu, ki vodijo zbirke podatkov

KDO	KJE	KAJ	PROBLEM
NIJZ	Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljevanju: RIZDDZ)	Evidenca vseh zdravstvenih (so)delavcev, njihovih zaposlitev in izvajalcev (pravnih oseb, ki opravljajo zdravstveno dejavnost)	Izvajalci so podatek o kadru, ki se zaposli ali mu pogodba o zaposlitvi izteče, dolžni vnesti v RIZDDZ – <i>nedoslednost</i> .
Zdravniška zbornica	Register zdravnikov	Evidenca zdravnikov, ki imajo podeljeno licenco za opravljanje dela	Posodobitev podatkov v okviru 4-letnega obdobja, neaktivni zdravniki niso posodobljeni, če sami tega ne sporočijo – <i>zbirka neažurna</i> .
Zbornica zdravstvene in babiške	Register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege oz. podelitev licence za višjo ali visoko strokovno izobrazbo	Izvajalci zdravstvene ali babiške nege s srednjo poklicno oziroma strokovno izobrazbo	Treba je imeti vlogo kandidata za vpis v register/spremembo podatkov ali izpis iz registra
ZZS	IT sistem ZZS, kjer so podatki o številu glavarinskih količnikov in dejanskem obsegu zdravniških timov oziroma programov	Financiranje zdravstvene storitve na podlagi kombiniranega sistema glavarine in storitev. Količniki se uporabljajo kot merilo za odklanjanje opredeljevanja novih zavarovanih oseb, saj SD določa zgornjo mejo količnikov, ko lahko zdravniki odklonijo nove zavarovane osebe.	Zahtevno ugotavljanje obremenitve družinskih zdravnikov
MJU	Portal plač javnega sektorja	Pregled in analiza podatkov o tipih izplačil, vrstah izplačil in virih sredstev, skupaj s številom zdravstvenega in drugega osebja, ki prejema plačo v okviru javnih zavodov.	Ni vključenih koncesionarjev in zdravstvenih (so)delavcev koncesionarjev v delu zdravstvene dejavnosti. Gre za število prejemnikov plače, ne glede na delež zaposlitve (oseba, zaposlena pri dveh delodajalcih po 50 %, je šteta dvakrat).
Zbornica – Zveza	Register izvajalcev zdravstvene in babiške nege	Podatki o izvajalcih zdravstvene in babiške nege, ki izpolnjujejo pogoje za samostojno opravljanje dela	Vsebuje podatke o izvajalcih, ki izpolnjujejo pogoje za samostojno opravljanje dela, ne glede na to, ali so se že upokojili, zamenjali zaposlitev ter ne delajo več v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.
Lekarniška zbornica	Registri: pripravnikov, mentorjev, predavateljev, specializantov, specializacij	Zbirke osebnih podatkov kadrov na področju lekarniške dejavnosti.	Nepovezanost z ostalimi IT sistemi.
MZ	V RIZDDZ vnaša podatke o opravljenih strokovnih izpitih in ima možnost omejenega vpogleda v ta register. Nima možnosti, da bi za posameznega izvajalca na določen dan lahko neposredno preveril število zaposlenih, profil zaposlenih, delovišče ...		

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), pooblaščenega soizvajalca dejavnosti državne statistike, pridobljenih na Podatkovnem portalu dne 7. 1. 2023, je bilo ob koncu leta 2021 v zdravstvu v Sloveniji zaposlenih skupaj nekaj več kot 45.000 zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Slika 76: Zaposleni v zdravstvu



Medicinske sestre: zajete so višje, diplomirane, magistrice zdravstvenih ved, višji medicinski tehniki, diplomirani zdravstveniki in magistri zdravstvene vede, zaposlene v zdravstvu

Zdravstveni tehniki: zajeti so zdravstveni tehniki ter babice, zaposleni v zdravstvu

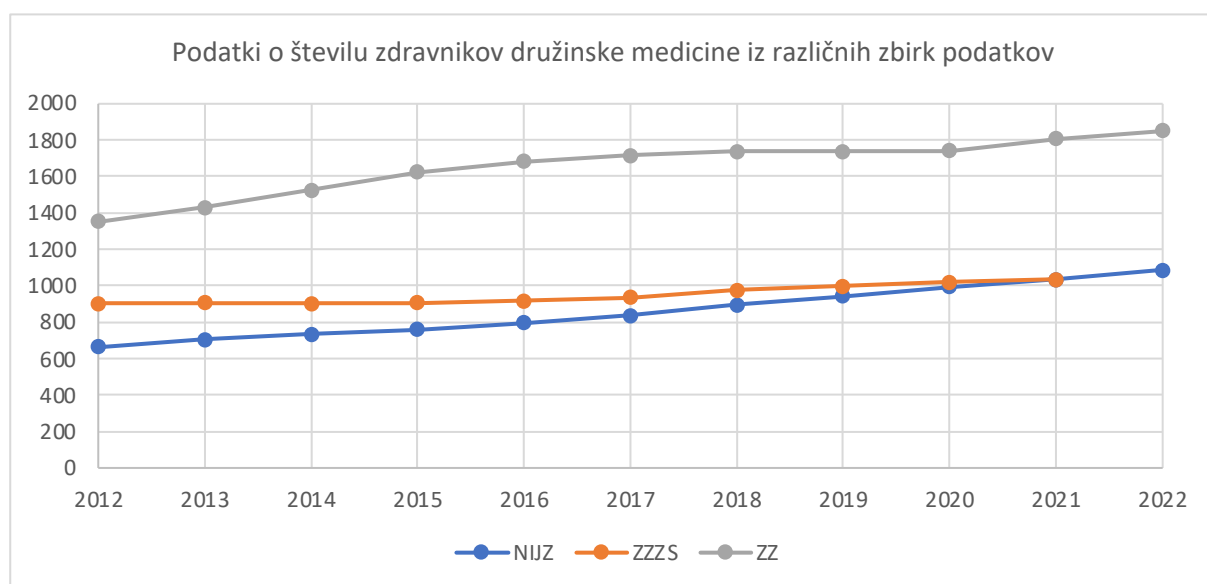
VIR: podatkovni portal NIJZ na dan 7. 1. 23

Četrtnina vseh zdravnikov je bila konec leta 2020 zaposlena v osnovnem zdravstvu (javni zavodi), 35 % jih je delovalo v klinikah in inštitutih, 21 % v splošnih bolnišnicah. Na področju splošne in družinske medicine je delovalo 18 % vseh zdravnikov.

Število oseb, zaposlenih v zdravstvu, narašča: zdravnikov je bilo v 2019 za 17 % več kot v 2015, medicinskih sester za 49 % več in zdravstvenih tehnikov za 4 % več kot v 2015. Po številu zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskih sester na 100.000 prebivalcev pa je prva osrednjeslovenska regija.

Struktura zdravstvenih delavcev se med statističnimi regijami zaradi razpršenosti kapacitet in potreb precej razlikuje. Število zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvu, na 100.000 prebivalcev je bilo konec leta 2020 najvišje v osrednjeslovenski statistični regiji, najnižje pa v primorsko-notranjski regiji. Število zdravstvenih tehnikov, zaposlenih v zdravstvu, na 100.000 prebivalcev je bilo najvišje v pomurski regiji, farmacevtov pa v obalno-kraški regiji. Na primeru podatka o družinskih zdravnikih, ki ga je v svojem poročilu pripravilo tudi Računsko sodišče, so prikazali število le-teh, pridobljeno iz različnih zbirk podatkov.

Slika 77: Število zdravnikov družinske medicine iz različnih zbirk podatkov



Vir: Računsko sodišče RS, podatkovni portal NIJZ, podatki ZZZS in ZZ

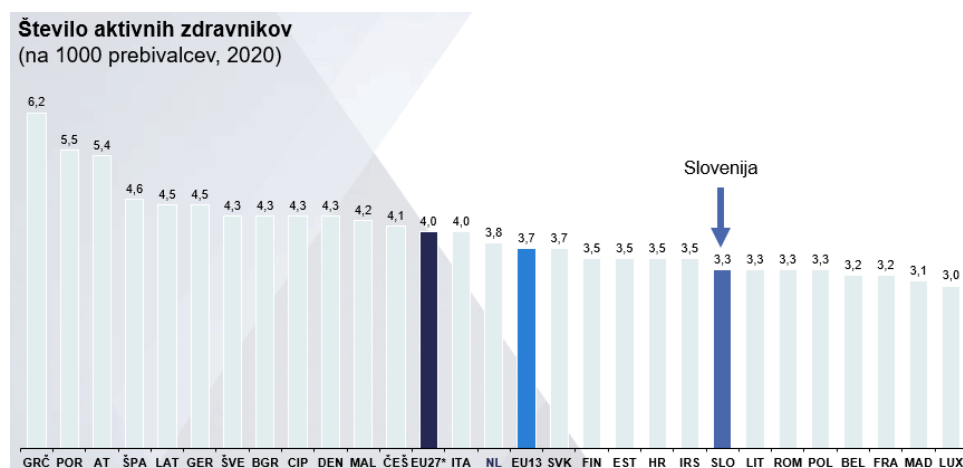
Pridemo do ugotovitve, da v vseh primerih število zdravnikov družinske medicine narašča, vendar se absolutno število zdravnikov zelo razlikuje.

Razlogi za odstopanja so v različnem načinu zajemanja in spremljanja podatkov. Dodatno je izjemno zahtevno uporabljati podatke o zdravnikih iz različnih baz, saj ne dajejo informacij, ki bi bile uporabne za natančno načrtovanje potrebnega števila družinskih zdravnikov, ker ni možno ugotoviti, koliko ur zdravniškega dela na mesec opravi posamezni družinski zdravnik v okviru različnih oblik izvajanja zdravniške službe oziroma pri različnih delodajalcih.

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.

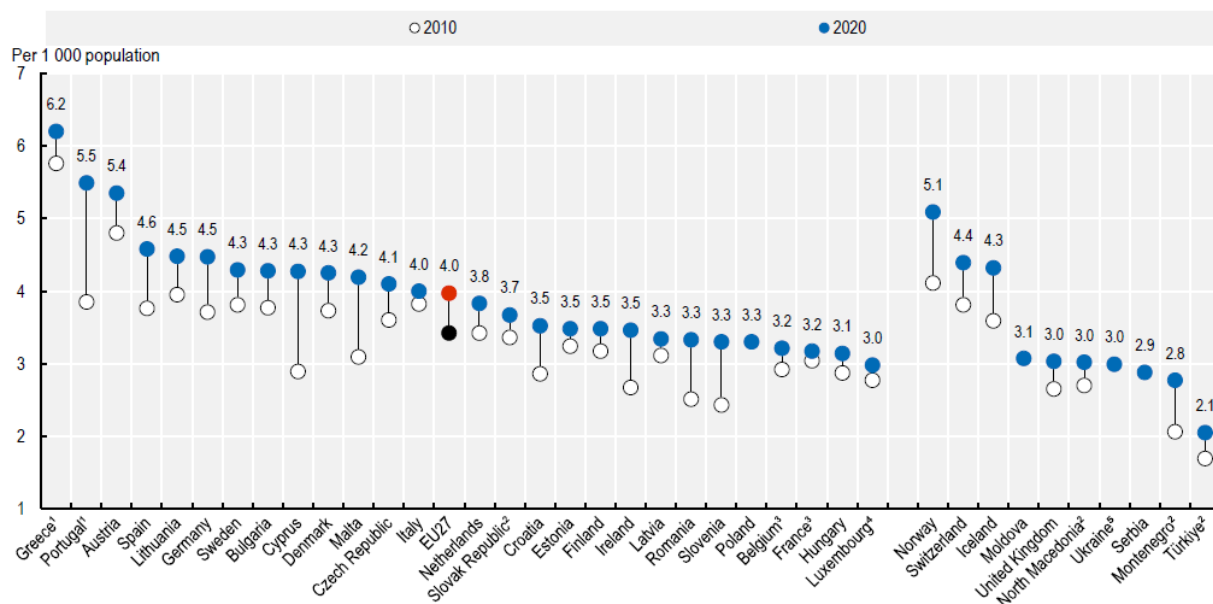
Po zadnjem poročilu OECD pa Slovenija še zmeraj ostaja na repu držav EU s 3,3 zdravnika na 1000 prebivalcev. Kljub temu pa Slovenija v primerjavi tako z EU-13 kot tudi z EU-27 po številu zdravnikov na 1.000 ljudi močno zaostaja.

Slika 78: Število aktivnih zdravnikov na 1000 prebivalcev



Vir: OECD

Slika 79: Število zdravnikov na 1000 prebivalcev



Vir: OECD

6.1. Karierna pot zdravnika do vstopa na trg dela

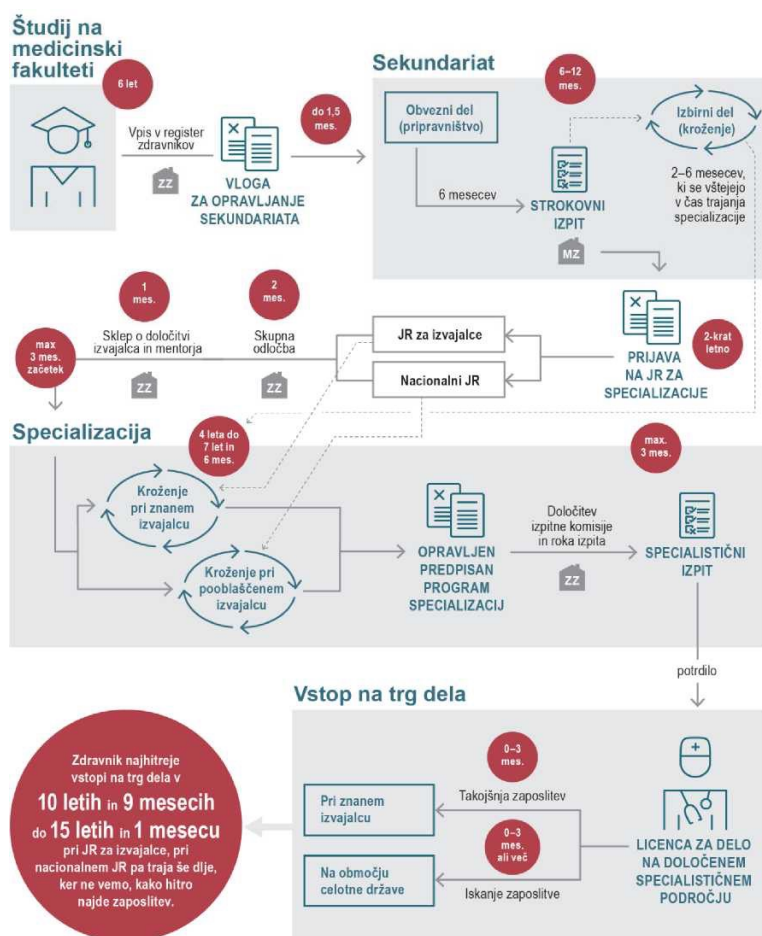
Zdravnik sme samostojno opravljati zdravniško službo, če:

1. ima ustrezno izobrazbo,
2. je vpisan v register zdravnikov in
3. je pridobil dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju (v nadaljevanju: licenca).

Kvalifikacijo za samostojno opravljanje dela zdravnik pridobi, če je po končanem najmanj 6-letnem ali 5.500 ur trajajočem univerzitetnem študiju s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem na medicinski fakulteti pridobil diplomu in je opravil specializacijo, ki je oblika podiplomskega strokovnega usposabljanja. Po zaključku študija na medicinski fakulteti se zdravnik najprej vpiše v register zdravnikov, ki ga vodi Zdravniška zbornica, kjer vloži vlogo za opravljanje sekundariata, ki traja 1 leto (od tedaj traja izbirni del sekundariata od najmanj 2 do največ 6 mesecev) in vključuje obvezno šestmesečno pripravništvo, ki se zaključi s strokovnim izpitom, ter preostali (izbirni) program sekundariata, ki se izvaja v obliki kroženja zdravnikov pri pooblaščenih izvajalcih. K specializaciji lahko pristopi že takoj po opravljenem strokovnem izpitu (torej po zaključku pripravništva).

Zdravnik v vlogi za opravljanje sekundariata po svoji izbiri navede pooblaščenice ustanove za obvezni ter izbirni del sekundariata, pri čemer si pooblaščenega izvajalca izbere na podlagi prostih delovnih mest za usposabljanje, ki jih objavi Zdravniška zbornica. Pogoji za prijavo je opravljen strokovni izpit. Po opravljenem strokovnem izpitu ali po zaključenem neobveznem izbirnem delu sekundariata (zaključku kroženja) se zdravnik prijavi na javni razpis za zasedbo specializantskih delovnih mest. Po opravljenem specialističnem izpitu lahko pristopi na trg dela.

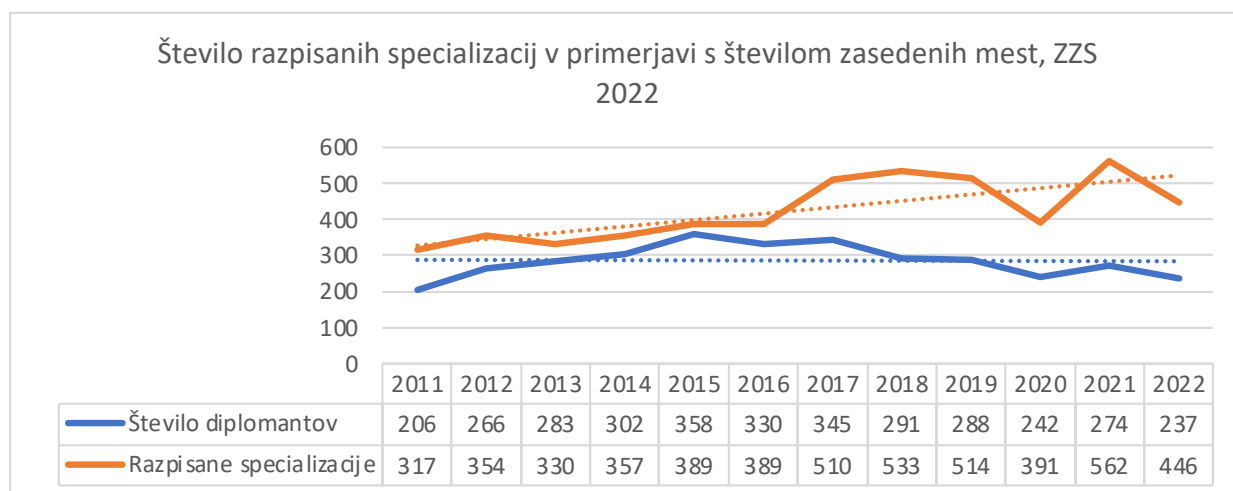
Slika 80: Shematični prikaz karierne poti zdravnika.



6.1. Število diplomantov medicinskih fakultet s področja splošne medicine in število razpisanih specializacij v letih 2011 - 2022

Slika v nadaljevanju prikazuje število razpisanih specializacij v primerjavi s številom zasedenih mest. S slike izhaja, da je na letni ravni število razpisanih specializacij večje od števila diplomantov. Z evidenco zdravstvenih delavcev oziroma RIZDDZ kot informacijsko podporo za vodenje te evidence MZ, ki je upravljavec te evidence, po oceni Računskega sodišča ni doseglo njenega osnovnega namena. Priloga Zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva namreč Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOPVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk in 206/21 – ZDUPŠOP) določa, da je evidenca zdravstvenih delavcev namenjena načrtovanju, spremljanju in upravljanju mreže javne zdravstvene službe. Zato bi morala ta evidenca prvenstveno zagotavljati točne in ažurne podatke o vseh zdravstvenih delavcih, ki izvajajo zdravniško službo v okviru mreže javne zdravstvene službe, ter njihovem obsegu dela.

Slika 81: Število razpisanih specializacij v primerjavi s številom zasedenih mest, ZZS 2022



Ocena stanja pokritosti potreb prebivalstva po specializacijah

Za namene načrtovanja javnega razpisa za specializacije za zdravnike je bil pripravljen pregled primerjave pokritosti glede na države EU28, iz katerega je razvidno, v okviru katerih specialnosti na področju medicine prihaja do razkoraka glede na povprečje EU28.

Tabela 14: Število zdravnikov specialistov, predvidene upokojitve glede na trajanje specializacije ter primerjave pokritosti glede na EU28 (ZZS in NIJZ, 2020)*

Specializacija	Št. specialistov	Pokritost EU na 1000 prebivalcev	Pokritost RS na 1000 prebivalcev	Pokritost SLO/EU	Preskrbljenost RS glede na EU (1-SLO/EU)	Preskrbljenost RS glede na EU v %	Št. predvidenih upokojitev glede na trajanje specializacije
Abdominalna kirurgija	33		0,0207				7
Alergologija in klinična imunologija (odrasli)	1		0,0005				1
Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina	280	0,1975	0,2009	1,0172	-0,0172	-1,7176	87
Čeljustna in zobna ortopedija	70		0,0413				19
Dermatovenerologija	67	0,0591	0,0495	0,8376	0,1624	16,2412	9

Družinska medicina	1092	0,9871	0,6454	0,6538	0,3462	34,6161	306
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	86		0,0581				23
Gastroenterologija	55	0,0423	0,0428	1,0114	-0,0114	-1,1448	18
Ginekologija in porodništvo	295	0,1674	0,1845	1,1023	-0,1023	-10,2306	85
Hematologija	17	0,0267	0,0159	0,5947	0,4053	40,5308	3
Infektologija	56		0,0471				17
Intenzivna medicina	58		0,0360				6
Interna medicina	334	0,2762	0,2167	0,7847	0,2153	21,5332	92
Internistična onkologija	45		0,0332				2
Javno zdravje	9		0,0043				3
Kardiologija in vaskularna medicina	119	0,1158	0,0754	0,6514	0,3486	34,8577	27
Kardiovaskularna kirurgija	18	0,0149	0,0139	0,9360	0,0640	6,3985	5
Klinična fiziologija	1		0,0005				0
Klinična genetika	11		0,0091				1
Klinična mikrobiologija	5		0,0043				3
Maksilofacialna kirurgija	21		0,0139				6
Medicina dela, prometa in športa	95		0,0726				68
Nefrologija	40		0,0341				10
Nevrokirurgija	19	0,0194	0,0135	0,6954	0,3046	30,4617	5
Nevrologija	104	0,0792	0,0779	0,9834	0,0166	1,6586	25
Nuklearna medicina	22		0,0168				2
Oftalmologija	137	0,0955	0,0927	0,9713	0,0287	2,8725	34
Onkologija z radioterapijo	41	0,0326	0,0250	0,7657	0,2343	23,4329	3
Oralna kirurgija	18		0,0135				0
Ortopedska kirurgija	94	0,1020	0,0658	0,6457	0,3543	35,4255	30
Otorinolaringologija	77	0,0644	0,0543	0,8431	0,1569	15,6901	24
Otroška in mladostniška psihiatrija	38		0,0312				8
Otroška kirurgija	1		0,0038				1
Otroška nevrologija	10		0,0048				2
Otroško in preventivno zobozdravstvo	26		0,0163				3
Parodontologija	25		0,0178				8
Patologija	48	0,0616	0,0336	0,5457	0,4543	45,4272	10

Pediatrija	483	0,1762	0,3148	1,7859	-0,7859	-78,5929	144
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	27	0,0213	0,0235	1,1057	-0,1057	-10,5748	8
Pnevmologija	67	0,0514	0,0404	0,7858	0,2142	21,4233	18
Psihiatrija	201	0,1702	0,1298	0,7625	0,2375	23,7476	65
Radiologija	196	0,1376	0,1413	1,0269	-0,0269	-2,6912	38
Revmatologija	24		0,0183				6
Sodna medicina	2		0,0010				0
Splošna kirurgija	172	0,1599	0,1211	0,7575	0,2425	24,2538	49
Stomatološka protetika	16		0,0125				3
Torakalna kirurgija	10	0,0154	0,0077	0,4998	0,5002	50,0231	3
Transfuzijska medicina	12		0,0082				4
Travmatologija	78		0,0481				15
Urgentna medicina	83	0,0720	0,0750	1,0407	-0,0407	-4,0662	9
Urologija	53	0,0683	0,0437	0,6401	0,3599	35,9936	16

* Pri marsikaterem specialističnem področju ni možna neposredna primerjava z EU povprečjem, saj je področje znotraj držav članic EU urejeno na različne načine (npr. ortopedska kirurgija in travmatologija sta marsikje združeni v eno specializacijo)

Iz podatkovnega portala NIJZ, podatkov Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport ter iz portala primerjave plač pridemo do ključne ugotovitve, da tudi skupno število izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe narašča. Od leta 2005 do 2021 se je število izvajalcev zdravstvene nege povečalo iz 15.320 na 22.591, kar predstavlja povišanje za 7.271 (56,5 %).

Število diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov (izobrazba prve in druge bolonjske stopnje, profesorji zdravstvene vzgoje) je v tem obdobju narastlo iz 2.165 leta 2010 na 8.906 v letu 2021, kar predstavlja povečanje za 311 %.

6.2. Analiza stanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe

S podatki Podatkovnega portala NIJZ, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport ter podatki s portala primerjave plač pridemo do ključne ugotovitve, da tudi skupno število izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe narašča. Od leta 2005 do 2021 se je število izvajalcev zdravstvene nege povečalo s 15.320 na 22.591, kar predstavlja povišanje za 7.271 (56,5 %).

Število diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov (izobrazba prve in druge bolonjske stopnje, profesorji zdravstvene vzgoje) je v tem obdobju naraslo z 2.165 leta 2010 na 8.906 v letu 2021, kar predstavlja povečanje za 311 %.

Število tehnikov zdravstvene nege se je povečalo z 11.443 na 12.867, kar predstavlja 11-% povečanje v obdobju 2005–2021, vendar pa se od leta 2018 kaže trend upadanja števila izvajalcev zdravstvene nege s srednješolsko strokovno izobrazbo.

Pozornost bo treba nameniti zadrževanju izvajalcev zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo v poklicu kot tudi vpisnim mestom na srednje zdravstvene šole, saj se bomo kmalu soočili z mankom izvajalcev zdravstvene nege za izvajanje dolgotrajne oskrbe tako v institucionalnem, kot domačem okolju.

Po nekaterih ocenah trenutno za uveljavitev predloga normativa za področje zdravstvene nege manjka od 1500 do 2000 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Do leta 2035 je predlog normativov izvršljiv pod pogojem postopnega nadomeščanja tehnikov zdravstvene nege z diplomiranimi medicinskimi sestrami, kar bi pomenilo obrnitev izobrazbene piramide v zdravstveni negi v korist medicinskih sester/zdravstvenikov z visokošolsko strokovno izobrazbo v naslednjih desetih letih.

Tabela 15: Prikaz sedanjega stanja in potreba po povečanju števila izvajalcev zdravstvene nege

	PRIMARNA RAVEN	SEKUNDARNA IN TERCIARNA RAVEN	SVZ (podatki iz 67 % zavodov)	SKUPAJ Portal NIJZ: število IZV in 0 23.139 (brez SVZ)
SEDANJE STANJE	3991 TZN	6152 TZN	2118 TZN	12.261 TZN
(okvirni podatki)	2849 DMS	5438 DMS	529 DMS	8816 DMS
		335 BN	2146 BN	2481 BN
POTREBA PO POVEČANJU ŠTEVILA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE				
PREDLAGANI NORMATIV	+ 0 TZN	+ 500 ¹²¹ TZN	+ 1800 TZN	+ 2300 TZN
	+ 1200 DMS	+ 3200 DMS	+ 320 DMS	+ 4720 DMS
		+ 300 BN	+ 968 BN	+ 1268 BN

BN – bolničar/negovalec; TZN – tehnik zdravstvene nege; DMS – diplomirana medicinska sestra

Tabela 16: Stanje števila tehnikov zdravstvene nege za obdobje 2023–2034

	2023 - 2026	2027 – 2030	2030 - 2034	Skupaj
TZN – POVEČANJE		+ 600	+ 1700	+ 2300
TZN – UPOKOJITVE	- 2210	- 1412	- 1326	- 4.948
TZN - PRODUKCIJA	+ 1000	+ 1000	+ 1000	+ 3000
	- 1210	- 1012	+ 2026	- 4248

TZN – tehnik zdravstvene nege

Iz tabele v nadaljevanju je razvidno, da bo potreba po tehnikih zdravstvene nege glede na predlagani normativ za obdobje 2023–2034 +2.300. Za obdobje 2023–2034 znaša delež naravne fluktuacije tehnikov zdravstvene nege –4.948. Predvidena produkcija tehnikov zdravstvene nege je +3.000. Končni izračun kaže, da bo v sistemu (2023–2034) –4.248 tehnikov zdravstvene nege.

Tabela 17: Stanje števila diplomiranih medicinskih sester za obdobje 2023–2034

	2023-2026	2027-2030	2030-2034	Skupaj
DMS - POVEČANJE	+ 1900	+ 2000	+ 820	+4.720
DMS - UPOKOJITVE	- 500	-1000	- 800	- 2.300
DMS - PRODUKCIJA	+ 2400	+ 3000	+ 3000	+ 8400
				+ 1380

DMS – diplomirana medicinska sestra (visokošolska strokovna izobrazba prve bolonjske stopnje, usklajeno z direktivo 55).

Iz tabele v nadaljevanju je razvidno, da bo potreba po diplomiranih medicinskih sestrah glede na predlagani normativ za obdobje 2023–2034 +4.720. Za obdobje 2023–2034 znaša delež naravne fluktuacije medicinskih sester/zdravstvenikov –2.300. Predvidena produkcija medicinskih sester predstavlja +8.400. Končni izračun kaže, da bo v sistemu (2023–2034) +1.380 diplomiranih medicinskih sester.

Zaradi upokojevanja se bo številu tehnikov zdravstvene nege v sistemu zmanjševalo. Nadomeščeni bodo z diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki, vendar bo kljub temu manko 2.868 tehnikov zdravstvene nege (obdobje 2023–2034), kar bo predstavljalo problem za izvajanje dolgotrajne oskrbe.

Tabela 18: Izračun končnega stanja

	2023–2026	2027–2030	2030–2034	Skupaj
BN – izhodiščno stanje	2481	2681	3181	3749 (39 %)
povečanje	200	500	568	90 % bolnice, 37 % SVZ
TZN – izhodiščno stanje	12.261 TZN	12.261 TZN	12.861 TZN	14.561 TZN
NEZASEDENI	410	812	1664	
PRETVORBA	800	200	380	
Dejansko stanje TZN na koncu	11.0851 TZN	10.039 TZN	7.995 TZN	-4.266 MANJ TZN 34 % zmanjšanje
DMS – izhodiščno stanje	8.816 DMS	10.716	12.536	14.356 DMS
povečanje	1900	2000	1820	
pretvorba	800	200	380	
Dejansko stanje DMS na koncu	11.516	13.716	15.916	+7.100 44,6 %

Projekcija temelji na podatkih iz različnih virov. Pri produkciji je upoštevano število vpisnih mest na srednješolski ravni, ker praktično vsi zaključijo izobraževanje, na dodiplomski stopnji pa smo upoštevali število diplomantov. Tudi na tem področju se podatki o številu kadra nekoliko razlikujejo.

Pri primerjavi podatkov iz Registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege je nekaj odstopanj.

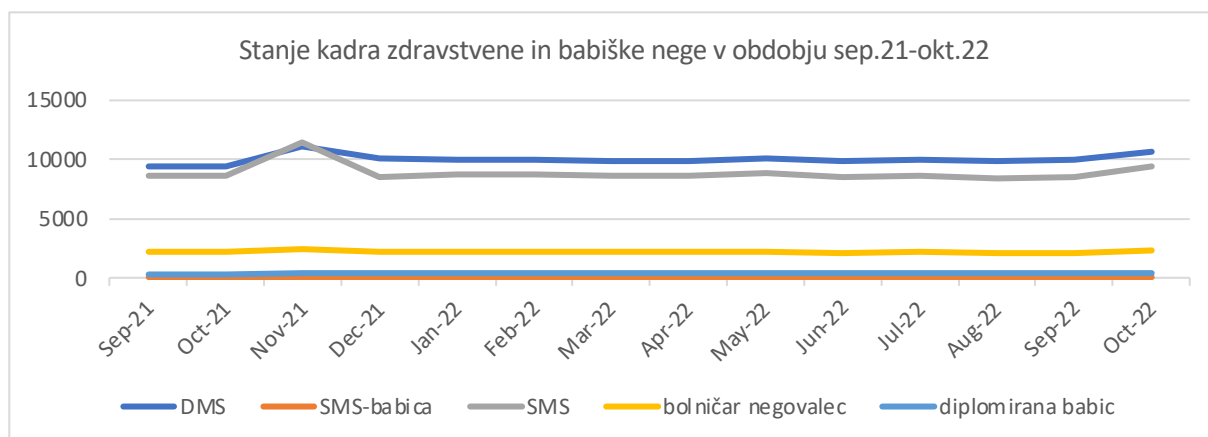
Pri podatkih iz registra je treba upoštevati, da se vodijo podatki o izvajalcih zdravstvene in babiške nege, ki izpolnjujejo pogoje za samostojno opravljanje dela (izdane odločbe o vpisu v register oziroma podelitvi licence, če je licence za izvajalca predpisana), ne glede na dejstvo, da so se izvajalci morda že upokojili, zamenjali zaposlitev ali ne delajo več v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

Izvajalci bi morali v skladu z določili Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Uradni list RS, št. 152/20 in 195/21, v nadaljnjem besedilu: pravilnik) o vsaki spremembi podatkov obvestiti Zbornico – Zvezo najpozneje v 30 dneh po veljavnosti spremembe, vendar sprememb ne sporočajo. Izvajalci zdravstvene dejavnosti (delodajalci) Zbornice – Zveze ne obveščajo o upokojitvi izvajalcev zdravstvene in babiške nege.

Razlika med podatki iz registra o vpisu v register za izvajalce s pridobljeno visokošolsko strokovno izobrazbo s področja zdravstvene nege in podatki o izdanih licencah na področju zdravstvene nege izhaja iz dejstva, da se je mnogo izvajalcev zdravstvene nege vpisalo v register kot tehniki zdravstvene nege, potem pa so pridobili še poklicno kvalifikacijo diplomirane medicinske sestre, a ker so že bili vpisani v register, jim je Zbornica – Zveza izdala samo odločbe o podelitvi licence.

Slika v nadaljevanju prikazuje trend rasti kadra na področju zdravstvene nege in babiške nege. Z grafa je razviden trend rasti tudi na tem področju.

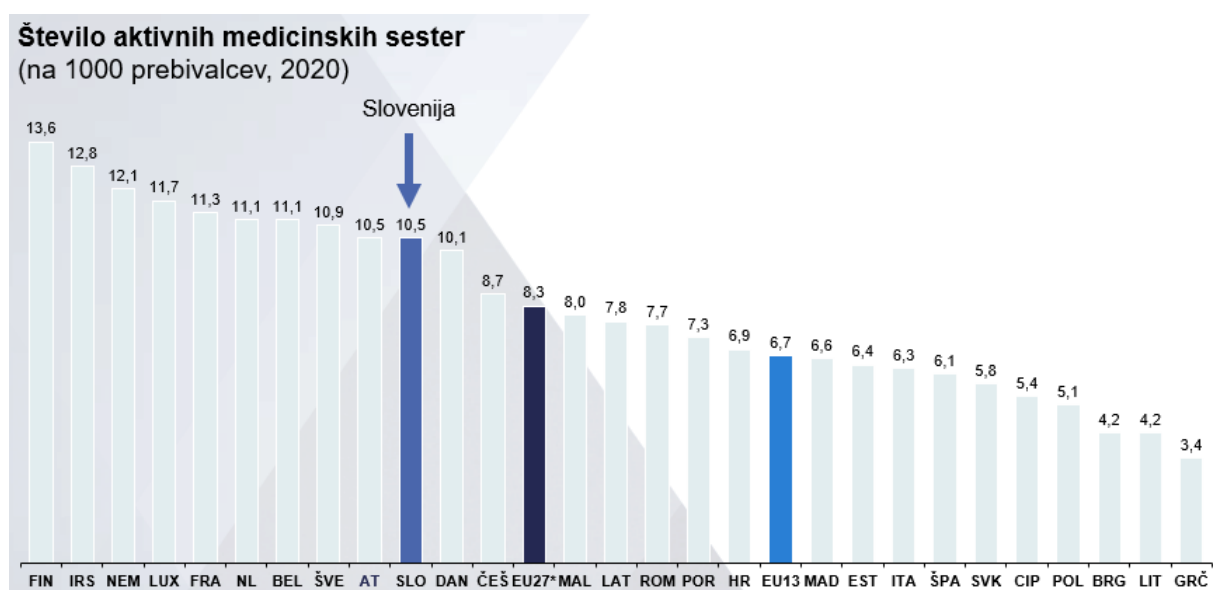
Slika 82: Stanje kadra zdravstvene in babiške nege v obdobju od septembra 2021 do oktobra 2022



Vir: podatki Portala plač v javnem sektorju, 2022

Mednarodne primerjave med državami članicami OECD kažejo, da ima Slovenija več medicinskih sester na 1.000 prebivalcev kot EU-27 in tudi kot EU-13.

Slika 83: Število aktivnih medicinskih sester na prebivalca



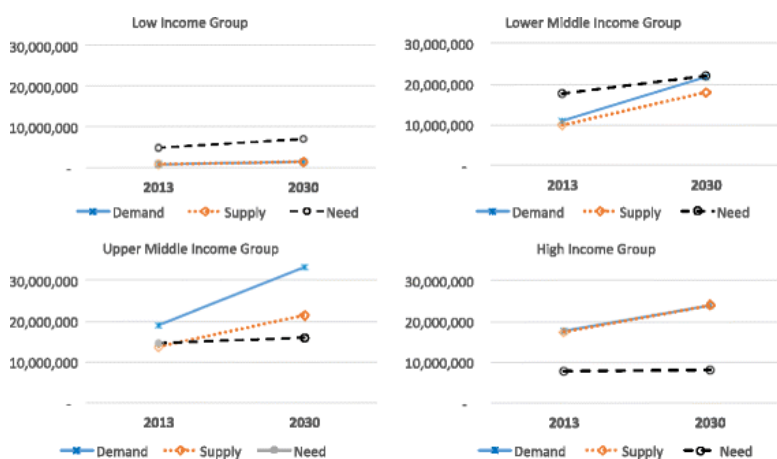
Vir: OECD

6.3. Projekcija v povezavi z zdravstvenimi (so)delavci

Zaposlenost v zdravstvu naj bi se po zadnjih ocenah Ameriškega urada za statistiko dela od leta 2020 do 2030 povečala za 16 odstotkov na svetovnem nivoju. Urad napoveduje, da bo zdravstvo do leta 2030 ustvarilo približno 2,6 milijona novih delovnih mest, predvsem zaradi »staranja prebivalstva, kar bo povzročilo večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah. To bo po izračunih prineslo 14-% povečanje števila zaposlenih zdravstvenih delavcev v zdravstvenem sektorju, za sektor izobraževanja se predvideva 11-% rast (Australian Institute of Health and Welfare, 2018).

Do leta 2030 se bo svetovno povpraševanje po zdravstvenih delavcih povečalo na 80 milijonov, vendar bo zagotovljenih le 65 milijonov, kar pomeni neto pomanjkanje približno 15 milijonov delavcev. To je več kot dvakratno povečanje v primerjavi z ocenjenim pomanjkanjem skoraj 7 milijonov delavcev v letu 2013. Leta 2030 naj bi se največje neto pomanjkanje pojavilo v vzhodni Aziji in Pacifiku (8,3 milijona), sledijo Južna Azija (3,2 milijona), Latinska Amerika in Karibi (2,6 milijona) ter Evropa in Srednja Azija (1,2 milijona).

Slika 84: Globalne projekcije trga delovne sile v zdravstvu za leto 2030



Vir: Podatkovni portal, NIJZ; Ministrstvo za zdravje, 2022

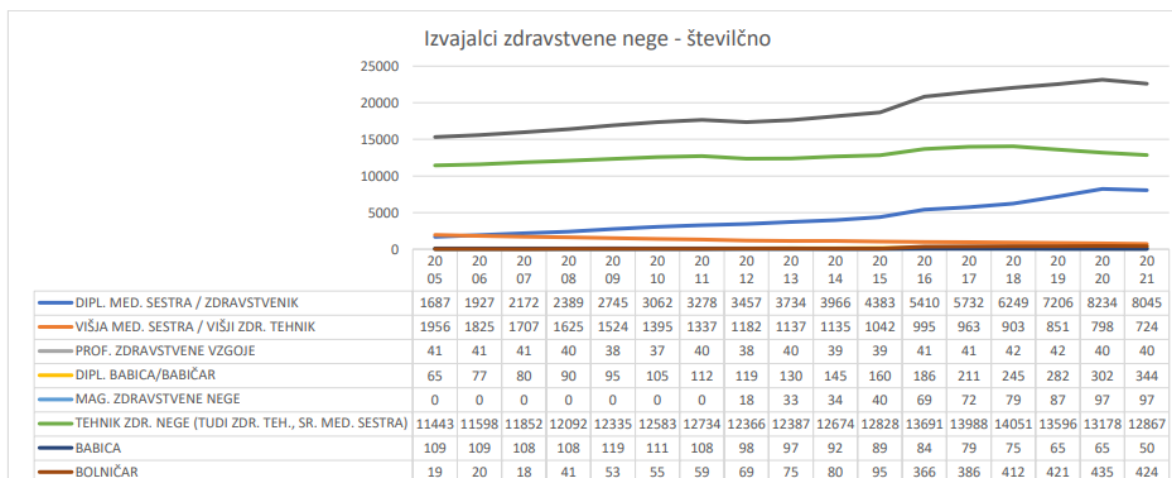
OECD (2016) poudarja, da so zdravstveni delavci temelj zdravstvenih sistemov, povpraševanje in ponudba zdravstvenih delavcev se bosta sčasoma povečala v vseh državah OECD, pri čemer delovna mesta v zdravstvenem in socialnem sektorju zdaj predstavljajo več kot 10 % celotne zaposlenosti v več državah OECD.

Ovire pri modeliranju povpraševanja po zdravstvenih (so)delavcih so predvsem v pomanjkanju zanesljivih, natančnih in posodabljenih podatkov o ključnih dejavnikih, da so pri izračunavanju prihodnjih potreb v uporabi različni modeli, kar lahko vodi do različnih zaključkov. Tretja ovira pa je, da so spremembe v prihodnosti težko predvidljive (Lopes et al, 2021).

Glede na sedanji trend rasti ob predpostavki dejanske razpoložljivosti kadra bomo v letu 2035 imeli v sistemu 88.500 zdravstvenih (so)delavcev. Pri izračunu je upoštevano:

- stanje kadra,
- trend rasti (14 %),
- upokojitve (zgolj približna ocena zaradi fleksibilnosti pri upokojevanju),
- produkcija skozi izobraževanje,
- primerjave med viri.

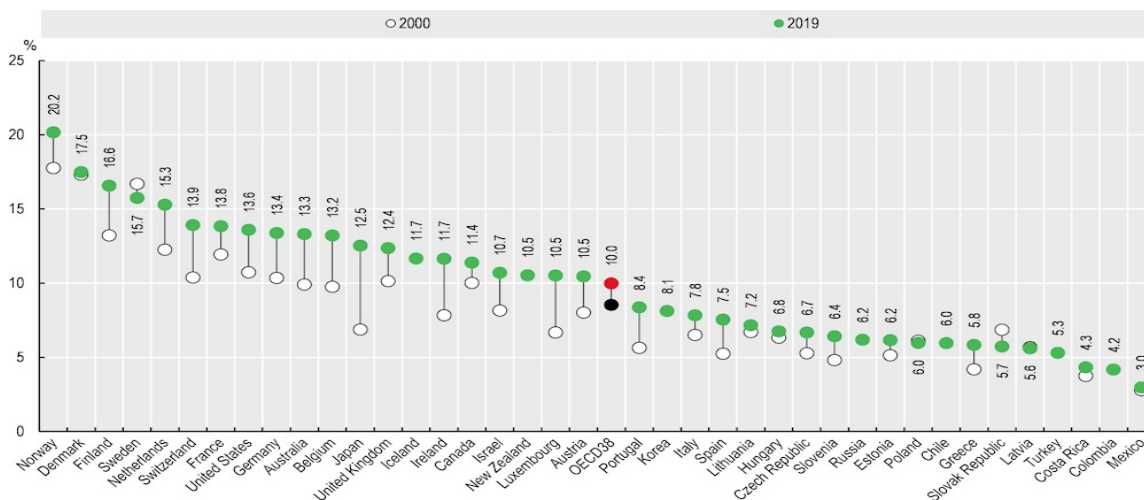
Slika 85: Število izvajalcev zdravstvene nege



Vir: NIJZ

Glede na podatke OECD smo sicer zdaj po številu zaposlenih v zdravstvenem in socialnem varstvu pod povprečjem držav OECD.

Slika 86: Število zaposlenih v dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva (primerjalno 2000, 2019) po državah



Vir: OECD

Pri produkciji smo upoštevali število vpisnih mest v posamezni študijski program v poklicnem in srednješolskem izobraževanju ter delež, ki jih dejansko ostane v tem poklicu, v dodiplomskih študijskih programih pa število diplomantov. Npr. za tehnika zdravstvene nege so ocene okoli 10 %.

Tabela 19: Pregled prostih mest v nižjem poklicnem in srednješolskem izobraževanju

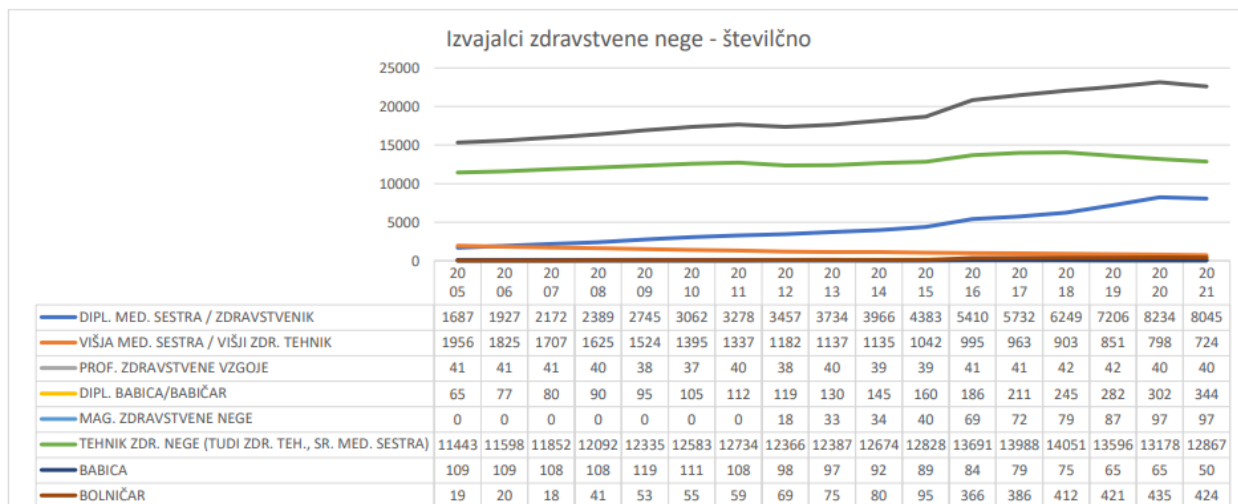
Raven izobraževanja	Stopnja	Program	Število vpisnih mest v šolskem letu 2021/2022
nižje poklicno izobraževanje (2 letno)	III.	/	/
srednje poklicno izobraževanje (3 letno)	IV.	Bolničar negovalec	260
srednje poklicno -tehniško izobraževanje	V.	Farmacevtski tehnik	84
		Tehnik laboratorijske biomedicine	28
		Zdravstvena nega	932 (+30 v letu 2022/2023)
		Zobotehnik	60

Tabela 17: Število vpisnih mest na dodiplomskih v javnih študijskih programih in študijskih programih s koncesijo (MIZŠ, 2021)

Vrsta študijskih programov	Stopnja	Študijski program	Število vpisnih mest - RŠ	Število mest – IŠ	Število diplomantov
višješolski strokovni program	VI/1	Ustni higienik	/	13	13
visokošolski strokovni in univerzitetni program (1. bol. st)	VI/2.	Zdravstvena nega	455	610	604
		Babištvo	30		27
		Delovna terapija	60		47
		Fizioterapija	90	30	256
		Laboratorijska zobna protetika	20	10	24
		Ortotika protetika	30	/	23
		Radiološka tehnologija	40	/	40
		Sanitarno inženirstvo	45	/	31
		Prehransko svetovanje	40	30	48
		Laboratorijska biomedicina	50	/	24
		Psihologija	95	/	102
		Socialno delo	100	/	90
		Socialna gerontologija		220	94
		Kineziologija/aplikativna kineziologija	30	220	94
		Logopedija in surdopedagogika	45	25 30	55
		Specialna in rehabilitacijska pedagogika	30	/	37
Enovit magistrski študijski program	VII.	Medicina	311	/	269
		Dentalna medicina	70	/	39
		Farmacija	165	/	110

V nadaljevanju prikazujemo rast števila izvajalcev zdravstvene nege za posamezno poklicno skupino in izračun projekcije.

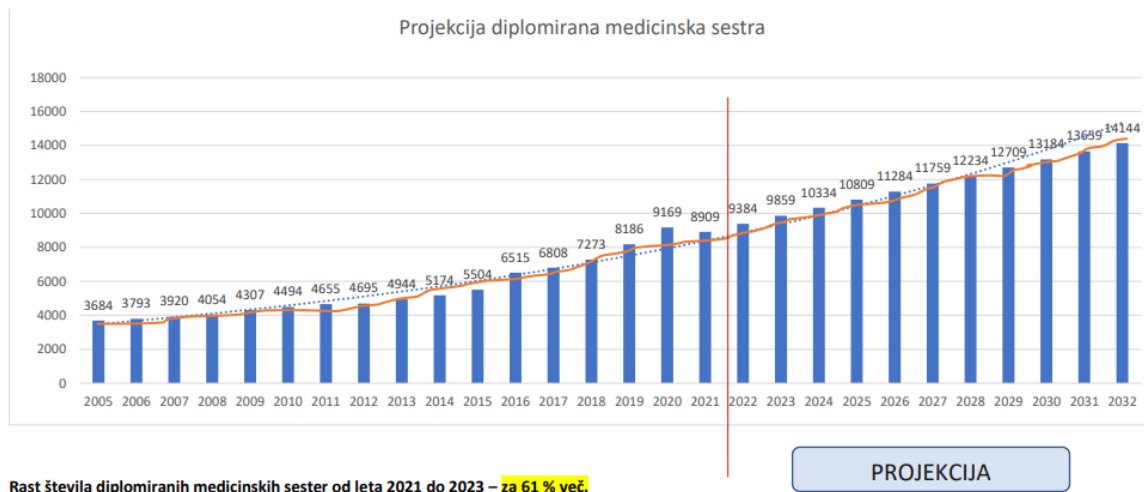
Slika 87: Število izvajalcev zdravstvene nege



Vir: NIJZ

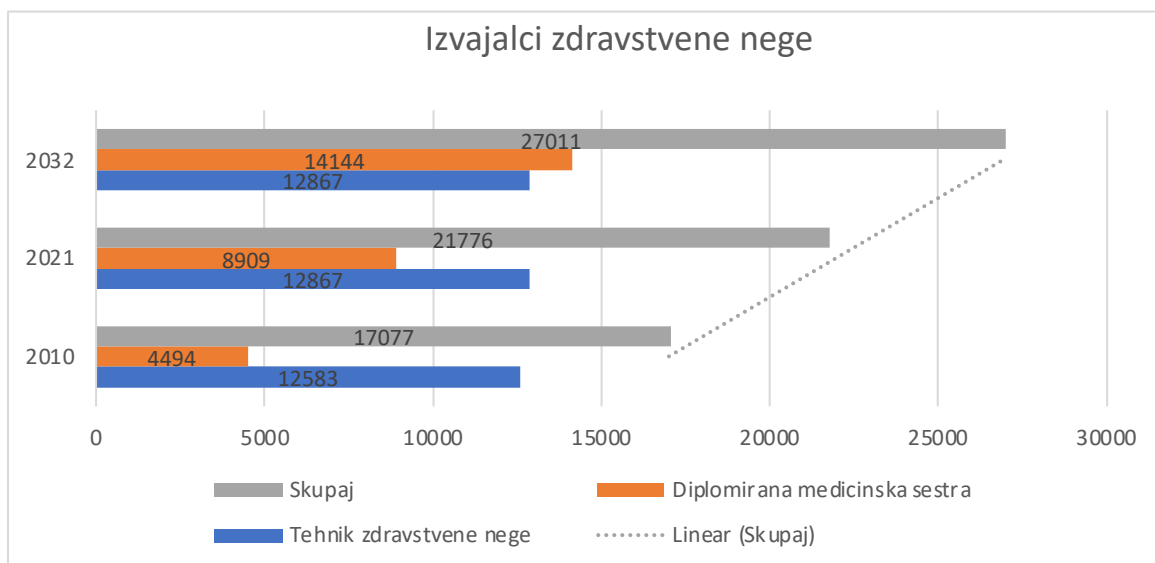
Skupno število izvajalcev zdravstvene nege narašča. Od leta 2005 do 2021 je število izvajalcev zdravstvene nege naraslo s 15.320 na 22.591, kar predstavlja povišanje za 7.271 (56,5 %). Število diplomiranih medicinskih sester (višje, magistri in prof.) je v tem obdobju naraslo z 2.165 leta 2010 na 8.906 v letu 2021, kar predstavlja 311-% povečanje. Število tehnikov zdravstvene nege je naraslo z 11.443 na 12.867, kar predstavlja 11-% povečanje v obdobju 2005–2021, vendar pa se od leta 2018 že kaže trend upadanja števila.

Slika 88: Rast števila diplomiranih medicinskih sester od leta 2021 do 2023



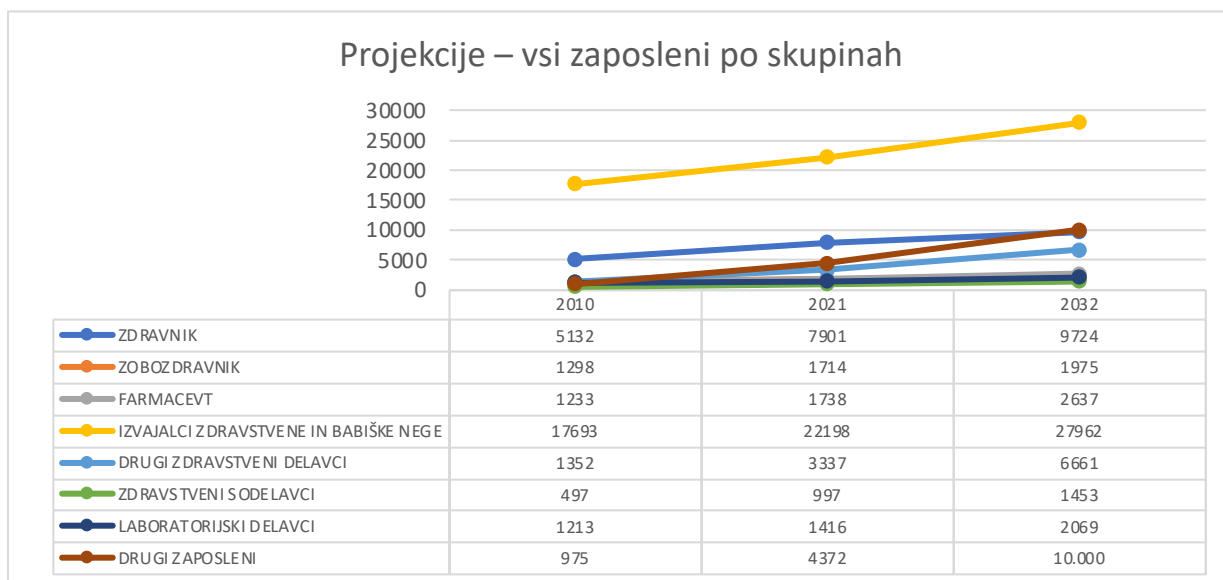
Glede na uporabljeni izračun projekcije do leta 2023 se kaže nadaljevanje trend nadaljevanja rasti števila diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov.

Slika 89: Rast števila izvajalcev zdravstvene nege od leta 2021 do 2023



Število izvajalcev zdravstvene nege bo v skupnem obsegu v letu 2032 27.011, kar pomeni, da se bo glede na leto 2021 zvišalo za 24,4 %, torej skoraj za četrtino, predvsem na račun zagotavljanja zadostnega števila diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Do leta 2023 se bo obrnilo razmerje med TZN in DMS v korist DMS, kar je tudi mednarodno priporočilo ICN.

Slika 90: Zaposleni po skupinah



Ocenjujemo, da bo število drugih zaposlenih naraslo, to potrjuje tudi znanstvena literatura iz drugih držav (tehnologija, digitalizacija).

Pri izračunu potreb po kadrih je sicer treba upoštevati:

- potrebe pacientov (demografska statistika, kazalci javnega zdravja ...),
- pravila OZZ in pogodbe s plačnikom zdravstvenih storitev,
- normative in standarde za posamezne poklicne skupine/procese/klinične poti, področje dela,
- trend rasti števila kadrov – razvojni koeficient,
- pričakovane upokojitve kadra po poklicnih skupinah,
- produkcija kadra (število vpisnih mest, zasedenost teh mest, število diplomantov),
- delež, ki se jih dejansko zaposli v javnem zdravstvu,
- odhodi v tujino in prihodi iz nje,
- specifične značilnosti kadra/interesi, atraktivnost posameznega poklicnega področja, prehajanje med poklici,
- podatke Zavoda za zaposlovanje.

Ob tem pa ni mogoče upoštevati ali predvideti vsega, saj gre za dinamični sistem, na katerega vplivajo številni faktorji. Za mnoge pojave velja, da 20 % vzrokov povzroči 80 % posledic. Ne glede na to, koliko smo dobri, ne moremo predvideti vsega. Če se osredotočimo na ključne vzročno-posledične zveze, bomo z veliko verjetnostjo dovolj uspešni, da se izognemo kritičnim situacijam.

Pri tem so potrebni kompleksni ukrepi, ki pa niso univerzalni, temveč morajo biti prilagojeni nacionalnemu kontekstu. Potrebno je uvajanje palete dobro premišljenih ukrepov in sprotno obvladovanje tveganj.

7. Čakalne dobe in število čakajočih

Zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in posledično skrajševanje čakalnih dob za potrebne zdravstvene storitve so prednostne aktivnosti držav članic EU in izzivi na področju urejanja zdravstvenih politik ne le v Republiki Sloveniji, temveč tudi v številnih drugih državah, kot npr. v Italiji, Španiji, na Poljskem in v drugih državah po svetu. Stanje na omenjenem področju je posledica tako staranja prebivalstva kot tudi nekaj let trajajoče finančne krize v preteklosti, zaradi česar so se zmanjšala finančna sredstva za javno zdravstvo, in epidemije covida-19, ki je vplivala na reorganizacijo izvajanja zdravstvene dejavnosti v letih 2020 in 2021.

Čakalne dobe so rezultat neravnovesja med povpraševanjem in ponudbo zdravstvenih storitev. Na povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah vplivajo starajoča se populacija (in razširjenost kroničnih bolezni), razvoj novih tehnologij, ozaveščenost pacientov glede njihovih pravic ter skrb za zdravje.

Čakalne dobe so grob kazalnik kakovosti zdravstvenega sistema, saj predolge čakalne dobe posledično lahko vplivajo na potek in uspešnost zdravljenja, prispevajo k višjim stroškom zdravljenja, daljši odsotnosti z dela in družinskega kroga, daljšim potekom rehabilitacije ter slabšim stanjem bolnikov po zdravljenju.

Neustrezen način financiranja je samo eden od vzrokov, ki lahko prispeva k nedopustno dolgim čakalnim dobam. Ostali vzroki so lahko tudi slabša učinkovitost in organiziranost izvajalcev, slabo upravljanje čakalnih seznamov in nedosledno izvajanje pravnih podlag, ki to področje urejajo.

Za upravljanje čakalnih dob je treba razumeti procese napotovanja znotraj samega zdravstvenega sistema med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti. Ti procesi so naslednji:

- obravnava pacienta pri osebni zdravniku,
- obravnava pacienta pri specialistu in
- bolnišnična obravnava pacienta.

Osnovni in najbolj pogost proces, zaradi katerega nastajajo čakalne dobe, poteka na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ko osebni zdravnik pacienta napoti k zdravniku specialistu na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Napotitve potekajo znotraj iste, kot tudi med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti.

V Sloveniji od leta 2018 uporabljamo elektronski sistem eNaročanje, ki je nacionalna informacijska rešitev za namene elektronske napotitve in elektronskega naročanja na zdravstvene storitve. eNaročanje je prav tako vir podatkov o številu čakajočih, ki čakajo na zdravstvene storitve, in čakalnih dobah za posamezne storitve.

Nekateri čakajoči čakajo nad dopustno čakalno dobo, ki je posebej določena za vsako posamezno zdravstveno storitev, in se razlikuje po stopnjah nujnosti.

Stopnje nujnosti so povzete v šifrantu Vrste zdravstvenih storitev. Za stopnjo »zelo hitro« znaša stopnja nujnosti 14 dni, za stopnjo nujnosti »hitro« znaša 1, 3, 6 ali 12 mesecev, za stopnjo nujnosti »redno« pa 1, 6, 12 ali 18 mesecev, odvisno od vrste zdravstvene storitve.

Nadzor nad podatki o čakajočih in čakalni dobi na podlagi Zakona o pacientovih pravicah izvaja Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije (ZIRS). Iz Poročila o delu ZIRS za leto 2021 (v nadaljnjem besedilu: Poročilo), ki je dostopno na spletni strani ZIRS (<https://www.gov.si/drzavni-organi/organi-v-sestavi/zdravstveni-inspektorat/o-inspektoratu/>) je razvidno, da so v letu 2021 zdravstveni inšpektorji na področju pacientovih pravic **opravili skupaj 405 inšpekcijskih pregledov**. Na podlagi ugotovitev nadzora je bilo izrečenih **skupaj 336 ukrepov**.

ZIRS je v okviru izmenjave podatkov preveril štiri vsebine:

- ali so storitve, ki jih zavezanec izvaja in za katere vodi čakalni seznam, povezane iz lokalnega v centralni informacijski sistem – povezljivost vrst zdravstvenih storitev (VZS);
- ali so v centralni informacijski sistem povezani podatki o uvrščenih pacientih na čakalni seznam za posamezno storitev;
- resničnost in ažurnost podatkov o čakalni dobi za posamezno storitev;
- zagotavljanje termina v primeru, ko je čakalna doba krajša kot 120 dni in izvajalec ne izvaja triaže napotnih listin.

Iz Poročila je razvidno, da so bile **v 53 % inšpekcijskih nadzorov ugotovljene neskladnosti pri zagotavljanju resničnih in ažurnih podatkov o čakalni dobi za posamezno storitev**.

V 26 % so bile ugotovljene neskladnosti pri zagotavljanju okvirnih terminov namesto terminov. Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah določa, da se pacientu ob uvrstitvi na čakalni seznam določi za operativne postopke in vse druge zdravstvene storitve, pri katerih čakalna doba znaša več kot štiri mesece, okvirni termin ali termin, za zdravstvene storitve, pri katerih čakalna doba znaša manj kot štiri mesece, pa termin.

V 28 % so bile ugotovljene neskladnosti, ker podatki o uvrščenih pacientih na čakalni seznam za posamezno storitev niso bili povezani v centralni informacijski sistem.

Ugotovljeno je bilo tudi, da še vedno 37 % zavezancev ni imelo vseh storitev, ki jih izvajajo in za katere vodijo čakalni seznam, povezanih iz lokalnega v centralni informacijski sistem – povezljivost vrst zdravstvenih storitev. V času priprave tega dokumenta Poročilo o delu ZIRS za leto 2022 še ni dostopno.

V nadaljevanju prikazujemo podatke o številu čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo ter čakalnih dobah za izbrane vrste zdravstvenih storitev po letih od leta 2018 dalje, in sicer na dneve 1. 2. 2018 (uvredba eNaročanja), 1. 1. 2019, 1. 1. 2020, 1. 1. 2021, 1. 1. 2022 in 1. 1. 2023. Podatki se nanašajo samo na vrste zdravstvenih storitev, ki jih spremljamo v Mesečnem poročilu o čakajočih in čakalni dobi, ki ga pripravlja NIJZ. Čakalne dobe, prikazane v tem poročilu, so čakalne dobe na prvi prosti termin, ki jih izvajalci objavljajo v portalu <https://cakalnedobe.ezdrav.si/> in so pacientom prikazane za elektronsko naročanje. V mesečnem poročilu se spremljajo podatki za 25 vrst prvih pregledov in 379 terapevtsko-diagnostičnih storitev. Vir podatkov v tem prikazu so podatki NIJZ iz eNaročanja na dan 4. 1. 2023[1].

V podatkih, kjer prikazujemo skupno število čakajočih, so prikazani vsi čakajoči. V podatkih, kjer prikazujemo skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo, niso prikazani čakajoči, ki čakajo:

- na lastno željo po kasnejšem terminu,
- na točno izbranega zdravstvenega delavca in
- zaradi medicinske indikacije.

V zadnjih dveh letih je bilo več izvedenih aktivnosti z namenom, da se podatki o čakajočih in čakalni dobi v centralnem sistemu eNaročanje izboljšajo. Na slabšo kakovost podatkov je med drugim v velikem obsegu vplivala epidemija covid-19. Čakajoči zaradi spremenjene organizacije izvajanja zdravstvene dejavnosti v tem obdobju niso prišli do potrebne obravnave, nekaterim niso bili dani novi termini. Prav tako se v sistemu eNaročanje od leta 2018 dalje vzpostavljajo nadgradnje sistema, kar delno lahko tudi vpliva na prikaz podatkov.

Uvedba nacionalne rešitve eNaročanje je potekala postopoma, najprej pri omejenem obsegu izvajalcev zdravstvene dejavnosti, kasneje pa se je razširila na večino izvajalcev. Trenutno število izvajalcev, ki so vključeni v eNaročanje, je 1080. **Podatki o skupnem številu izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki bi morali biti vključeni v eNaročanje, niso na voljo, zato ni možno oceniti deleža vključenosti izvajalcev.**

Točnost podatkov v eNaročanju je torej odvisna od točnosti podatkov, ki jih pošiljajo izvajalci zdravstvene dejavnosti. Veliko težavo povzročajo netočni podatki o okvirnih prvih prostih terminih, ki jih pošiljajo izvajalci zdravstvene dejavnosti in ki odstopajo od dejanskih terminov, dodeljenih pacientom.

Vse te vplive je pri razumevanju podatkov o čakajočih in čakalni dobi treba tudi upoštevati.

Vir podatkov v poročilu sta dva podatkovna procesa v eNaročanju: podatki o prvih prostih terminih in podatkih o odprtih naročilih.

Za izdano napotnico je možno ustvariti več naročil (terminov). To so lahko prvi pregled, diagnostično-terapevtske storitve, posegi, kontrolni pregledi. Vsako naročilo (termin) ima datum in uro (v primeru točnega termina) ali pa je določeno kot okvirni termin (na en mesec ali na tri mesece natančno). Vsako naročilo se nanaša na eno vrsto zdravstvene storitve in je ustvarjeno na osnovi izdane napotnice za znanega pacienta, zato iz števila naročil lahko sklepamo o številu čakajočih pacientov.

V Tabeli v nadaljevanju prikazujemo število različnih izvajalcev, ki so na izbrani dan poročali podatek o prvem prostem terminu za določeno zdravstveno storitev in ki so na izbrani dan poročali vsaj eno aktivno odprto naročilo.

Na dan 1. 1. 2023 je bilo število izvajalcev, ki je sporočilo prvi prosti termin, 768, kar je za 118 % oziroma za 416 izvajalcev več kot na dan 1. 2. 2018.

Število izvajalcev, ki je imelo na dan 1. 1. 2023 odprto vsaj eno naročilo, je bilo 666, kar je za 52 % oziroma za 229 izvajalcev več kot na dan 1. 2. 2018.

Iz navedenega lahko sklepamo, da poročanje večjega števila izvajalcev v sistem eNaročanje vpliva tudi na večje število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo ter v opazovanem obdobju na povprečno čakalno dobo, kar je prikazano v nadaljevanju.

Tabela 21: Prikaz podatkov o številu izvajalcev, ki poročajo v sistem eNaročanje, in sicer se podatki nanašajo na prvi prosti termin (točen ali okvirni) in odprta naročila (naročeni pacienti na storitve)

Obdobje	Število izvajalcev, ki je javilo odgovor za prvi termin (Proces A)	Število izvajalcev, ki je imelo odprto vsaj eno naročilo (Proces B)
1.02.2018	352	437
1.01.2019	646	739
1.01.2020	855	840
1.01.2021	804	762
1.01.2022	762	710
1.01.2023	768	666

Vir: NIJZ

V letu 2022 je bilo ustvarjenih 4.591.003 napotnic, kar je za 14 % oziroma za 576.913 napotnic več kot v letu 2018. Iz podatkov je razviden padec števila izdanih napotnic v letu 2020, kar je neposredna posledica epidemije covid-19. Posledično pacienti niso prejeli potrebnih zdravstvenih storitev oziroma so bile njihove zdravstvene storitve odpovedane, kar se je potem preneslo v naslednja leta.

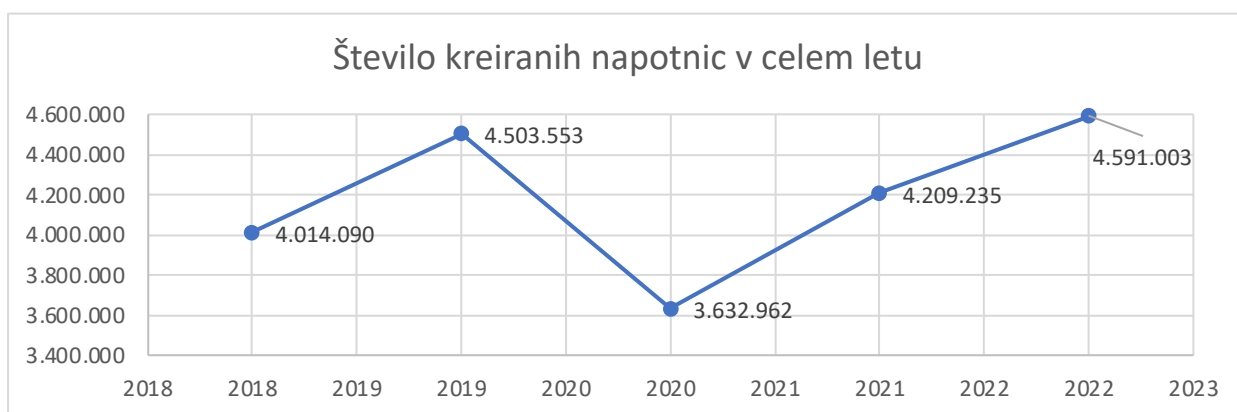
Tabela 22: Prikaz izdanih napotnic po letih za vse vrste zdravstvenih storitev. Število napotnic se nanaša na skupno število izdanih elektronskih in papirnih napotnic v tem letu

Leto	Število izdanih napotnic v celem letu
2018	4.014.090
2019	4.503.553
2020	3.632.962
2021	4.209.235
2022	4.591.003

Vir: NIJZ

Slika v nadaljevanju prikazuje porast izdanih napotnic, z izjemo v letu 2020, ko smo se soočali z epidemijo covid-19.

Slika 91: Število kreiranih napotnic po posameznem letu



Pred letom 2018 so se podatki spremljali v sistemu NAČAS. Podatke so izvajalci pošiljali v Excelovih tabelah. Podatki, ki so se spremljali prek sistema NAČAS, in podatki iz sistema eNaročanje med seboj niso primerljivi.

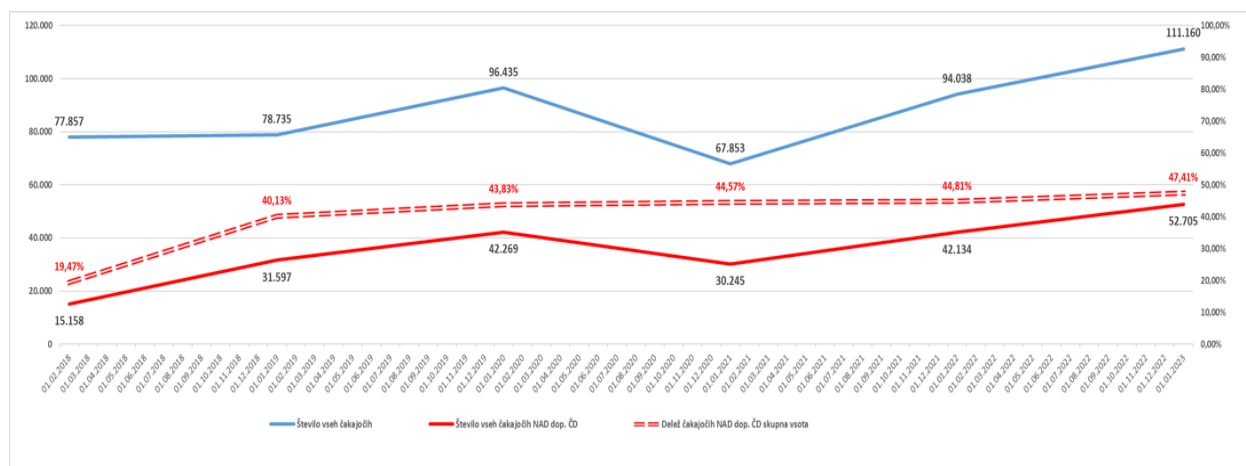
Iz podatkov v nadaljevanju je razvidno, da je bilo na dan 1. 1. 2023 vseh čakajočih 260.750, kar predstavlja 4 % oziroma 10.137 več čakajočih kot na dan 1. 1. 2022. Od tega je bilo 43 % oziroma 112.121 čakajočih nad dopustno čakalno dobo, kar predstavlja 4,8 % oziroma 5.130 več čakajočih nad dopustno čakalno dobo kot na dan 1. 1. 2022. Delež vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 je za 0,7 % oziroma 0,31 odstotne točke višji glede na predhodno leto.

Tabela 23: Prikazujemo skupno število čakajočih in skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo na prve preglede in na terapevtsko-diagnostične storitve na dan 1. 1. 2023 v primerjavi s preteklimi leti.

Obdobje	Prvi pregled			Terapevtsko-diagnostična storitev			Vse skupaj		
	Število čakajočih skupna vsota	Število čakajočih NAD dop. ČD skupna vsota	Delež čakajočih NAD dop. ČD skupna vsota	Število čakajočih skupna vsota	Število čakajočih NAD dop. ČD skupna vsota	Delež čakajočih NAD dop. ČD skupna vsota	Število vseh čakajočih	Število vseh čakajočih NAD dop. ČD	Delež čakajočih NAD dop. ČD skupna vsota
1. 2. 2018	77.857	15.158	19,47 %	86.901	22.378	25,75 %	164.758	37.536	22,78 %
1. 1. 2019	78.735	31.597	40,13 %	106.053	38.963	36,74 %	184.788	70.560	38,18 %
1. 1. 2020	96.435	42.269	43,83 %	138.045	52.435	37,98 %	234.480	94.704	40,39 %
1. 1. 2021	67.853	30.245	44,57 %	122.682	49.911	40,68 %	190.535	80.156	42,07 %
1. 1. 2022	94.038	42.134	44,81 %	156.575	64.857	41,42 %	250.613	106.991	42,69 %
1. 1. 2023	111.160	52.705	47,41 %	149.590	59.416	39,72 %	260.750	112.121	43,00 %

Vir: NIJZ

Slika 92: Skupno število čakajočih in čakajoči nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 v primerjavi s podatki obdobja preteklih let – grafični prikaz



Vir: NIJZ

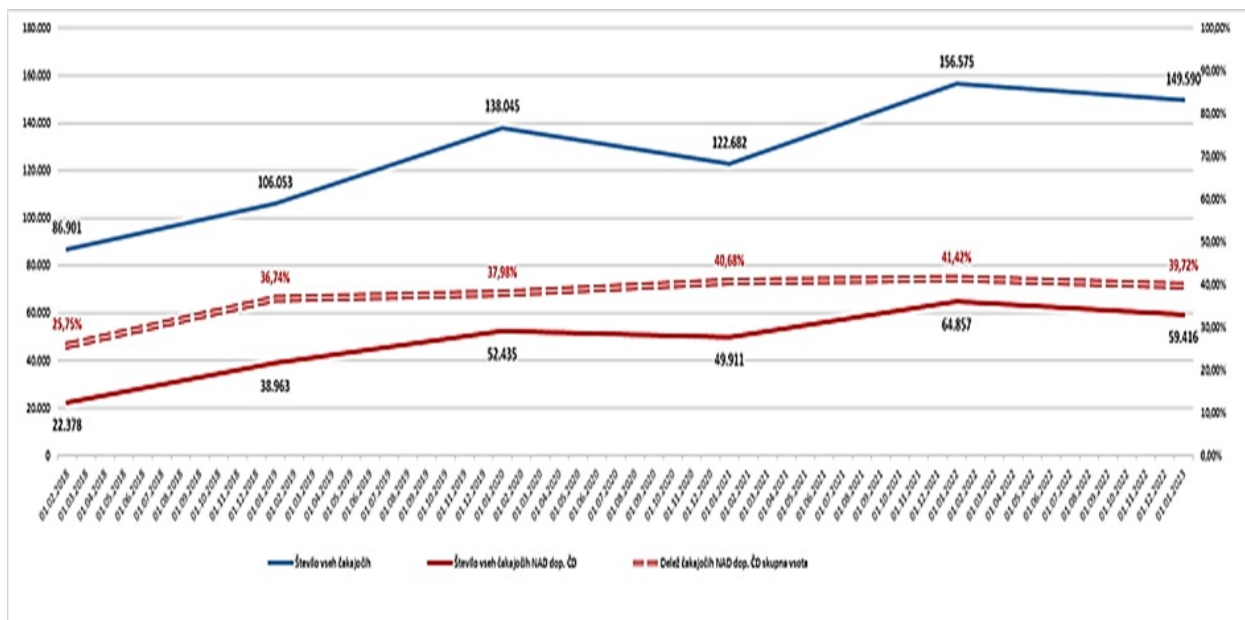
Podatke o skupnem številu čakajočih in skupnem številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo za prve preglede in terapevtsko-diagnostične storitve na dan 1. 1. 2023 s podatki preteklih obdobj prikazuje slika v nadaljevanju.

Slika 93: Skupno število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 za prve preglede v primerjavi s podatki obdobja preteklih let – grafični prikaz



Vir: NIJZ

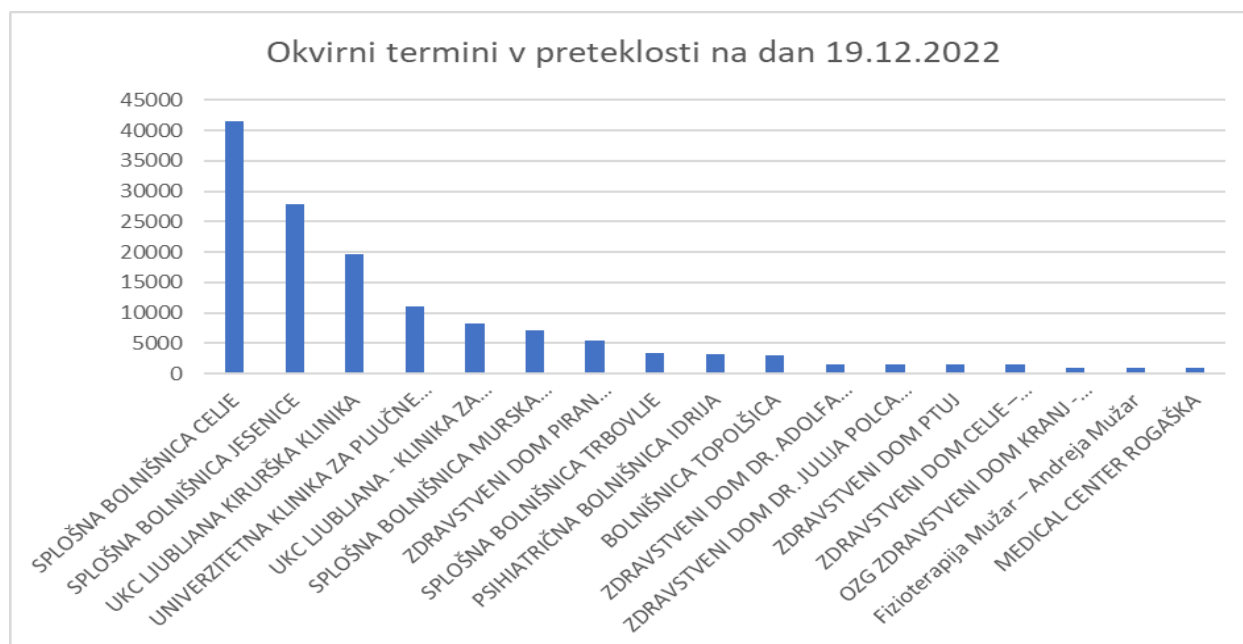
Slika 94: Skupno število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2023 za terapevtsko-diagnostične storitve v primerjavi s podatki obdobja preteklih let – grafični prikaz



Vir: NIJZ

Eden od vzrokov za informacijsko nepregledne in nezanesljive čakalne seznime je možnost »okvirnega termina«, ki izhaja iz dejstva, da izvajalci ne poznajo urnikov ambulant in posegov, večinoma iz razloga, ker določeno storitev pri njih izvajajo en sam, pa še to pogosto gostujoči, zdravnik, ki seveda lahko na datum tudi zboli ali pa mu promet onemogoči prihod na kraj dela. Nekatere bolnišnice imajo za različne storitve po več 10.000 takih okvirnih terminov v preteklosti. Spet druge o tem sploh ne poročajo v centralni sistem (na dan 19. 12. 2022 jih ima SB Celje 41.431, SB Jesenice 27.802).

Slika 95: Izvajalci z največ okvirnimi termini v preteklosti (pacientu ni dodeljen točen termin oz. ga eNaročanje ne vidi)



Vir: NIJZ

8. Javno zdravje

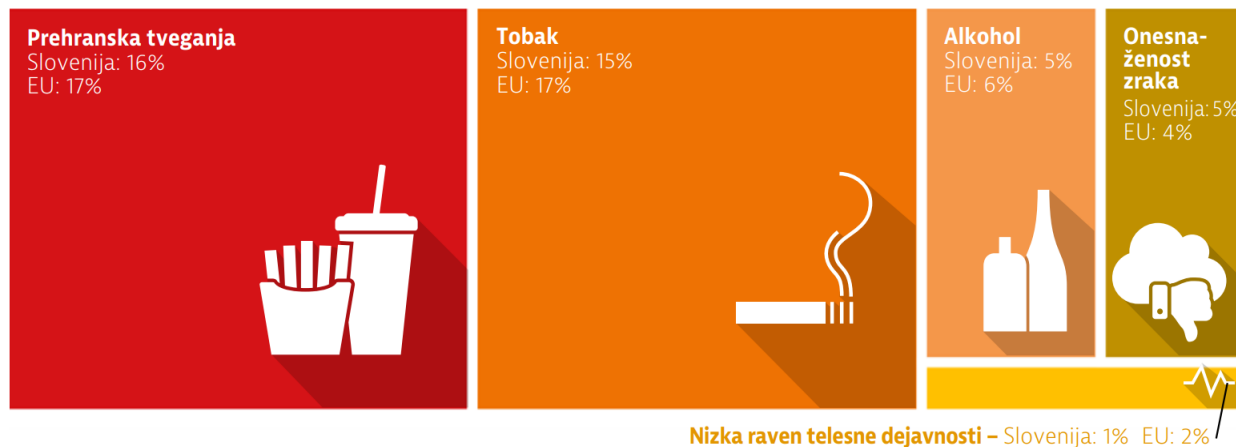
Izvajanje preventivnih pregledov na primarni ravni ZV je bilo v epidemiji covid-19 okrnjeno. Pandemija je posegla v izvajanje preventivnih programov, deloma zaradi omejene dostopnosti (prekinitev izvajanja dejavnosti v prvem valu) in zaradi dejstva, da so se izvajalci na področju preventive na primarni ravni vključili v izvajanje cepljenja, testiranja in drugih nalog za obvladovanje covida-19. Posledica je bila manjša realizacija preventivnih obravnav in marsikje tudi kurativnih obravnav (kroničnih) bolnikov v letih 2020 in 2021. Zaradi navedenih razlogov se je zmanjšal obseg programa priprave na porod in starševstvo, izvajanje preventivnih pregledov otrok in mladostnikov, izvajanje programov vzgoje za zdravje in zobozdravstvene vzgoje, izvajanje preventivnih programov in obravnav kroničnih bolnikov v ambulantah družinske medicine in referenčnih ambulantah ter izvajanje preventivnih programov v zdravstvenovzgojnih centrih in centrih za krepitev zdravja.

Zmanjšan obseg izvajanja preventivnih programov po eni strani in neugodni trendi pri dejavnih tveganja za kronične bolezni (debelost, uživanje alkohola, telesna neaktivnost, stres ...) bosta posledično vzrok za ponovno naraščanje bremena kroničnih nenalezljivih bolezni, zato je treba vso skrb nameniti preventivni dejavnosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva, jo okrepiti in vanjo vlagati, kar vključuje tudi kadrovske pokritost za to področje na MZ.

Razveseljivo je, da se je povečala stopnja precepljenosti otrok s prvim odmerkom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam, ki je bila v letu 2020 95,3 %.

Več kot tretjina vseh smrti je povezana z vedenjskimi in okoljskimi dejavniki tveganja. Več kot tretjino vseh smrti v Sloveniji leta 2019 je mogoče pripisati vedenjskim dejavnikom tveganja, vključno s kajenjem tobaka, slabo prehrano, uživanjem alkohola in nizko 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. Onesnažen zrak, že v obliki drobnih delcev (PM 2,5) in izpostavljenosti ozonu, je v letu 2019 po ocenah povzročil 5 % vseh smrti (slika 68).

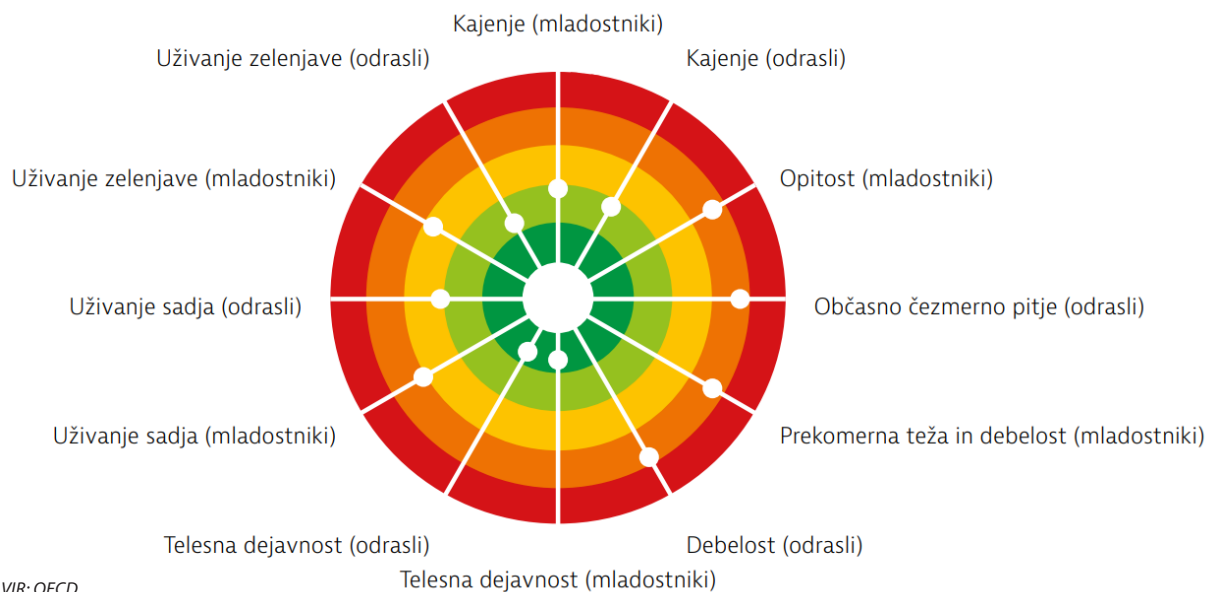
Slika 96: Dejavniki tveganja za umrljivost – primerjava Slovenija–EU



VIR: OECD

Primerjavo Slovenije glede dejavnikov tveganja (debelosti, uživanja zelenjave in sadja, telesne dejavnosti, kajenja in pitja alkohola) z drugimi državami EU prikazuje slika v nadaljevanju.

Slika 97: Debelost in čezmerno uživanje alkohola – dejavnika tveganja



VIR: OECD

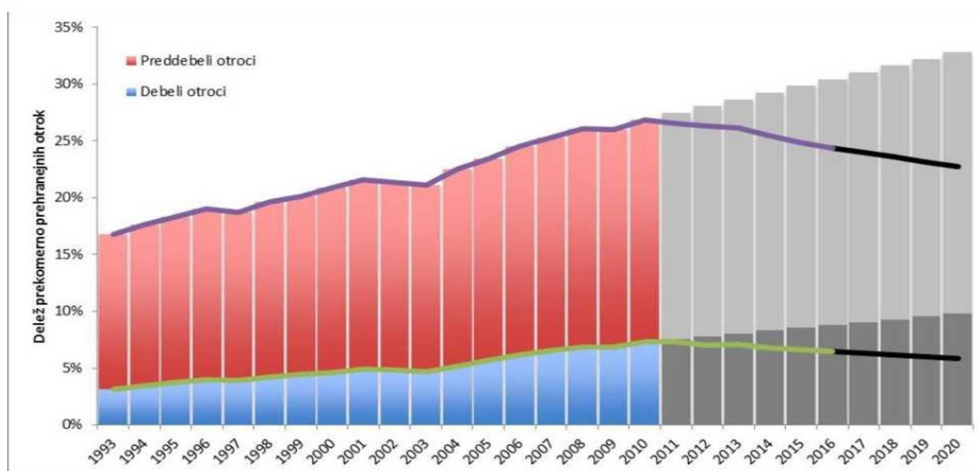
Opomba: Bližje kot je točka sredini, uspešnejša je država v primerjavi z drugimi državami EU. Nobena država ni v belem središču, ker so izboljšave možne v vseh državah na vseh področjih.

Viri: Izračuni OECD na podlagi ankete HBSC iz obdobja 2017–2018 glede dejavnikov pri mladostnikih ter zdravstveni statistični podatki OECD, EU-SILC 2017 ter EHIS 2014 in 2019 glede dejavnikov pri odraslih

Deleža čezmerno težkih in debelih v Sloveniji sta težavi javnega zdravja. Debelost in čezmerna telesna teža zadnjih 30 let naraščata pri prebivalcih Slovenije kot tudi razvitega sveta, saj so se močno spremenile prehranske kot tudi gibalne navade ljudi.

Slovenija je ena redkih držav, ki ji je od leta 2011 dalje uspelo obrniti trend naraščanja debelosti pri otrocih. Pozitivni trend je žal ustavila pandemija covid-19. Pri fantih je bilo čezmerno hranjenih 18,4 % dečkov, debelih 5,7 %. Pri dekletih pa je bilo čezmerno hranjenih 16,8 % deklet in debelih 4,6 %.

Slika 98: Delež čezmerno prehranjenih otrok



VIR: OECD

Med epidemijo je prišlo do upada gibalne učinkovitosti in porasta telesne mase pri celotni generaciji otrok, še posebej pri tistih otrocih, ki so bili pred pandemijo bolj telesno dejavni. Delež fantov z debelostjo se je v šolskem letu 2019/2020 povečal na 7,1 %, pri delež deklet pa na 5,6 %.

Leta 2019 je bilo 19 % odraslih v Sloveniji debelih, kar presega povprečje EU (16 %).

SZO opozarja, da nobeni državi v regiji do leta 2025 ne bo uspelo doseči zastavljenih ciljev za zmanjšanje debelosti med populacijo, zato je treba aktivnosti nadaljevati oz. jih še okrepiti.

8.1. Kajenje

Tudi v Sloveniji si država skupaj s stroko in civilno družbo že več desetletij prizadeva za uvajanje učinkovitih ukrepov za preprečevanje in opuščanje kajenja. Eden vidnejših je bila leta 2007 uvedena prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih. Še celovitejši nabor učinkovitih ukrepov pa smo začeli uvajati leta 2017, ko smo na podlagi evropske direktive o tobačnih in povezanih izdelkih in Okvirne konvencije Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom sprejeli nov Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (v nadaljevanju: ZOUTPI).

Ukrepi, ki smo jih sprejeli v zadnjih štirih letih, so med drugim:

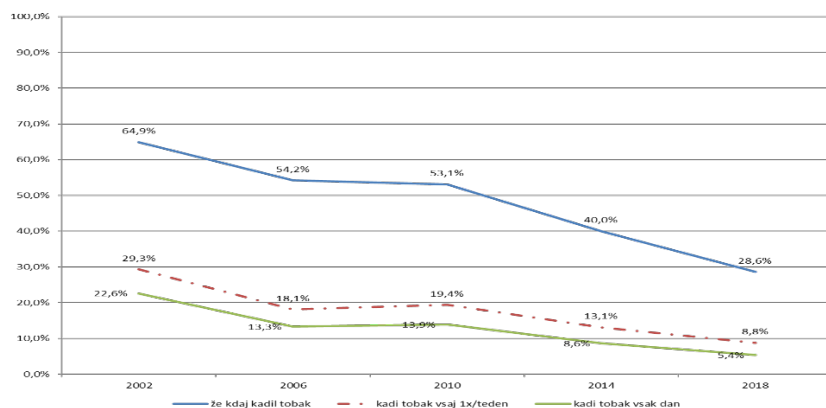
- popolna prepoved oglaševanja in razstavljanja tobačnih in povezanih izdelkov na prodajnih mestih;
- velika slikovno-besedilna zdravstvena opozorila na embalaži;
- prepoved značilnih arov v cigaretah in tobaku za zvijanje;
- enaka obravnava vseh tobačnih in povezanih izdelkov – kot so npr. elektronske cigarete in zeliščni izdelki za kajenje;
- prepoved kajenja in uporabe povezanih izdelkov v avtomobilih v prisotnosti otrok;
- sistem sledljivosti tobačnih izdelkov skupaj z varnostnimi elementi za preprečevanje nezakonite trgovine s temi izdelki.

Uvedeno je bilo tudi strožje kaznovanje kršiteljev in dovoljenja za prodajo tobačnih in povezanih izdelkov, ki smo jih doslej izdali približno 6.000, šestmesečna prepoved prodaje zaradi kršitev zakonodaje pa je bila doslej izrečena že več kot dvajsetim.

Z uvedbo enotne sivorjave embalaže za cigarete in tobak za zvijanje leta 2020 smo se pridružili najnaprednejšim državam v svetu. S tem uporabnikom sporočamo, da gre za izdelke, ki niso nekaj všečnega in sprejemljivega, in jih tako ščitimo pred zavajajočim vplivom trženja in oglaševanja na embalaži.

Razširjenost kajenja med mladostniki se zmanjšuje že daljše obdobje. Raziskava Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC) kaže, da so se med letoma 2014 in 2018 deleži 15-letnikov, ki so poročali o kajenju kadar koli v življenju, kajenju vsaj enkrat na teden ali pogosteje in kajenju vsak dan, občutno znižali. V letu 2014 je vsaj enkrat na teden kadilo 13,1 % 15-letnikov, v letu 2018 pa 8,8 % 15-letnikov. V istem obdobju se je delež 15-letnikov, ki dnevno kadijo, znižal z 8,6 % na 5,4 %.

Slika 99: Razširjenost kajenja med mladostniki

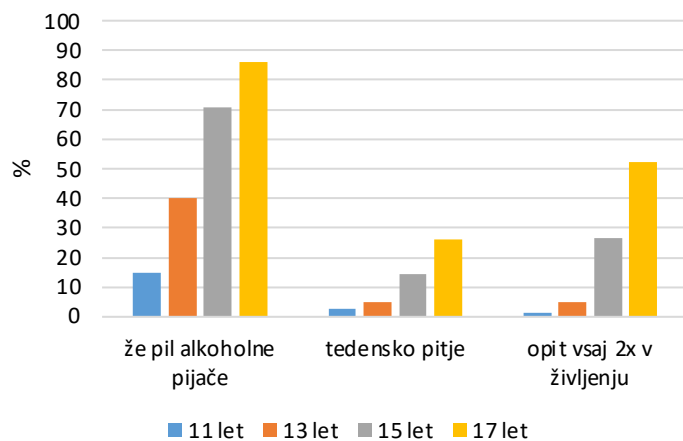


Vir: Raziskava Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC 2002, 2006, 2010, 2014, 2018)

8.2. Škodljiva in tvegana raba alkohola

Raziskava Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (v nadaljevanju HBSC) iz leta 2018 je pokazala, da je alkoholne pijače (več kot majhno količino) v življenju že kdaj pilo 15 % 11-letnikov, 40 % 13-letnikov, 71 % 15-letnikov in 86 % 17-letnikov. Vsak četrti 15-letnik in vsak drugi 17-letnik je bil v življenju 2- ali večkrat opit, vsak sedmi 15-letnik in vsak četrti 17-letnik pa alkoholne pijače pije vsaj enkrat na teden.

Slika 100: Uživanje alkoholnih pijač pri mladostnikih



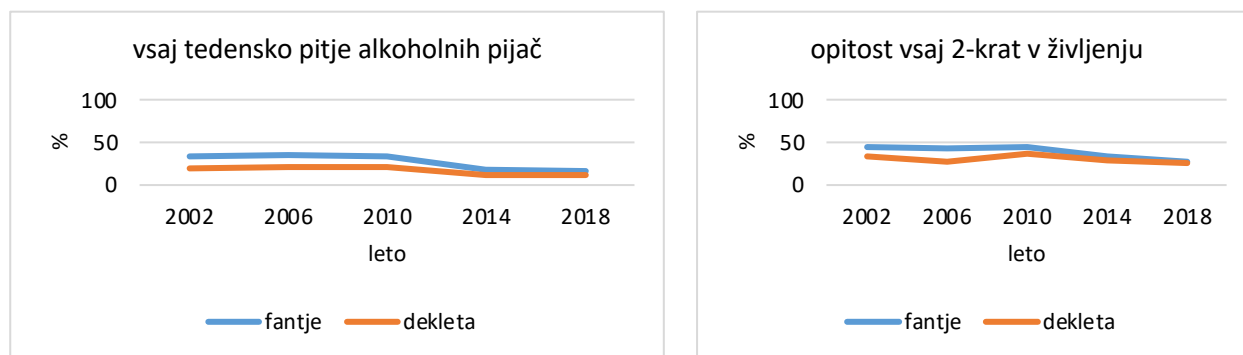
VIR: NIJZ

Deleži 11-, 13-, 15- in 17-letnikov, ki so kadar koli v življenju že pili alkoholne pijače (več kot majhno količino), tistih, ki pijejo alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, in tistih, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, v letu 2018. Vir: NIJZ, HBSC, 2018.

Spodbuden je podatek, da so v obdobju 2014–2018 v približno tretjini držav, ki so vključene v študijo HBSC, raziskovalci zaznali upad deleža 15-letnikov, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti.

Upad je opazen tudi med mladostniki v Sloveniji. V obdobju 2002–2018 se je delež mladostnikov, ki so bili opiti vsaj dvakrat v življenju, znižal v vseh starostnih skupinah, skupno in pri obeh spolih, delež tedenskega pitja pa med 13-letniki in 15-letniki, skupno in pri obeh spolih.

Slika 101: Uživanje alkoholnih pijač pri mladostnikih, po spolu



VIR: NIJZ

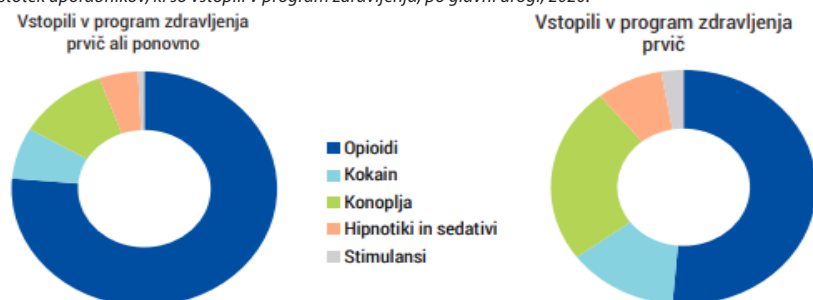
Deleži 15-letnikov, ki alkoholne pijače pijejo vsaj enkrat na teden, in tistih, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, po spolu, v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018. Vir: NIJZ, HBSC, 2002–2018.

8.3. Prepovedane droge

Najstniki so bolj dovzetni za psihoaktivne učinke, ki jih imajo nekatere vrste konoplje, ker se njihovi možgani še razvijajo. Uporaba v času razvoja lahko dolgotrajno vpliva na delovanje možganov. Ker se možgani najstnikov še razvijajo, odraščajoča oseba celo do 24 leta bolj pogosto razvije tako imenovano motnjo uporabe s težavami s pozornostjo, spominom, učenjem in odločanjem. Težja vrsta te motnje se šteje za odvisnost. Po uporabi konoplje med mladostniki sodi Slovenija med države z velikim deležem uporabnikov. Podatki mednarodnih raziskav, kot sta HBSC in ESPAD, kažejo, da se mladostniki iz Slovenije po uporabi psihoaktivnih snovi, kot so kanabis, nekatere druge prepovedane droge in alkohol, uvrščajo krepko nad povprečje vrstnikov iz drugih držav.

Med 37 uporabniki, ki so v letu 2020 prvič vstopili v program zdravljenja, jih je 19 (51,4 %) kot vzrok za vstop navedlo težave z opiodi, 9 oseb (24,3 %) težave s konopljo, 5 oseb (13,5 %) težave s kokainom, 1 oseba (2,7 %) težave z drugimi stimulansi in 3 osebe (8,1 %) težave s hipnotiki in sedativi.

Slika 102: Odstotek uporabnikov, ki so vstopili v program zdravljenja, po glavni drogi, 2020.

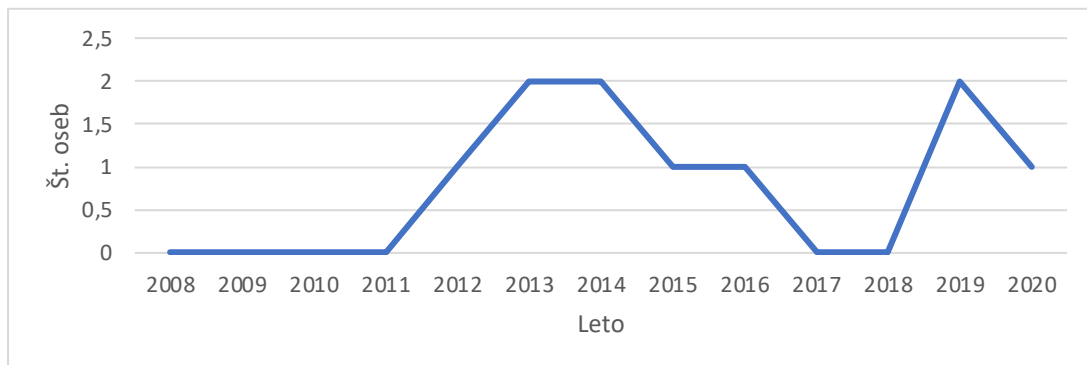


Vir: NIJZ, Stanje na področju prepovedanih drog v Slovenije 2021

6 V HBSC raziskavo je bilo v letih 2017/2018 vključenih 45 držav/regij.

Podatki kažejo, da število novih primerov okužbe s HIV med slovenskimi injicirajočimi uporabniki drog (IUD) ostaja nizko. V letu 2020 je bil med IUD prijavljen en primer okužbe s HIV.

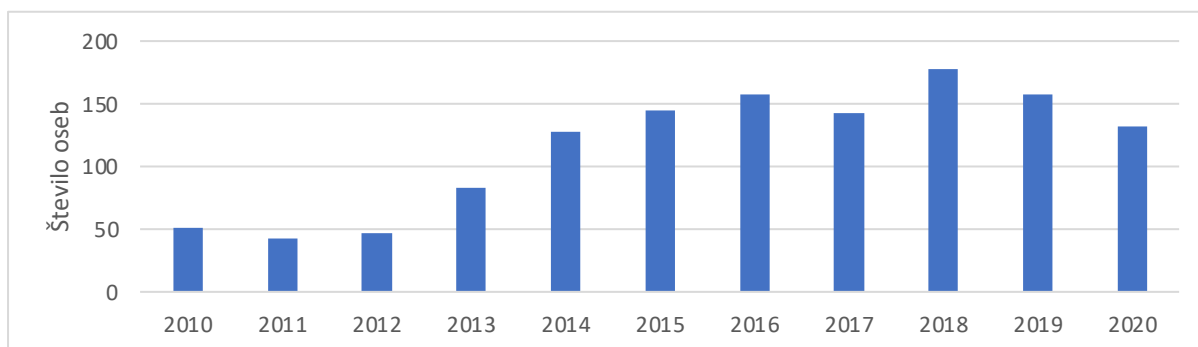
Slika 103: Novi primeri okužbe s HIV med IUD



Vir: NIJZ, Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2021

Spodaj so prikazani podatki o obravnavah odraslih bolnikov, ki so bili pregledani in zdravljeni zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami v UKC Ljubljana, ki je sekundarna bolnišnica za ljubljansko območje z okoli 600.000 prebivalci. Podatki zadnjih let kažejo, da se je trend naraščanja števila obravnav zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami v zadnjih dveh letih umiril. V letu 2020 je bilo obravnavanih 132 oseb, kar je 26 obravnav manj kot preteklo leto, kar pomeni, da je bilo od vseh urgentno pregledanih oseb v internističnih ambulantah v Ljubljani v tem letu 0,57 % oseb pregledanih zaradi zastrupitve s prepovedanimi drogami.

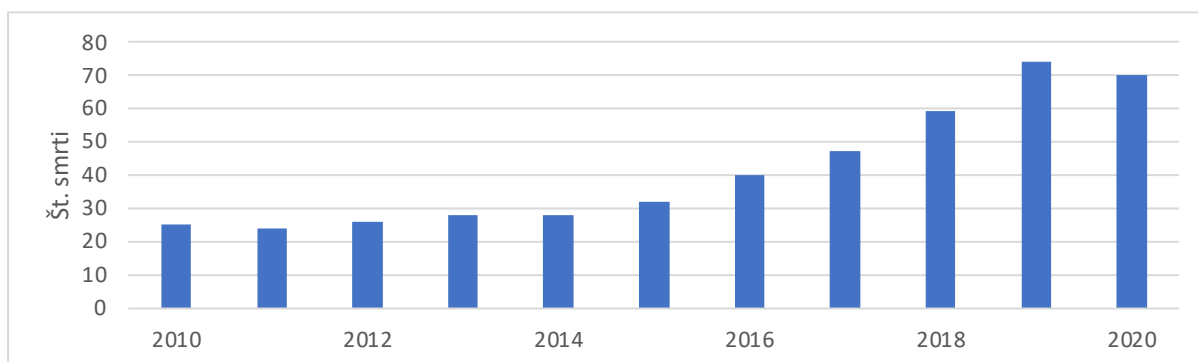
Slika 104: Primeri zastrupitev s prepovedanimi drogami v UKC Ljubljana, 2010-2020



Vir: NIJZ, Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2021

V letu 2020 smo v Sloveniji zabeležili 70 smrti zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog. 74 % smrti je bilo toksikološko potrjenih. Od leta 2015 beležimo trend naraščanja števila umrlih zaradi prepovedanih drog. Večina smrti se je tudi v letu 2020, tako kot v preteklih letih, zgodila v domačem okolju.

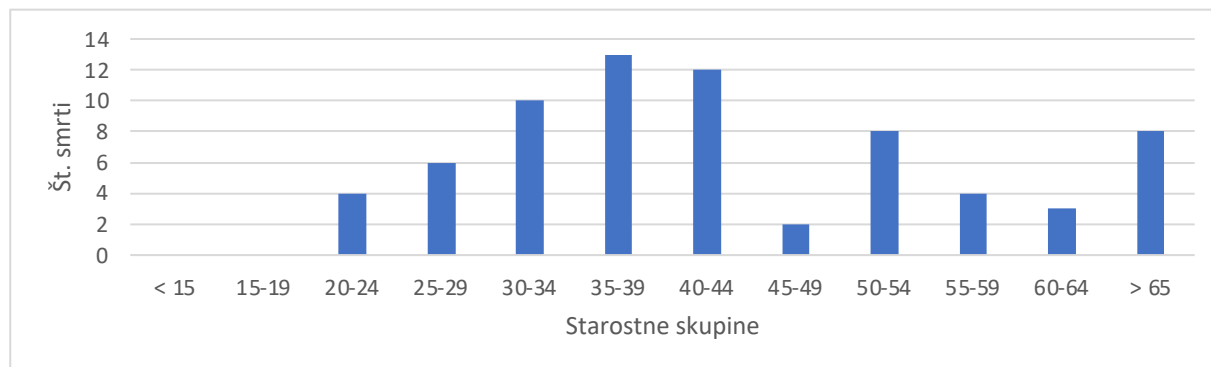
Slika 105: Primeri smrti zaradi prepovedanih drog



Vir: NIJZ, Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2021

Spremljanje podatkov v obdobju zadnjih desetih let kaže, da umrli zaradi uporabe drog umirajo vse starejši. Povprečna starost moških v letu 2020 je bila 41,7 let, žensk pa 56,5 let. Povprečna starost žensk se je glede na preteklo leto povišala, povprečna starost moških pa je ostala enaka. Največ umrlih je bilo v starostni skupini od 35 do 39 let.

Slika 106: Starost umrlih zaradi uporabe drog, 2020



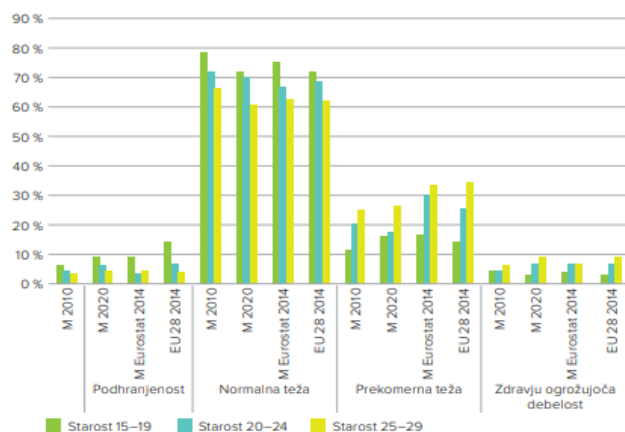
Vir: NIJZ, Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2021

8.4. Zdravje mladih

Med mladimi, starimi med 25 in 29 let, je v Sloveniji (in EU) skoraj desetina takšnih, ki imajo tako visok indeks telesne mase (ITM), da to ogroža njihovo zdravje. Glede na leto 2010 se je delež mladih z ITM indeksom, večjim od 30, v tej skupini povečal za 50 odstotkov, na ravni celotne populacije pa za okoli 35 odstotkov. Več je tudi podhranjenih (+46 odstotkov), med njimi sicer prednjačijo mlade ženske. Med mladimi je torej vse manj takšnih z »normalno težo«, slika pa se s starostjo slabša.

Slika 107: ITM po starostnih skupinah, EU in Slovenija

Indeks telesne teže, EU in Slovenija, po starostnih skupinah.



Vira podatkov: Eurostat (Body mass index (BMI) by sex, age and income quintile [hlth_ehis_bmi]), Mladina 2020.

Raziskava Mladina izpostavlja, da se v longitudinalni perspektivi kaže, da mladi leta 2020 v povprečju živijo bolj zdravo kot leta 2010 – manj pijejo alkohol in kadijo tobak, ob tem pa jedo bolj zdravo in se več ukvarjajo s športom. Dejstvo, da so mladi leta 2020 kljub temu manj zadovoljni s svojim zdravjem, kot so bili leta 2010, kaže na to, da na zdravje mladih pomembno vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so občutenje starševske ljubezni, stres ali osamljenost. Delež mladih, ki čuti osamljenost kot problem, se je v desetih letih povečal za 76 odstotkov, delež mladih, ki čuti stres nekaj oziroma večino dni v tednu, pa za 110 odstotkov. To skupaj s poslabšanjem stanja na področju telesne teže nakazuje na generalno slabšanje psihofizičnega zdravja mladih, ki ga ne nevtralizira krepitev zdravega življenjskega stila.

Med glavne napovednike višje stopnje stresa sodijo ženski spol, slabši odnosi s starši, količina časa, ki ga mladi preživijo pred zasloni pametnih naprav in računalnikov, negativna klima v šoli oziroma na delovnem mestu ter slabši materialni položaj družine. Na elemente težav, vezanih na duševno zdravje, je mogoče sklepati tudi v okviru prilagoditvenih strategij, ki jih mladi ubirajo, ko se soočajo s težavami. Zaskrbljujoče je, da se jih je kar 14 odstotkov zaradi omenjenih težav zateklo k alkoholu oziroma drogam.

Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da duševne motnje prizadenejo petino mladih. Podatki kažejo, da je depresija eden vodilnih vzrokov delovne nezmožnosti in da se približno polovica duševnih motenj začne pred 14. letom starosti. Samomor je drugi najpogostejši razlog smrti mladih odraslih, starih 19–25 let.

Skrb za duševno zdravje družbe temelji na dobrem duševnem zdravju otrok in mladih, saj se polovica vseh duševnih motenj začne do 14., do 24. leta pa kar tri četrtine.

Slika 108: Stres pri mladih

Stres in čas, ki ga mladi preživijo pred zasloni računalnikov in pametnih naprav. Občutenje stresa v povezavi s časom, ki ga mladi preživijo pred zasloni računalnikov in pametnih naprav.

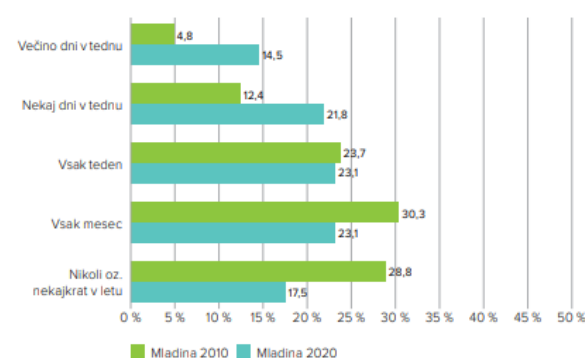


Vir podatkov: Mladina 2020.

Opomba: Čas, ki ga mladi preživijo pred zasloni računalnikov in pametnih naprav (t_{zaslon}), predstavlja vsoto kategorij časa (1 = manj kot 15 min. na dan, 6 = več kot tri ure na dan) enajstih aktivnosti (maks. 66), ki jih mladi opravljajo na računalnikih/pametnih napravah (nakupovanje, igranje iger, poslušanje glasbe, šolske obveznosti itd.).

Stres pri mladih, 2010 in 2020.

Kako pogosto čutiš stres?

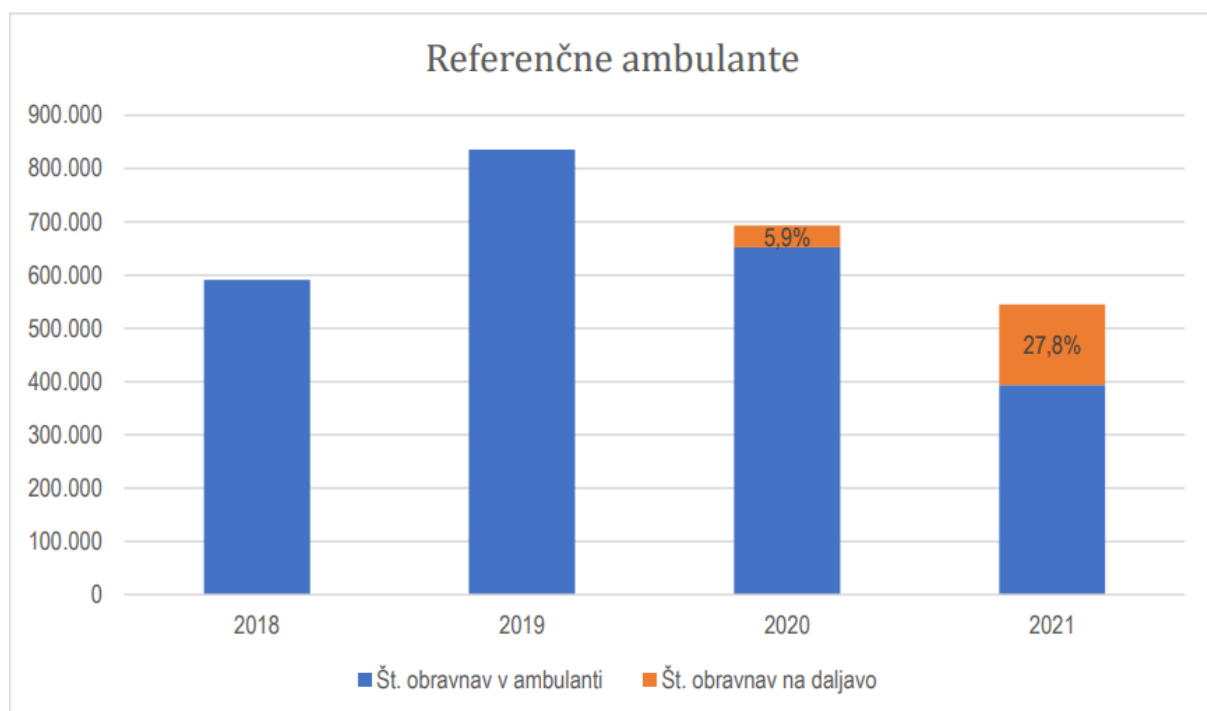


Vira podatkov: Mladina 2010, Mladina 2020.

8.5. Preventivni programi za odrasle v referenčnih ambulantah

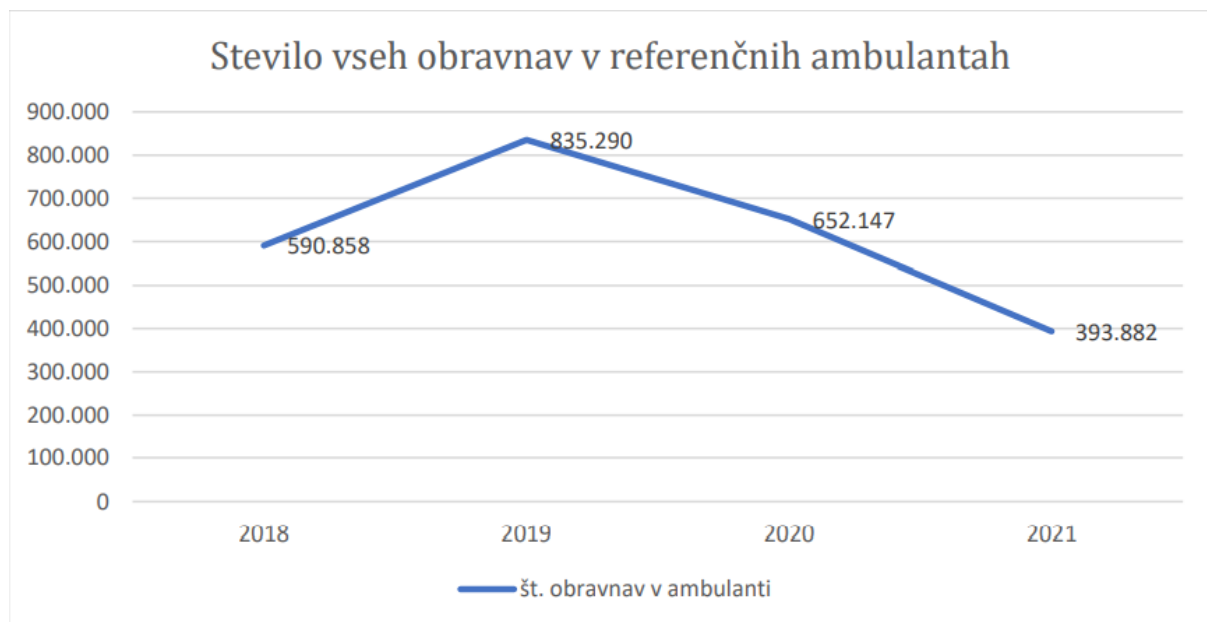
V letu 2021 je bilo v referenčnih ambulantah izvedeno 393.882 obravnav, kar je za 60 % vrednosti opravljenih obravnav preteklega leta oziroma leta 2020, ko je bilo opravljeno 652.147 obravnav. V letu 2020 je bilo za 22 % manj opravljenih obravnav v referenčnih ambulantah kot v preteklem letu oziroma v letu 2019, ko je bilo opravljenih 835.290 obravnav. Medtem ko se je število obravnav v ambulanti v letu 2021 znižalo, se je v primerjavi s preteklim letom 2020 povečalo število obravnav na daljavo z 41.219 na 151.291 oziroma za 367 %. V skupni vrednosti vseh obravnav je število obravnav na daljavo v letu 2021 znašalo že 27,8 %.

Slika 109: Delež posvetov na daljavo glede na vse obravnave v referenčnih ambulantah



VIR: NIJZ

Slika 110: Število vseh obravnav (vključene so tudi obravnave na daljavo) v referenčnih ambulantah



Vir: ZZS

8.6. Populacijski presajalni programi za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka

V Sloveniji smo že pred več kot desetletjem prepoznali potrebo po pripravi celovitega strateškega dokumenta, Državnega programa za obvladovanje raka, saj je rak veliko javnozdravstveno breme. Vlada RS je 29. 12. 2021 potrdila nov, že tretji Državni program obvladovanja raka za obdobje 2022–2026. Novi DPOR v celoti sledi usmeritvam Evropskega načrta za obvladovanje raka, ki predstavlja enega od stebrov Evropske zdravstvene unije. V preteklih letih smo s sistematičnim in celovitim pristopom že dosegli:

- počasnejšo rast zbolevanja za rakom, bolj pri ženskah kakor pri moških;
- pomembno zmanjšanje starostno standardizirane incidenčne stopnje raka pri moških (žal ne pri ženskah, predvsem zaradi kadilskih rakov);
- pomembno povečanje petletnega preživetja pri obeh spolih.

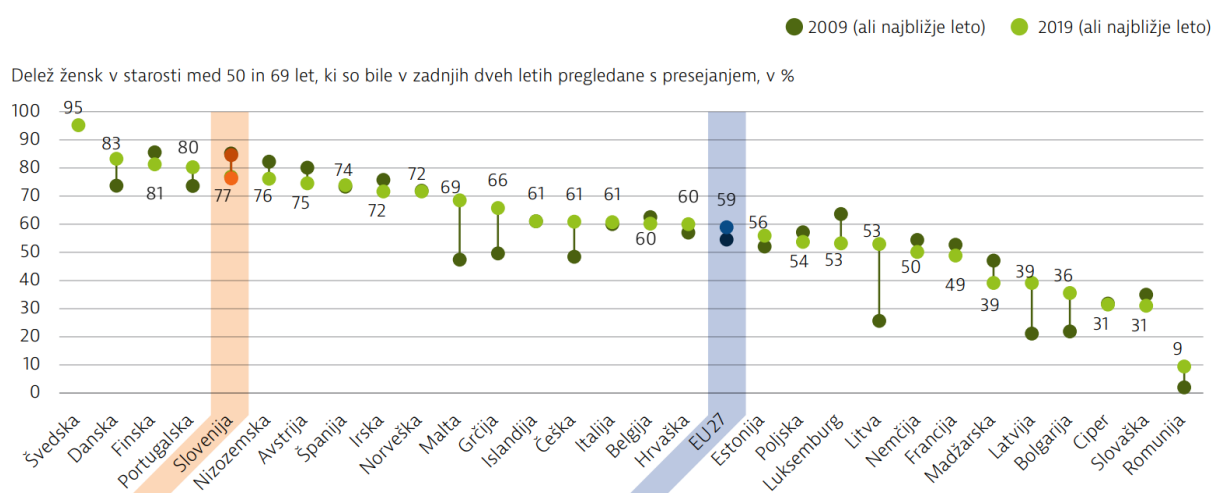
Dobri rezultati so predvsem posledica:

- izvajanja učinkovitih politik in ukrepov za preprečevanje bolezni, kot je tobačna zakonodaja, izvajanje alkoholne in prehranske politike, preprečevanje izpostavljenosti radonu in sončenju, cepljenje proti hepatitisu B in HPV in preventivi kroničnih bolezni v primarnem zdravstvenem varstvu;
- zgodnjega odkrivanja in odličnih presejalnih programov, saj je Slovenija med najuspešnejšimi državami, ki so pomembno zmanjšale incidenco in umrljivost zaradi rakov na debelem črevesu in danki, materničnem vratu in deloma tudi na dojki s programi ZORA, DORA in SVIT;
- boljše diagnostike, multidisciplinarne obravnave in zdravljenja, ki so skladni s strokovnimi smernicami.

Presejalni programi (ZORA, DORA, SVIT) so kljub prekinitvi delovanja v letu 2020 z velikimi naporii nadoknadili zaostanke in delujejo nemoteno. Presejalni programi za rake, ki jih priporoča Svet Evropske unije in smo jih uvedli tudi v Sloveniji, so z zgodnjim odkrivanjem že zmanjšali umrljivost za rakom dojke, debelega črevesa in danke ter rakom materničnega vratu; pri slednjih dveh so zmanjšali tudi incidenco.

V presejalnem programu za raka dojke sodeluje več žensk, kot je povprečje EU.

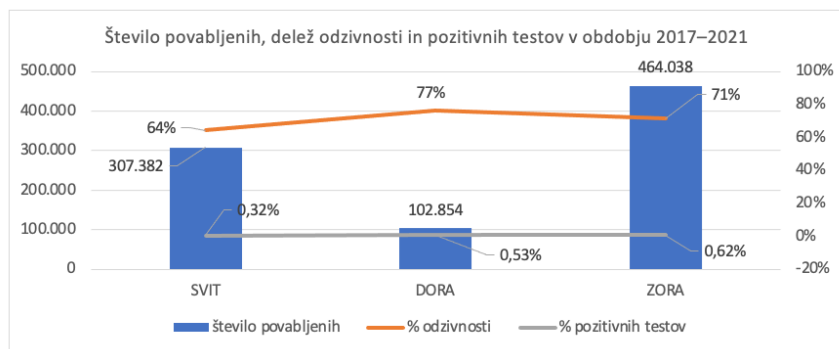
Slika 111: Delež žensk starosti med 50 in 69 let, ki so bile v zadnjih dveh letih pregledane s presejanjem v Sloveniji in EU



Vir: OECD, 2021

ZZZS na letni ravni nameni povprečno 115 milijonov evrov ali 5 % vseh odhodkov ZZZS za vse preventivne programe. V letu 2020 je bilo za program Zora porabljenih 1,3 mio EUR, za program Dora 11,8 mio EUR in za program Svit 7,1 mio EUR sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Slika v nadaljevanju prikazuje odstotek udeležbe na preventivnih programih in odstotek ugotovljenih pozitivnih testov oziroma odkritih rakov v obdobju 2017–2021.

Slika 112: Število povabljenih, delež odzivnosti in pozitivnih testov v obdobju 2017–2021



Vir podatkov: Letna poročila ZZZS za leta 2017–2021

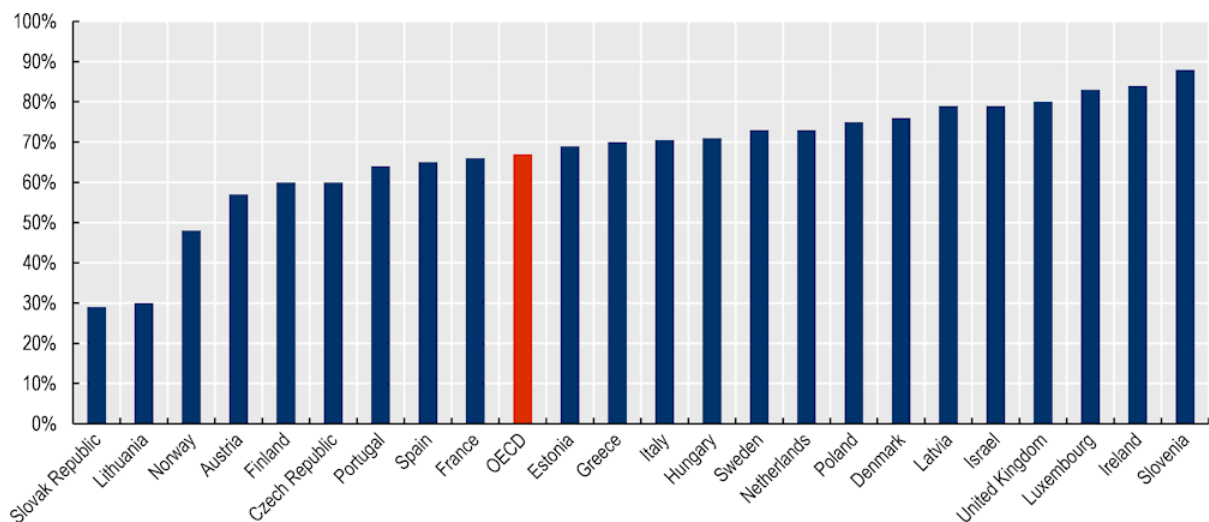
9. Duševno zdravje prebivalcev

Duševno zdravje ni zgolj odsotnost duševne motnje, temveč je stanje duševnega blagostanja, ki ljudem omogoča, da se spopadajo s stresom življenja, uresničijo svoje sposobnosti, se dobro učijo in dobro delajo ter prispevajo k svoji skupnosti. Duševno zdravje je temeljna človekova pravica in je ključnega pomena za osebni, skupnostni in socialno-ekonomski razvoj.

Zaradi velike prevalence težav duševnega zdravja to področje postaja vedno bolj pomembno tudi v evropskem in v svetovnem merilu. Slabo duševno zdravje obremenjuje posameznika in skupnost, pomeni pa tudi gospodarsko breme (najmanj 4 % BDP) države, največ zaradi absentizma, invalidskega upokojevanja in prezgodnje smrti. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), Organizacija za gospodarstvo in razvoj (OECD) in EU zaradi posledic epidemije covid-19 še bolj intenzivno pozivajo države članice, naj uvrstijo področje duševnega zdravja med svoje prioritete. Slovenija je uvrstila ureditev tega področja med svoje prioritete in bo leto 2023, v katerem namerava pripraviti tudi nov Zakon o duševnem zdravju, Zakon o psihološki dejavnosti in Zakon o psihoterapiji, razglasila za slovensko leto duševnega zdravja.

Na velik javnozdravstveni problem v duševnem zdravju je mogoče odgovoriti s povezano mrežo služb in storitev, ki so odziv na potrebe posameznikov in skupnosti. Na področju zdravstva so to službe, ki zagotavljajo krepitev in ohranjanje dobrega duševnega zdravja, preprečevanje bolezni, pravočasno in zgodnje odkrivanje motenj ter njihovo zdravljenje, ki pa so uspešne le, če hkrati zagotovimo tudi uresničevanje pravic do socialne vključitve, zaposlitve, ekonomske varnosti, varnega bivanja, rehabilitacije in destigmatizacije oseb s težavami v duševnem zdravju.

Slika 113: Delež delovno sposobnih odraslih v duševni stiski, ki so želeli pomoč, a je niso mogli dobiti



Dostopnost do storitev za duševno zdravje v Sloveniji pred sprejetjem nacionalnega programa je razvidna z grafa Delež delovno sposobnih odraslih v duševni stiski, ki so želeli pomoč, a je niso mogli dobiti zaradi finančnih omejitev, čakalnih dob ali prevoza. Slika prikazuje podatke med letoma 2012 in 2016. (Vir: OECD, 2021)

Republika Slovenija je na področju varstva in krepitev duševnega zdravja naredila pomemben napredek, ko je v letu 2018 Državni zbor sprejel Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljevanju: Program MIRA), ki je prvi strateški dokument na nacionalni ravni za ureditev tega področja. Za kakovostno, pravočasno, celostno in dostopno obravnavo ljudi z duševnimi motnjami vzpostavljamo medsektorsko mrežo storitev in služb načrtovalcev, izvajalcev ter uporabnikov in svojcev, ki so organizirani in medsebojno povezani na regionalno definiranih območjih.

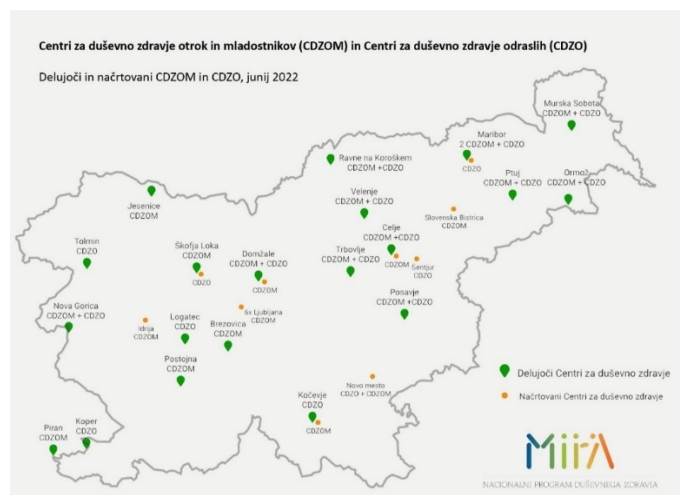
Pandemija covid-19 ni zgolj razgalila vseh pomanjkljivosti obstoječih zdravstvenih politik na področju duševnega zdravja, temveč je vplivala tudi na povečanje incidence in prevalence oseb s težavami v duševnem zdravju, njeni učinki pa bodo odmevali še več let po tem, ko bo epidemija covid-19 že izzzvenela. Raziskave v Sloveniji so potrdile negativen vpliv pandemije na nekatere skupine prebivalstva, ki jih doslej nismo uvrščali med ogrožene. Izsledki raziskave za oceno potreb po psihosocialni podpori med epidemijo, ki so jo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) opravili v letu 2021, je med drugim pokazala, da je kar 89 odstotkov od skupno 484 vprašanih študentov v zadnjih štirih tednih opazilo motnje razpoloženja, kot sta anksioznost in depresija, slabih 24 odstotkov pa je med psihofizičnimi težavami navedlo tudi samomorilno vedenje. Tudi raziskava NIJZ o stališčih do duševnega zdravja – PODZ je v letu 2021 pokazala veliko povečanje težav depresivne motnje. Če je v letu 2019 o težavah poročalo na 7,7 % prebivalstva, je v letu 2021 teh že 13,4 % prebivalstva. Rezultati raziskave PODZ so prav tako pokazali, da slaba polovica udeležencev (41,1 %), ki so poročali o simptomih depresivne motnje, ter 39,8 % udeležencev, ki so poročali o simptomih anksioznih motenj, doslej ni še nikoli poiskalo strokovne pomoči. Rezultati nakazujejo oz. potrjujejo, da obstaja zelo velika vrzel med prisotnostjo težav v duševnem zdravju ter iskanjem strokovne pomoči.

Četudi je število samomorov v Sloveniji v upadanju, še vedno sodimo med nadpovprečno ogrožene države. Število samomorov se je v letu 2020 nekoliko znižalo (369 oseb, od tega 295 moških in 74 žensk), v letu 2021 pa se je število storjenih samomorov ponovno nekoliko povišalo, na količnik 20,50 na 100.000 prebivalcev (432 oseb, od tega 338 moških in 94 žensk). Na trend zniževanja stopnje samomorilnosti vplivajo tudi učinkoviti preventivni programi, ki jih sofinancira MZ, med katerimi izpostavljamo dokazano učinkovite programe: To sem jaz, Neverjetna leta, A (se) štekaš?, Razvijanje samovrednotenja ranljivih otrok, CoolKids, Varni brez nasilja – celostni program primarne preventive nasilja nad vrstniki in spolnega nasilja na škodo otrok in mladostnikov, Mrežo 22 psiholoških posvetovalnic Posvet idr. V letu 2021 so bile pripravljene in razširjene smernice za postvencijo po samomoru »Ko se zgodi samomor učenca in dijaka« in predstavitev smernic za postvencijske programe v šolskem okolju. Narejena je bila nadgradnja spletnega portala ToSemJaz in širitev mreže ter usposabljanje izvajalcev prve psihološke pomoči. Izvedena je bila ocena stanja služb in storitev na področju duševnega zdravja, razvoj in implementacija programov za destigmatizacijo duševnih motenj med mladimi in mlajšimi odraslimi.

V letu 2020 razglašena pandemija covida-19 je poleg zdravstvene krize povzročila ekonomske, socialne in psihološke posledice, ki imajo velik vpliv na duševno zdravje ljudi, velik porast potreb po storitvah za duševno zdravje je ugotovljen tudi v Sloveniji. 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.

Program MIRA prenaša težišče obravnav duševnih motenj na primarno zdravstveno raven.

Slika 114: Centri za duševno zdravje



Vir: NIJZ

V skladu s podatki NIJZ na dan 30. 11. 2022 v Sloveniji deluje 19 timov Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM). S Splošnim dogovorom 2023 bo vzpostavljenih še 5 dodatnih timov CDZOM. Po oceni NIJZ (za 24 timov od 2023 naprej) bo za polno delovanje mreže CDZOM treba zagotoviti še 11 pedopsihiatrov, 46 specialistov klinične psihologije (na specializaciji je že 26 oseb), 40 psihologov, 31 specialnih pedagogov, 7 logopedov, 23 specialistov klinične logopedije, 10 delovnih terapevtov, 8 socialnih delavcev, 14 medicinskih sester in ustrezen delež administrativnega osebja (okvirno 44 oseb). Zaradi načrtovanih prerazporeditev znotraj zdravstva ob vzpostavljanju novih timov CDZOM bo manjkajoče število nespecialističnih strokovnjakov verjetno nekoliko nižje.

Na dan 30. 11. 2022 v Sloveniji deluje tudi 15 timov Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO). S Splošnim dogovorom 2023 bodo vzpostavljeni še 4 dodatni timi CDZO. Po oceni NIJZ (za 19 timov od 2023 naprej) bo za polno delovanje mreže CDZO treba zagotoviti še 14 psihiatrov, 47 specialistov klinične psihologije (na specializaciji je že 17 oseb), 16 psihologov, 5 delovnih terapevtov, 13 socialnih delavcev, 50 medicinskih sester in ustrezen delež administrativnega osebja (okvirno 37 oseb). Zaradi načrtovanih prerazporeditev znotraj zdravstva ob vzpostavljanju novih timov CDZO bo manjkajoče število nespecialističnih strokovnjakov verjetno nekoliko nižje.

Na sekundarni zdravstveni mreži so se okrepile zmogljivosti za pedopsihiatrijo in gerontopsihiatrijo. Vzpostavila se je urgentna pedopsihiatrična služba, kjer ni čakalne dobe, vendar ti otroci potem nimajo ustrezne obravnave zaradi nepopolne primarne mreže storitev. Pri vseh psihiatričnih bolnišnicah, ki teh oddelkov še nimajo, se bodo vzpostavili oddelki za psihogeriatrijo. Kljub temu je zaradi povečane potrebe po storitvah za duševno zdravje, pomanjkanja varovanih oddelkov v socialnovarstvenih zavodih in nepopolnih timov v centrih za duševno zdravje na primarni zdravstveni ravni še vedno zaznati pomanjkanje (posteljnih) kapacitet in storitev.

Glavna ovira pri implementaciji nacionalnega programa je pomanjkanje ustreznega usposobljenega kadra. Izpostavljamo klinične psihologe in (pedo)psihiatre. V letih 2019–2022 je že zaključilo specializacijo 46 kliničnih psihologov, vseh odobrenih specializacij pa je bilo 116. Znatno se je povečalo tudi število specializantov pedopsihiatrije, trenutno 39 specializantov kroži na sekundarni ravni. Specializacija traja 4 leta, zato se bo učinek povečanega števila navedenih specialistov v javni zdravstveni mreži občutil šele leta 2027.

Ministrstvo za zdravje je po sprejetju nacionalnega programa že izvedlo številne aktivnosti, v letu 2022 izpostavljam:

- Z interventnima zakonoma se je zagotovilo proračunsko financiranje za 100 kliničnih psihologov, povečalo se je tudi število specializacij za (pedo)psihiatrijo (39 specializantov).
- S Splošnim dogovorom so se zagotovila sredstva za širitev mreže centrov za duševno zdravje in razvojne ambulate na primarni zdravstveni ravni ter širitev zmogljivosti za pedopsihiatrijo in gerontopsihiatrijo na sekundarni zdravstveni ravni.
- V okviru Programa MIRA so bili izdelani protokoli sodelovanja različnih služb in potekajo izobraževanja in usposabljanja strokovnih delavcev za sodoben način obravnavanja duševnih motenj, povečalo se je število in nadgradili so se preventivni programi in projekti za duševno zdravje, pripravile so se smernice za postvencijsko podporo, preprečevanje zasvojenosti z ekrani, osveščanje lokalnih skupnosti o pomenu duševnega zdravja in drugi ukrepi akcijskega načrta.
- Pripravili smo predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o duševnem zdravju in predlog Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030, ki sta bila posredovana v javno obravnavo konec leta 2022.

Med ukrepi za sistemsko ureditev področja duševnega zdravja v letu 2023 izpostavljam:

- krepitev medsektorskega sodelovanja in izvajanje nacionalnega Programa MIRA;
- novi Zakon o duševnem zdravju, ki bo bolje uredil področje otrok in mladostnikov;
- novi Zakon o psihoterapiji, ki bo uredil področje izvajanja psihoterapij in omogočil dostop do teh storitev v okviru javne zdravstvene mreže;
- novi Zakon o psihološki dejavnosti, ki bo bolje uredil področje in izboljšal dostop do teh storitev v okviru javne zdravstvene mreže;
- drugo Strategijo obvladovanja demence do leta 2030, z akcijskim načrtom do leta 2025;
- pripravo novega Akcijskega načrta za duševno zdravje za leta 2024–2026;
- izboljšanje oziroma ureditev področja forenzične psihiatrije (v sodelovanju z MP);
- izdelavo izhodišč medresorske delovne skupine za celostno obravnavo otrok in mladostnikov z nevarnim vedenjem;
- V slovenskem letu duševnega zdravja bo ministrstvo organiziralo več akcij in projektov za destigmatizacijo duševnih motenj ter za izboljšanje zdravstvene pismenosti in krepitev dobrega duševnega zdravja.

Z navedenimi ukrepi Ministrstva za zdravje za izboljšanje duševnega zdravja na podlagi nacionalnega Programa MIRA bodo akutne težave z dostopom do kakovostnih storitev za duševno zdravje prebivalcev Slovenije zaradi zgoraj navedenih razlogov izzvenele do leta 2027.

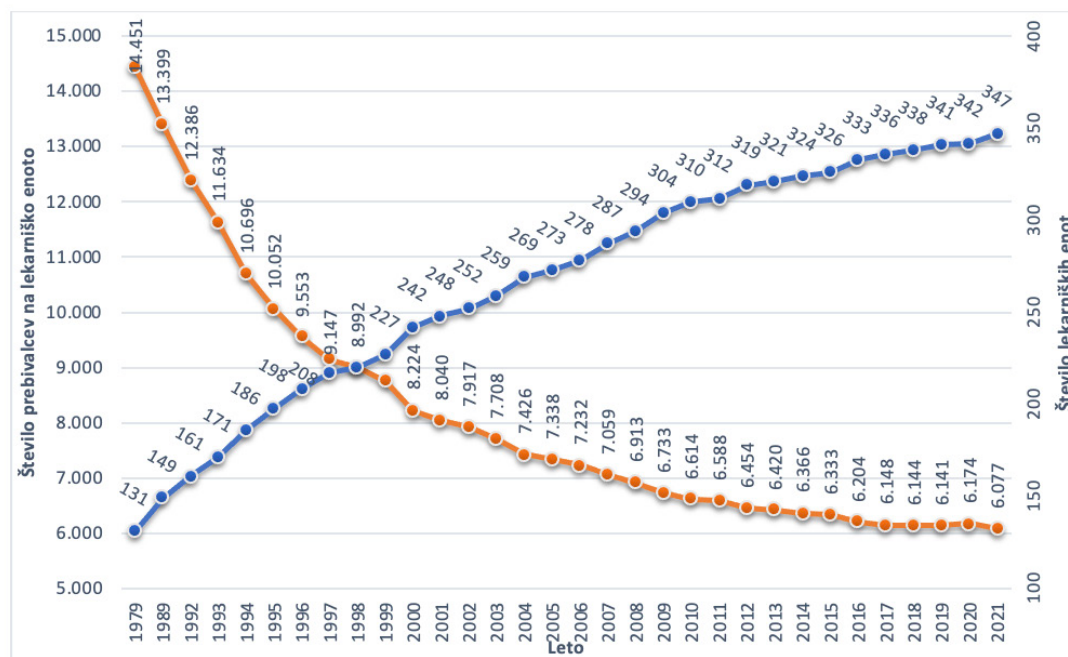
10. Lekarniške dejavnosti v Sloveniji v letu 2021

Lekarniško dejavnost na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je 31. 12. 2021 opravljalo 24 javnih lekarniških zavodov s 196 lekarnami in 50 lekarniškimi podružnicami, 87 izvajalcev s koncesijo za izvajanje lekarniške dejavnosti (od tega 60 fizičnih oseb, ki so nosilci lekarniške dejavnosti, in 27 pravnih oseb v obliki družbe z omejeno odgovornostjo) z 88 lekarnami in 11 lekarniškimi podružnicami ter 2 bolnišnični lekarni, ki opravljata tudi lekarniško dejavnost na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, skupaj 347 organizacijskih enot. Število organizacijskih enot se je v primerjavi z letom 2020 povečalo za 5 enot.

Lekarniška enota je v povprečju oskrbovala 6077 prebivalcev (št. preb. 2.108.708 – stanje na dan 1. 10. 2021 – podatki SURS).

Lekarniška dejavnost na sekundarni in terciarni ravni je bila organizirana v 26 bolnišnicah s 27 bolnišničnimi lekarnami.

Slika 115: Lekarniške enote



Vir: Interni podatki LZS.

10.1 Kadrovska struktura v lekarniški dejavnosti

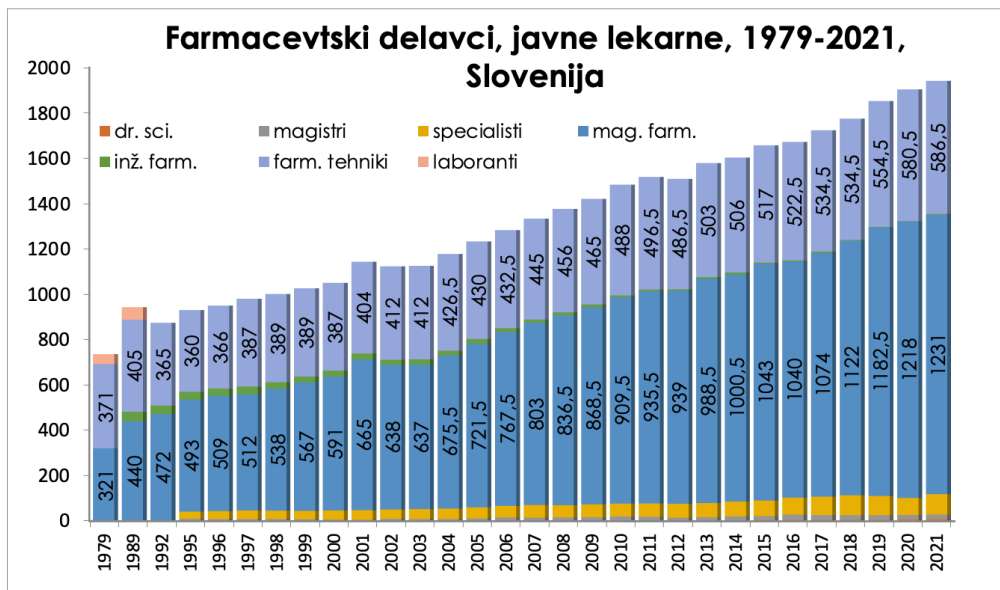
V lekarniški dejavnosti na primarni ravni je bilo 31. 12. 2021 zaposlenih 2373,5 delavcev, od tega 2263,5 redno in 110 pogodbeno. V javnih lekarniških zavodih je bilo zaposlenih 1930,5, pri izvajalcih s koncesijo za izvajanje lekarniške dejavnosti pa 443 delavcev. Po stanju 31. 12. 2021 je bilo v lekarniški dejavnosti na primarni ravni zaposlenih 1940 strokovnih farmacevtskih delavcev, od tega 1350 farmacevtov (skupaj z doktorji znanosti, magistri znanosti, specialisti in pogodbeno zaposlenimi).

Struktura zaposlenih delavcev je naslednja:

- 1231 magistrov farmacije,
- 9 doktorji znanosti,
- 20 magistrov znanosti,
- 90 specialistov,
- 3,5 inženirja farmacije,
- 586,5 farmacevtskega tehnika.

Zaposleni farmacevt je v povprečju oskrboval 1562 prebivalcev.

Slika 116: Farmacevtski delavci, javne lekarne



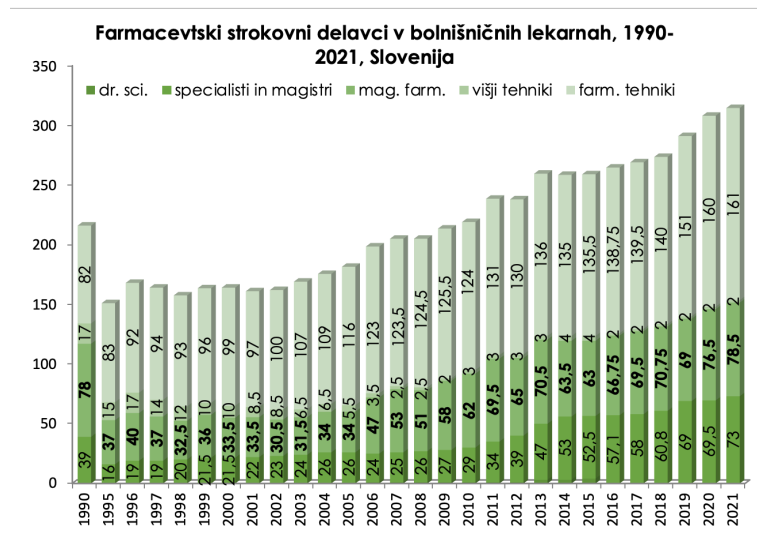
Vir: Interni podatki LZS.

V bolnišničnih lekarnah je bilo na dan 31. 12. 2021 zaposlenega 314,5 strokovnega farmacevtskega delavca, od tega:

- 78,5 magistra farmacije,
- 73 specialistov,
- 2 inženirja farmacije,
- 161 farmacevtskih tehnikov.

Med navedenimi magistri farmacije oz. specialisti je 8,7 doktorja znanosti in 10 magistrov znanosti.

Slika 117: Farmacevtski delavci, bolnišnične lekarne



Vir: Interni podatki LZS.

Opomba: Zaradi spremenjene metodologije zajema podatkov v letu 2016 so magistri znanosti in doktorji znanosti v letu 2020 zajeti znotraj postavk specialisti in magistri farmacije.

PROBLEMATIKA POMANJKANJA NEKATERIH ZDRAVIL

Zaradi številnih obvestil glede pomanjkanja določenih antibiotikov je MZ skupaj z Javno agencijo za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) opravilo pregled dostopnosti zdravil.

Ugotovili smo, da so v lanskem letu na JAZMP zabeležili veliko povečanje števila obvestil o spremembi trženjskega statusa zdravil za uporabo v humani medicini, o katerih so imetniki dovoljenj za promet oziroma za vnos v Republiko Slovenijo dolžni poročati skladno z določbami 24. člena Zakona o zdravilih: prejeli so 1785 tovrstnih obvestil (leta pred tem 1429 obvestil oziroma 25-odstotni prirast). Najpomembnejši vir povečanja so poročila o motnjah, ki vključujejo tako njihove prve prireditve, podaljšanja in zaključke (prejeli so kar 400 obvestil več kot leto poprej, torej 1063 obvestil namesto 665). Posledično je prišlo do velikega povečanja trenutnih motenj – ob začetku leta 275 oziroma približno 30 odstotkov več kot lani. Velik del motenj naj bi bil dokaj hitro razrešen: 60 naj bi se jih končalo v mesecu januarju, dodatnih 50 do konca marca. Najbolj pereča so pomanjkanja antibiotikov, predvsem za pediatrično populacijo, antiepileptikov, tudi antipiretikov. V vseh treh primerih Slovenija nikakor ni osamljen primer, temveč se motnje pojavljajo v številnih članicah Evropske unije (EU), tako da lahko z gotovostjo zatrdimo, da v teh primerih ne gre za težave, povezane z majhnostjo oziroma komercialno nezanimivostjo trga.

Vzroki za motnje so zelo različni, proizvajalci pa se glede njih zelo neradi natančno opredelijo (podobno opažajo tudi v vseh drugih članicah EU). V splošnem so vzroki zanje lahko povezani z učinkovino (ali ima proizvajalec končnega zdravila na zalogi zadostno količino učinkovine in ali je ta količina ustrezne kakovosti), proizvodnimi omejitvami (ali lahko proizvajalec z obstoječimi proizvodnimi linijami zagotovi zadostne količine zdravila in ali je končni izdelek zahtevane kakovosti), z distribucijo končnega izdelka (ali lahko proizvajalec v dovolj kratkem času dostavi končni izdelek po celotnem svetu oziroma kamor je potrebno) in v slovenskem primeru dodatno še z velikostjo trga (le najbolj prodajana zdravila se v Sloveniji prodajajo v tako velikih količinah, da je za Slovenijo narejena celotna proizvodna serija, pri vseh ostalih si serijo delimo z drugimi državami, kar poveča potrebo po usklajevanju proizvodnih naročil).

V zadnjih dveh letih smo zaradi pandemije bolezni covid-19 spoznali še nekaj novih razlogov, ki so povezani prav s tem: izpadi proizvodnje preostalih zdravil zaradi prioritiziranja proizvodnje zdravil in predvsem cepiv proti bolezni covid-19, večtedenska zaprtja najpomembnejših pristanišč in proizvodnih mest zdravilnih učinkovin na Kitajskem, tako rekoč čez noč spremenjene potrebe po posameznih zdravilih oziroma skupinah zdravil.

EU je v smislu preskrbe z zdravili preveč odvisna od proizvajalcev učinkovin, v nekaterih primerih pa tudi že končnih izdelkov, izven EU, predvsem od držav, kot so Kitajska, Indija, Turčija, ZDA in Švica. V luči tega je potreben konsenz na ravni EU, da je potrebno čimprej reševanje težav, povezanih z dejstvom, da v Evropi na področju proizvodnje zdravil nismo samooskrbni. Najmanj, kar bi morali v najkrajšem možnem času storiti, je, da bi proizvajalce zavezali k odgovornejšemu načrtovanju proizvodnje.

V času slovenskega predsedovanja Svetu EU je bil tako med drugim na Svetu EPSCO 7. 12. 2021 sprejet sklep, naj Komisija analizira, kaj je potrebno za zagotovitev dostopnosti in razvoja zdravil znotraj EU, vključno z neprofitnimi ali javno financiranimi proizvodnimi obrati, da se zagotovi dostopnost antibiotikov v primeru zmanjšane poslovne zanimivosti in v primeru izrednih razmer. Prav tako je bilo v času slovenskega predsedovanja usklajeno besedilo Uredbe (EU) 2022/123, ki razširja pristojnosti Evropske agencije za zdravila (angl. European Medicines Agency – EMA) na področju spremljanja, preprečevanja in usklajenega ukrepanja držav članic oz. njihovih pristojnih organov v primeru izrednih razmer v zdravstvu. Prav na podlagi te uredbe je EMA že začela pogovore z največjimi proizvajalci antibiotikov, da bi v dogovoru našli sistemske rešitve za čim hitrejši zaključek trenutnih težav in njihovo nadaljnje preprečevanje.

Na nacionalnem nivoju JAZMP pripravlja izboljšave v okviru trenutnih zakonskih možnosti, katerih cilj je izboljšanje kulture poročanja sprememb trženjskega statusa zdravil s strani imetnikov dovoljenj za promet ali vnos oz. uvoz zdravil, ter sodobnejšo in bolj uporabniku prijazno predstavitev zbranih podatkov, kar bi omogočalo tudi učinkovitejše preprečevanje motenj in ustrežnejše ukrepanje v primeru pojave motenj v preskrbi z zdravili. Za popolno implementacijo Uredbe (EU) 2022/23 pa bodo potrebne tudi nekatere spremembe nacionalne zakonodaje.

11 Digitalizacija zdravstva

Digitalno je naše zdravstvo izrazito fragmentirano. Zbiramo velike količine podatkov, ki pa so nepreverjeni, nepovezani, in posledično z njimi nismo zmožni pripraviti dobre analitike. Vsak vnos podatka pomeni za zdravstveno osebje administrativno obremenitev, ki je pogosto nesmiselna, saj se ta podatek izgubi v bazah podatkov, registrih, na integracijah in ne koristi vnašalca. 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.

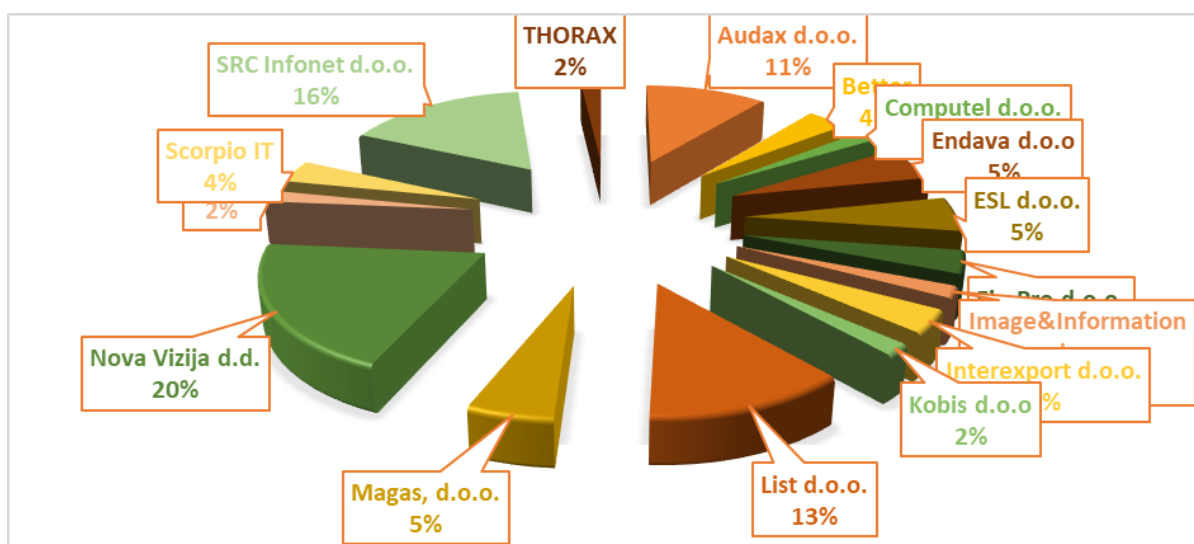
Splošna direktiva v zdravstvu je, da za vsakih 100 EUR vložka v investicijo (strojna ali programska oprema) potrebujemo naslednje leto (in vsa nadaljnja leta vsaj 5 let) 20 % osnovnega vložka za vzdrževanje.

Gospodarstvo namenja od letnih prihodkov med 6% in 10% v razvoj in vzdrževanje informacijsko komunikacijskih tehnologij (IKT). Glede na zbranih več kot 4 milijarde € za storitve v zdravstvu, bi torej **IKT morali vlagati (za investicije in vzdrževanje) okrog 35.000.0000 € letno!** ZZZS namensko nakaže izvajalcem v javni zdravstveni mreži skupaj nekaj pod **7 milijoni €** 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).

11.1 Primar

Zdravstveni domovi (ZD) so v upravljanju Občin(e). Občine naj bi vanje tudi investirale in informacijske rešitve predstavljajo investicijo. Po poročanju ZDjev imajo te **preko 30 informacijskih rešitev**, nepovezanih, nakupljenih pri domačih izvajalcih in prilagojenih na procese »kot delamo že 30 let« v posameznem ZD. Nihče se ni ukvarjal z optimizacijo procesov, zato smo v digitalno spremenili neoptimizirane »pešč« procese. Večina ZDjev **nima ali pa ima priučenega informatika**, ter se informacijsko v celoti zanašajo na zunanje dobavitelje, tako strojne kot programske opreme.

Slika 118: Informacijske rešitve v zdravstvenih domovih



V kolikor ZD opravlja tudi določene sekundarne zdravstvene dejavnosti, se kompleksnost informacijskih sistemov neizbežno poveča, saj morajo sistemi ne samo prožiti eNapotnice, pač pa tudi sprejemati in razvrščati paciente z eNapotnicami.

Zdravstveni domovi so daleč najbolj informacijsko osiromašeni zavodi zaradi pomanjkanja lastnega IT kadra in pomanjkanja centralnih navodil, kako in kaj naj uporabljajo kot informacijsko rešitev.

11.2 Sekundar - bolnišnice

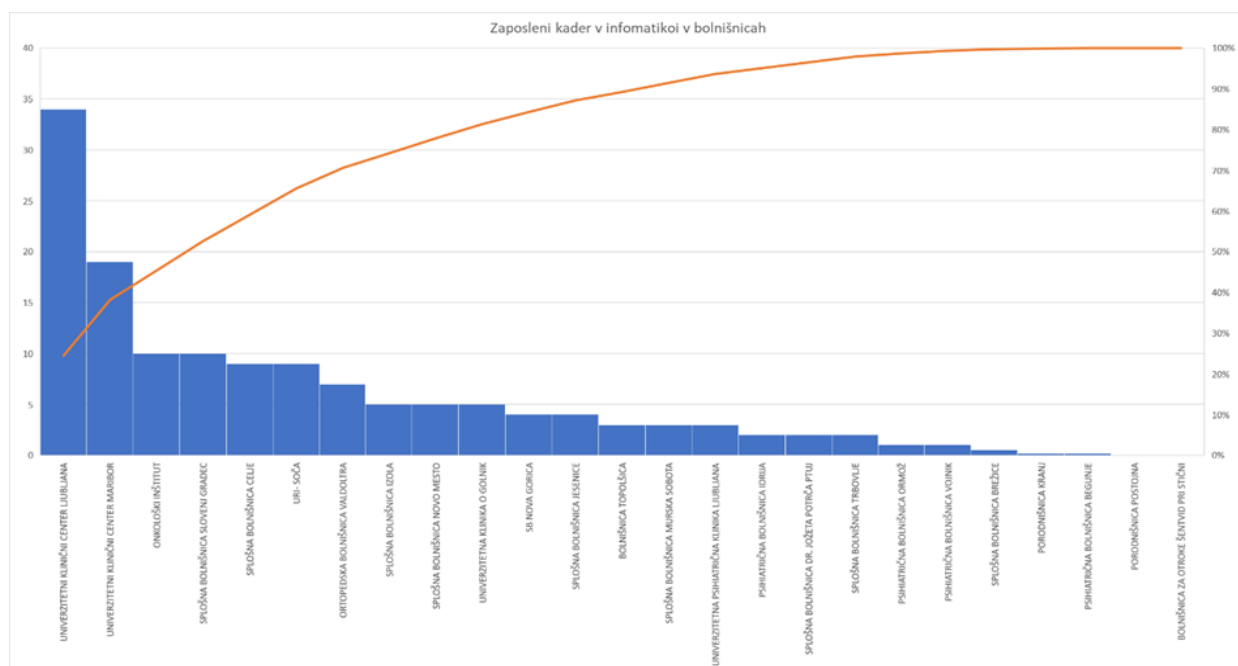
Na sekundarni ravni zdravstva so informacijski sistemi zahtevnejši in posledično dražji. Glede na specialnosti postajajo kompleksnejši, še vedno pa morajo v osnovi zbirati enake podatke kot na primarni ravni.

Informacijska podpora se na sekundarni ravni ločuje na poslovno informacijsko podporo (glavna knjiga, osnovna sredstva, skladišča, naročilnice, prejeti računi), zgodovinsko je posebna rešitev obračun za ZZZS (izdani računi!), bolnišnični inf. sistemi (BIS), ki se delijo na administracijo pacientov in klinične module, radiološki informacijski sistemi (slike z naprav kot so UZ, MR, CT...), razne lokalne posebnosti, kot je npr. priprava citostatikov na onkologiji.

Večino BISov v Sloveniji obvladuje podjetje SRC Infonet še na tehnologijo klient/strežnik. Žal tudi teh 23 BISov ni enakih, saj si je vsaka bolnišnica nekatere procese v digitalni obliki spet predstavljala in sprogramirala »po svoje«. Vzdrževanje tako različnih rešitev pa je drago. Skupaj imamo 8 dobaviteljev BISov, nekatere bolnišnice (npr. UKC LJ) pa imajo kar 4 enakovredne sisteme, kakor so to kupovali in uvajali skozi leta po posameznih klinikah. Drago je torej vzdrževanje sistemov, ki po vsebini podpirajo enake procese, ki jih izvajamo na zelo različne načine, v sistemu, kjer je ustanovitelj en sam! Draga informatika je posledica neusklajenih in nepoenotenih procesov brez dogovora o podatkih, ki jih MORAMO zbrati v dobro vsakega od nas.

V vseh slovenskih bolnišnicah je zaposlenih manj kot 100 »IT-jevcev«, sodijo v plačno skupino J, in ker imajo pogosto nedokončane fakultete, hkrati pa veliko področnih certifikatov in izkušenj z lokalnimi uporabniki in lokalnimi informacijskimi sistemi, je treba nekaterim celo doplačevati, da dosežejo vsaj minimalne plače.

Slika 119: Število IT zaposlenecv po bolnišnicah.



Čeprav imajo bolnišnice istega ustanovitelja, vsi pacienti pa gredo skozi isti sistem od družinskega zdravnika do bolnišnične obravnave, ne obstaja zakonodajna osnova za centralno obvladovanje informacijskih sistemov v zdravstvu. Nameščanje in uporaba informacijskih rešitev v javnih zdravstvenih zavodih je bila prepuščena iznajdljivosti posameznega direktorja ob velikem pomanjkanju zaposlenecv v informatiki, ki so glede na stanje v gospodarstvu podplačani tudi 5x (zelo dobri informatiki velikokrat nimajo dokončane fakultetne izobrazbe in zato ne morejo konkurirati za višje plačilo v sistemu javnih uslužbencev).

11.3 Lekarne

Programsko opremo v lekarnah za izdajo in obračun zdravil in medicinskih pripomočkov ponujajo tri podjetja: Hakl IT, Pronet in Pharmaco. V lekarnah se v kratkem načrtuje uvedba centralne nadzorovane rešitve za osebno kartico zdravil na portalu za zdravstvene delavce, ki so ga v lekarnah uporabljali že za izdajo covid-19 potrdil za paciente, ki niso imeli dostopa do portala in/ali aplikacije zVEM.

11.4 Nacionalni inštitut za javno zdravje in ezdravje

NIJZ je skrbnik in upravitelj sistema eZdravje, ki vsebuje zbirke in rešitve: CRPP – Centralni register podatkov o pacientu, eNapotnica, eNaročanje, eRecept, portal zVem, eTriaža, Teleradiologija ... Centralni sistem je podatkovno stičišče lokalnih informacijskih sistemov v delu, kjer morajo ti poročati podatke v centralni sistem ali jih odvzemati iz njega. Letno investira ministrstvo za zdravje prek projekta eZdravje neposredno iz proračuna v sistem in plače delavcev manj kot 6 milijonov EUR. Nekaj NIJZ za namene IKT pridobi še skozi EU projekte na različnih ravneh, vendar tega ni več kot 3 milijone EUR letno. Vzdrževanje informacijskih rešitev je zagotovljeno izključno prek nakazil iz proračuna.

NIJZ sicer upravlja centralne gradnike digitalnega zdravstva, ne more pa vplivati na naložene na primarni in sekundarni ravni. Delno predpiše načine povezovanja na centralne gradnike, vendar nima izvršne moči zahtevati ali usmerjati izvajalcev k standardizaciji, poenotenju in povezljivosti (integrabilnosti). Prav tako nima moči zahtevati poenotenja šifrantov na osnovnih ravneh.

Primeri:

NIJZ in ZZZS ne uporabljata enakih šifer zdravstvenih storitev, zato se pacient naroči na eno od šifer NIJZ, izvajalec pa ZZZSju zaračuna po drugi ali več drugih šifrah storitev, kot jih za obračun že leta uporablja ZZZS. Križni šifrant med sistemoma ne obstaja.

Izvajalci lahko pod naročniško šifro storitve izvajajo različne aktivnosti, tega ne preverja nihče, aktivnosti pod posamezno šifro niso standardne za vse izvajalce in zato analitsko niso primerljive. Postopke pod določen šifro storitve mora predpisati stroka in jih je potrebno izvajati enako povsod.

Podatki, ki jih mora določena stroka – klinične poti, pošiljati v Centralni register pacientovih podatkov (CRPP) niso dogovorjeni na ravni stroke. Glede na lokalne informacijske rešitve, lahko (ali pa tudi ne!) vsak istovrstni strokovnjak v CRPP pošilja drugačne podatke.

NIJZ ne preverja kakovosti prejetih podatkov in ne more vplivati na popravljanje na viru podatka.

NIJZ (strokovno in formalno je NIJZ zavod na terciarni ravni in torej enakovreden npr. Onkološkemu inštitutu, Zavodu za transfuzijsko medicino, UKC LJ,...) nima možnosti nadzirati razpisanih urnikov pregledov in posegov pri izvajalcih. Vsak izvajalec urnike za naročanje obravnava po svojih najboljših močeh skupaj s »svojo« programsko hišo.

Največji izziv čakalnih vrst, kot jih vidimo informatiki, je, da ne vemo, kako pravilne podatke sploh prikazujemo. Ali so izvajalci »pozabili« zaključiti obravnave pacientov in se ti še vedno pojavljajo kot čakajoči? 34 % pacientov (več kot vsak tretji!) je v akciji, ki jo je leta 2021 izvedel NIJZ, povedalo, da so že opravili poseg ali preiskavo, in to točno pri izvajalcu, ki jih še vedno vodi kot čakajoče.

NIJZ je sicer skladno z veljavno zakonodajo (ZZPPZ – Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva) skrbnik več registrov podatkov, ki pa so nastajali ad-hoc in nestandardizirano, hkrati pa je kot enakovreden terciarni zavod obdelovalec podatkov, kar mu jemlje podatkovno nepristranskost.

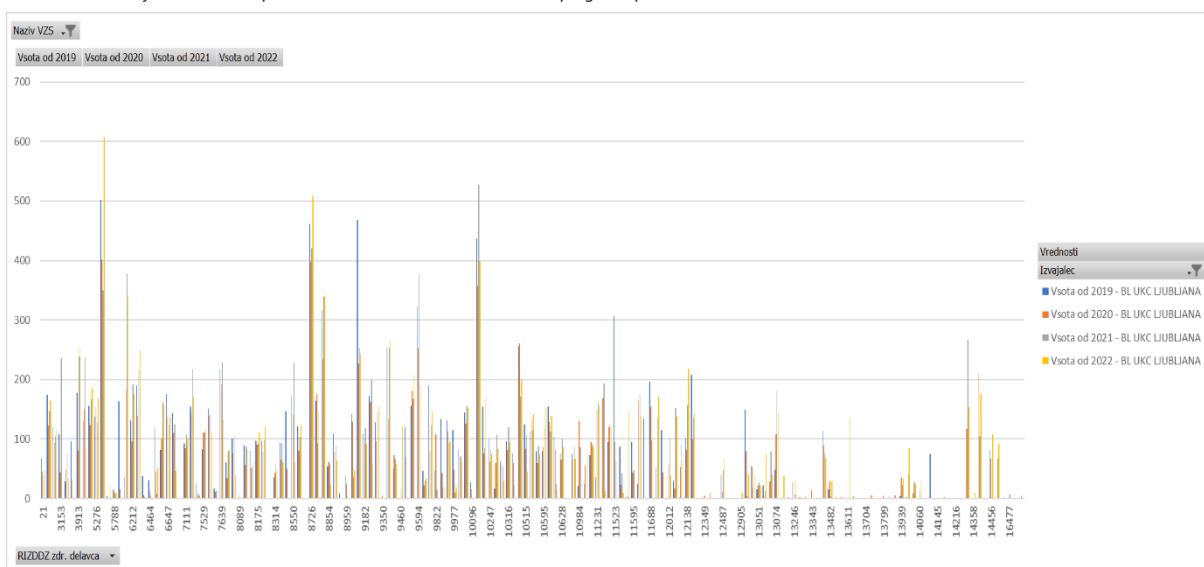
11.5 Zdravstvena zavarovalnica in obračun

Začetnik informatike v zdravstvu so obračunski sistemi, potrebni za obračun zdravstvenih storitev prek ZZZS. Žal je vsa nadaljnja nadgradnja informacijskih sistemov v zdravstvenih zavodih izhajala z vidika obračuna in ne pacienta ali zdravstvenega delavca. ZZZS pa je pogosto z namenom boljše informatizacije prekoračil meje svojega delovanja, torej zbiranja denarja zavarovancev in ustreznega plačila izvajalcev. Druge centralne enote v naši državi dolga leta ni bilo, z izvajalci pa se vedno lahko pogajaš, če jim nečesa ne želiš ali zaradi pomanjkanja informacij ne moreš plačati.

Zavarovalniški analitski sistem (ZAS) vsebijo množico podatkov (vključno z diagnozami pacientov, kar je s stališča varovanja osebnih podatkov sporna praksa), vendar so zajeti za namen obračuna – billing. Klinično ali odločevalsko si z njimi lahko pomagamo do določene mere, če nam jih hkrati nekdo od poznavalcev tematike na ZZZSju sproti in neutrudno razlaga. ZZZS namreč interno nenehno spreminja nekatere načine poročanja, obračunske modele in tako polje izvajalcem novo »okrožnico« že vsakih 14 dni. Ker **obračun NI CENTRALEN**, ga izvajajo izvajalci in vsakič plačujejo programskim hišam za nadgradnje podobnih, vendar ne enakih sistemov. Pravil obračuna je že toliko da dvomimo, če ima še kaka oseba celovit pregled nad vsemi. ZZZS mora nujno prevzeti en centralni obračun storitev, izvajalci pa samo poročajo na predpisani način, o storitvah, ki so jih izvedli in materialu, ter zdravilih, ki so jih porabili za paciente.

Za razliko od kakih tujih privatnih zavarovalnic ZZZS ne preverja kakovosti storitev pri izvajalcu, niti se ne ukvarja s poenotenjem postopkov za enako storitev. Preverjajo se pravila obračuna in mnogokrat se ponavljajo obračuni pri izvajalcih.

Slika 121: Poročanje storilnosti za primer UKC LJ za storitev Dermatološki pregled – prvi



11.6 Kibernetška varnost

Kibernetški napadi so danes stalnost in stvarnost, škode po njih velike, nezmožnost delovanja pogosto nekajdnevna. V slovenskem zdravstvu se še najbolj varuje eZdravje v okviru NIJZ. Izvajalci kibernetški varnosti ne varnosti ne posvečajo dovolj pozornosti, ne ocenjujejo tveganj in ne izvajajo rednih vaj z namenom priprave na kibernetški napad. Izvajalci so zato poglavitna grožnja sistemu eZdravja. V primeru večjega napada bodo bolnišnice sicer delovale, vendar s kakšnimi podatki? Bo bolnik dobil pravilno terapijo, ki je zapisana v digitalni obliki, do katere ne moremo dostopati? Kibernetški napadalci lahko prepišejo podatke v dragi medicinski opremi (nekaj minut predolgo v obsevalnem aparatu vas ubije!), zmedejo sisteme respiratorjev in črpalk.

Digitalizacija v zdravstvu je zaradi slabe organiziranosti delovnih procesov v zavodih in razdrobljene nabave IT opreme zelo raztreščena in brez enotnega imenovalca, čeprav se je centralni sistem eZdravja to trudil biti, brez racionalnega finančnega in kadrovskega vložka. **Digitalizacija ne bo rešila marsikaterega problema, bo pa nanje pokazala!**

12. Kakovost v zdravstvu

Poglavitni razlogi za osredotočenje na kakovost in varnost v zdravstvu so vrzeli med sedanjimi izidi in izidi dobrih praks, velika variabilnost med izvajalci, razsipavanje virov, pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev, državljanov in izboljšanje dostopnosti.

Zdravstveni sistem se mora kakovostno odzivati na potrebe uporabnikov zdravstvenih storitev pri zagotavljanju zdravja kot enega najpomembnejših gradnikov razvoja. Zakon o pacientovih pravicah kakovostno zdravstveno obravnavo definira kot obravnavo, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, dostopnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta (tretji odstavek 11. člena). Sledi strokovnemu znanju, ki se osredotoča na potrebe in cilje posameznikov, njihovih družin in celotne skupnosti v procesu zdravljenja, da se preprečijo preprečljivi škodljivi dogodki, ki se jim z današnjim znanjem lahko izognemo, ter vključujejo uporabnike zdravstvenih storitev kot ključne partnerje pri preventivi in v procesu zdravljenja.

Kakovostna zdravstvena obravnava posamezniku in populaciji zagotovi želene izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem. Gre za nenehno prizadevanje vsakogar, tako zdravstvenih strokovnjakov, uporabnikov zdravstvenih storitev in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev, da naredijo spremembe, ki bodo pripeljale do boljših izidov za uporabnike zdravstvenih storitev in uspešnega delovanja zdravstvenega sistema ter boljšega razvoja strokovnjakov.

Varna zdravstvena obravnava preprečuje škodo za uporabnika zdravstvenih storitev v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Varna zdravstvena obravnava zagotavlja v sistem vgrajene instrumente in spodbude proti izvajanju defenzivne medicine, skrivanju napak, pripisovanju napak komplikacijam in izogibanju postopkom, tako da ne bi prišlo do napake. Na ta način se sistem varnosti osredotoči na učenje in širjenje kulture varnosti, pravične kulture in dobrih praks. V primeru preprečljivega škodljivega dogodka se uporabniku zdravstvenih storitev zagotovi primerna odškodnina s pomočjo sistema odškodnin za medicinske strokovne napake pri zdravstveni obravnavi in socialna varnost v delu, ki se nanaša na posledice teh napak.

Nacionalna analiza Ministrstva za zdravje v letu 2021 je pokazala, da je glavna pomanjkljivost odsotnost nacionalnih struktur in struktur pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Strukture zdravstvenega sistema predstavljajo okvir, v katerem se zdravstvena obravnava izvaja. Med strukture prištevamo vse dejavnike, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene oskrbe: fizično okolje, oprema, materialni in človeški viri. Na podlagi mednarodne analize prodornih zdravstvenih sistemov in SWOT analize slovenskega zdravstvenega sistema je potrebna vzpostavitev organa za upravljanje in podporo spremljanju in razvoju kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu, ki bo izvajal naloge na področju:

- vzpostavljanja in nadgradnje mednarodno prepoznavnega sistema kakovosti in varnosti uporabnikov zdravstvenih storitev;
- sodelovanja z izvajalci zdravstvene dejavnosti, uporabniki zdravstvenih storitev ter ostalimi partnerji pri pospeševanju kakovosti in varnosti v zdravstveni dejavnosti;
- oblikovanja kazalnikov kakovosti in varnosti v zdravstveni dejavnosti;
- koordinacije kliničnih smernic in kliničnih poti;
- vzpodbujanja izobraževalnih in raziskovalnih nalog in projektov o kakovosti in varnosti uporabnikov zdravstvenih storitev;
- določanja načina spremljanja kliničnih tveganj, opozorilnih nevarnih dogodkov in drugih preprečljivih škodljivih dogodkov pri zdravstveni obravnavi in določanju sistemskih priporočil za njihovo preprečitev;
- nadzorovanja doseganja kakovosti izvajalcev zdravstvenih dejavnosti;
- in drugih aktualnih nalogah s področja zagotavljanja in izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Ministrstvo za zdravje mora zagotoviti pogoje za delovanje takega organa v zakonodajnem pogledu, vključno z opredelitvijo virov financiranja ter v smislu celovitega vodenja sistema upravljanja kakovosti in varnosti na ravni države. Prav tako mora ministrstvo na organizacijski ravni dodatno opolnomočiti notranjo organizacijsko enoto za kakovost, ki bo odgovorna za pripravo strateških dokumentov na področju razvoja kakovosti in varnosti, koordinirala pripravo normativnih dokumentov za izvedbo strategije, spremljanje izvajanja in implementacijo usmeritev sprejete strategije in nadzor sistema kakovosti na nacionalni ravni. V ta namen je bil ustanovljen urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki ima notranjo organizacijsko enoto Sektor za sisteme kakovosti in varnosti v zdravstvu.

V prihodnosti je za pomoč pri upravljanju kakovosti na nivoju ministrstva predvideno ponovno imenovanje komisije za kakovost in varnost, v katero bodo vključeni predstavniki izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Komisija za kakovost in varnost je oprijemljiv dokaz zavedanja, da je zdravje prioriteta v naši družbi.

Strateški cilji na področju kakovosti v zdravstvu, ki so dodeljeni posameznim deležnikom ZV:

1. Ministrstvo za zdravje in Vlada (Strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2023-2031)
 - Priprava zakonskih in podzakonskih osnov za izvajanje potrebnih sprememb in implementacijo strategije (Zakon o kakovosti in varnosti).
 - Posodobitev regulative področij, ki niso ustrezno opredeljena.
 - Aktivno sodelovanje pri izvajanju nadzora nad ravnanjem s kakovostjo in varnostjo.
2. Neodvisen nacionalen organ za kakovost in varnost v zdravstvu
 - Prezem in izvajanje v zakonskem predpisu zastavljenih nalog in razvoja kakovosti in varnosti uporabnikov zdravstvenih storitev.
 - Zbiranje in analiza zbranih podatkov o kazalnikih kakovosti in varnosti
 - Spremljanje preventivnih in korektivnih ukrepov posameznih izvajalcev
 - Spremljanje sporočenih ključnih tveganj, ki jih prepoznajo izvajalci zdravstvenih storitev
 - Priprava sistemskih ukrepov s področja kakovosti in varnosti glede na prepoznana in sporočena tveganja
3. Izvajalci zdravstvene dejavnosti - javni in zasebni
 - Vzpostavitev potrebnih notranjih struktur za ravnanje kakovosti in varnosti.
 - Sistematično in trajno izvajanje zahtev ravnanja s kakovostjo in varnostjo:
 - Poročanje podatkov potrebnih za izračune kazalnikov kakovosti in varnosti
 - Prepoznava in ocena tveganj s področja kakovosti in varnosti – prepoznava tveganj in sprejemanje preventivnih ukrepov za preprečitev varnostnih odklonov.
 - Dosledno sistematično poročanje in skrb za posredovanje ugotovitev (podatki za izračun kazalnikov, sprejete preventivne in korektivne ukrepe, ocene ključnih tveganj, ki jih prepoznajo v svoji organizaciji.
 - Uporaba orodij ravnanja s kakovostjo in varnostjo v zdravstvu

4. Plačniki zdravstvenih storitev

- Opredelitev finančnih vidikov vodenja kakovosti in varnosti.
- Zagotavljanje stimulativnosti in motiviranosti izboljševanja kakovosti in varnosti.
- Redno vključevanje krovnih kazalnikov kakovosti in varnosti v Splošni dogovor – finančna stimulacija izvajalcev ob izpolnjevanju zahtev Splošnega dogovora glede spremljanja kakovosti

5. Strokovne zbornice in združenja, civilna družba in združenja pacientov

- Aktivno spodbujanje spreminjanja kulture v zdravstvu.
- Skrb za pripravo kliničnih smernic in drugih strokovnih dokumentov.
- Dosledno izvajanje prejetih pooblastil na področju ravnanja s kakovostjo in varnostjo.
- Organiziranje strokovnih izpopolnjevanj s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu ter na podlagi podeljenih javnih pooblastil v pristojnem registru vodenje evidence o opravljenih izobraževanjih s področja kakovosti in varnosti za zdravstvene delavce, ki za samostojno delo potrebujejo licenco
- zbiranje in obdelava pomembnih informacij za delovanje in razvoj zdravstvenega sistema, izračun kazalnikov v sodelovanju z NIJZ

6. Izvajalci izobraževanja za potrebe zdravstva

- Posodabljanje učnih načrtov v srednjih, visokih šolah in programov specializacij z aktivnim pristopom spreminjanja klinične kulture.

Poglavitna načrtovana sprememba v kakovosti v zdravstvu je obvezen sistem vodenja kakovosti za vse nivoje zdravstvene dejavnosti od 1. 1. 2024. Implementiran sistem vodenja kakovosti mora biti ocenjen na podlagi enega od mednarodnih standardov kakovosti. Izbor, v skladu s katerimi mednarodnim standardom kakovosti bo sistem kakovosti ocenjevan (ISO 9001, EN 15224, AACI standard....), bo prepuščen posameznemu direktorju po načelu učinkovitosti (gospodarnega ravnanja) in uspešnosti.

13 Pregled predpisov ministrstva za zdravje od nastopa 15. vlade republike slovenije

V okviru področne zdravstvene zakonodaje je bilo od 1. junija 2022 do 9. januarja 2023 izdanih 30 predpisov, od tega dva zakona in 28 podzakonskih predpisov.

Zakoni:

1. Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUNBZ); ZNUZSZS – začel veljati 26. 7. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8643>
2. Zakon o nujnih ukrepih za zaježitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 141/22); ZNUNBZ – začel veljati 8. 11. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8690>

Podzakonski predpisi:

1. Uredba o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2022 (Uradni list RS, št. 112/22 in 165/22) – začela veljati 27. 8. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8637>
2. Uredba o izvajanju Uredbe (EU) o kliničnem preskušanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 132/22) – začela veljati 29. 10. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED7938>
3. Uredba o določitvi višine dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve in obsega dodatnega zdravstvenega kadra (Uradni list RS, št. 132/22) – veljala od 15. 10. 2022 do 30. 11. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8668>
4. Uredba o določitvi višine dodatka za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo (Uradni list RS, št. 132/22 in 142/22) – začela veljati 15. 10. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8669>
5. Uredba o spremembah in dopolnitvi Uredbe o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2022 (Uradni list RS, št. 165/22) – začela veljati 30. 12. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8749>
6. Uredba o določitvi višine dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve in dodatka za zaposlitev dodatnega zdravstvenega kadra (Uradni list RS, št. 142/22) – začela veljati 12. 11. 2022, uporablja pa se od 1. 12. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8704>
7. Uredba o spremembah Uredbe o določitvi višine dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve in dodatka za zaposlitev dodatnega zdravstvenega kadra (Uradni list RS, št. 146/22) – začela veljati 26. 11. 2022, uporablja pa se od 1. 12. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8704>
8. Odlok o začasnem ukrepu prostovoljne uporabe hitrega antigenskega testa za samotestiranje na virus SARS-CoV-2 (Uradni list RS, št. 112/22 in 141/22 – ZNUNBZ) – začel veljati 26. 8. 2022, prenehal veljati 8. 11. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODLO2699>
9. Pravilnik o dopolnitvi in spremembi Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 132/22) – začel veljati 1. 11. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14818>
10. Pravilnik o obveščanju uporabnikov, vodenju evidence in posebnih pogojih za promet z nevarnimi kemikalijami (Uradni list RS, št. 133/22) – začel veljati 2. 11. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14782>
11. Pravilnik o spremembi Pravilnika o vrstah zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 89/22) – začel veljati 2. 7. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14734>
12. Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe (Uradni list RS, št. 99/22) – začel veljati 6. 8. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14208>
13. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o upravnem nadzoru v zdravstvu (Uradni list RS, št. 122/22) – začel veljati 24. 9. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14796>

14. Pravilnik o spremembah Pravilnika o sistemskega nadzoru v zdravstvu (Uradni list RS, št. 122/22) – začel veljati 24. 9. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14795>
15. Pravilnik o določitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2022 (Uradni list RS, št. 127/22) – začel veljati 6. 10. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14562>
16. Pravilnik o podrobnejših pogojih za imenovanje, sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu javnega zdravstvenega zavoda ter postopku za izbiro članov v svetih javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 158/22) – velja od 20. 12. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14806>
17. Pravilnik o spremembah Pravilnika o uvrstitvi delovnih mest direktorjev s področja zdravja v plačne razrede znotraj razponov plačnih razredov (Uradni list RS, št. 128/22) – začel veljati 8. 10. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14724>
18. Pravilnik o spremembah Pravilnika o tehničnih in organizacijskih ukrepih za skladiščenje nevarnih kemikalij (Uradni list RS, št. 123/22) – začel veljati 12. 10. 2022, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14780>
19. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (Uradni list RS, št. 163/222) – začel veljati 28. 12. 2022 (poziv Evropske komisije, da mora Republika Slovenija uskladiti slovenski pravni red z Direktivo 2005/36/ES, saj ni prenesena v delu, ki se nanaša na diplomirane medicinske sestre), URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14894>
20. Pravilnik o podrobnejši vsebini in načinu organiziranja ambulant za neopredeljene (Uradni list RS, št. 163/222) – začel veljati 28. 12. 2022, uporablja pa se od 1. 1. 2023, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14895>
21. Pravilnik o določitvi ustreznosti testov HAG za samotestiranje, pogojev in postopka njihovega prevzemanja ter najvišje višine povračila stroškov (Uradni list RS, št. 2/23) – začel veljati 7. 1. 2023, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV14858>
22. Odredba o višini stroškov strokovnega izpita zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 92/22, 113/22, 123/22 in 158/22) – začela veljati 9. 7. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2770>
23. Odredba o dopolnitvah Odredbe o višini stroškov strokovnega izpita zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 113/22) – velja od 31. 8. 2022 do 30. 9. 2023, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2781>
24. Odredba o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 111/22) – začela veljati 9. 9. 2022, URL: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2771>
25. Odredba o spremembi Odredbe o dopolnitvah Odredbe o višini stroškov strokovnega izpita zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 123/22) – velja od 28. 9. 2022 do 30. 9. 2023 (podaljšanje oprostitve plačila strokovnih izpitov za magistre farmacije do 31. 12. 2022), URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2793>
26. Odredba o spremembi Odredbe o višini stroškov strokovnega izpita zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 158/22) – začela veljati 20. 12. 2022 (podaljšanje oprostitve plačila strokovnih izpitov za magistre farmacije do 30. 9. 2023), URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2805>
27. Odredba o spremembah Odredbe o določitvi enotnih metodoloških načel, enotnih standardov in standardnih postopkov za zagotovitev enotnosti sistema vodenja zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 149/22) – začela veljati 1. 1. 2023, URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2800>
28. Navodilo o spremljanju in poročanju o obsegu izvajanja zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti, št. 0070-195/2022/3 – velja od 8. 9. 2022 do 30. 4. 2024), URL: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/ZDRAVJE/organiziranost/izvajalci-zdravstvene-dejavnosti/Navodilo-o-spremljanju-in-porocanju-o-obsegu-izvajanja-zdravstvenih-storitev-nad-rednim.pdf>

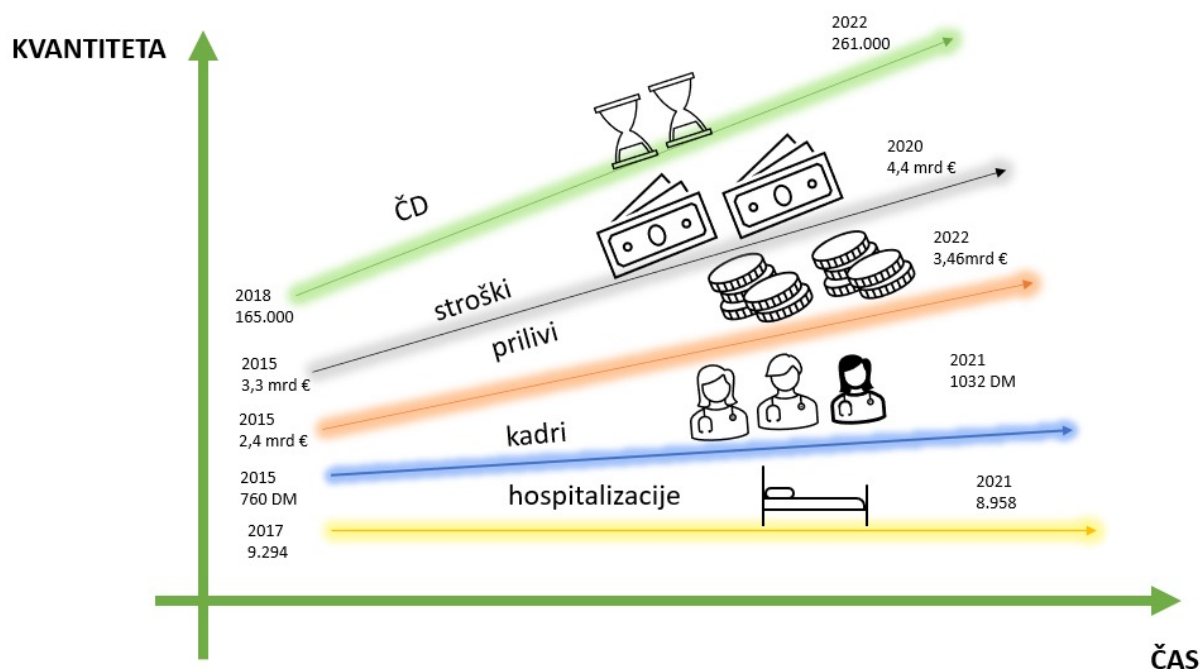
14. ZAKLJUČEK

Zakonodaja, ki v Republiki Sloveniji ureja organizacijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti na vseh področjih, je stara skoraj 25 let. V tem času se kaj dosti ni spremenilo, saj so javni zavodi, tako na primarnem kot tudi na sekundarnem področju, organizacijsko, strukturno in upravljavsko še vedno takšni, kot so bili leta 1991.

Slovenski zdravstveni sistem se sooča z resnimi izzivi, ki zahtevajo potrebo po reformi zdravstvenega sistema. V zadnjih tridesetih letih se je spremenila demografska struktura prebivalstva, narejen je bil enormen napredek v medicini, kar je privedlo do novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov ter vzpostavitve novih profilov zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Dejavnost zdravstva je že po svojem značaju, miselnosti in načinu delovanja zelo toga, ne pristaja se na spremembe, žal se v nekaterih okoljih in sredinah še vedno razmišlja, da v zdravstvu ne veljajo nekateri osnovni ekonomski principi delovanja. Ali smo sploh pripravljeni na spremembe?

Slika 122: Stanje v zdravstvu v Sloveniji



Dostopnost, učinkovitost in kakovost zdravstvenih storitev so ključna vodila sistemskih sprememb.

Staranje prebivalstva zahteva prilagoditev zdravstvenega sistema pri izboljšanju njegove dostopnosti in učinkovitosti. **Trenutni finančni model** ob staranju prebivalstva **ni finančno vzdržen**, saj je skoraj v celoti odvisen od prispevkov zaposlenih in posledično trenutnemu deležu zaposlenih v državi.

Število zdravstvenih delavcev sicer narašča, vendar zaradi staranja prebivalstva in napredka v medicini ne sledi vedno večjim potrebam po zdravstvenih storitvah, kar se sicer kaže na celotnem območju EU.

Kot posledica omenjenega in najverjetneje tudi neustreznega modela financiranja nekaterih storitev je **čakalna doba** na marsikaterem področju nedopustno predolga.

Treba se je tudi zavedati, da staranje prebivalstva vpliva na glavarinske količnike in posledično zahteva več zdravstvenega kadra v zdravstvenem sistemu za zagotovitev dostopne zdravstvene oskrbe.

Ministrstvo za zdravje nima neposrednega dostopa do informacijskih sistemov s ključnimi podatki o kadrih v zdravstvu, ki bi jih potrebovalo za **načrtovanje in organiziranje mreže javnozdravstvenih storitev** na vseh nivojih. Podatki o številu kadra se zbirajo v več institucijah (NIJZ, ZZSZ, ZSZ), vendar so pomanjkljivi in medsebojno nepovezljivi. Iz njih je na primer nemogoče izvedeti, kje so delavci zaposleni (v javnem/zasebnem zavodu oziroma v nekaterih primerih podatkovnih zbirk, ali so sploh zaposleni v zdravstvu).

Potrebe pacientov po zdravstvenih storitvah v Sloveniji so visoke, zdravstveni sistem ne zagotavlja optimalne možnosti izbire osebnega zdravnika, zobozdravnika in ginekologa zaradi nezadostnega števila zdravnikov in zdravstvenega osebja v primarnem zdravstvenem varstvu.

Zdravstvena dejavnost se izvaja na območju celotne Slovenije, dostopnost do zdravstvenih storitev je po Sloveniji različna. **Urgentni centri so preobremenjeni** kot posledica težav v dostopnosti na primarnem nivoju. Obenem je tudi delovanje urgentnih centrov po državi nepoenoteno. Pojavljajo se številne težave z organizacijo, ki pogosto odvrčajo specialiste urgentne medicine od primarnega namena specializacije, saj jim ne omogočajo ustreznega delovišča. Obisk urgentnih centrov po državi skoraj za 100 % presega kapacitete, za katere so bili predvideni ob vzpostavitvi.

Soočeni smo z **neenotno in neoptimalno organizacijo javnih zdravstvenih ustanov** brez ustreznih kadrovskih vzpodbud.

Na marsikaterem področju v medicini **nimamo enotno sprejetih smernic obravnave**, iz katerih bi lahko izhajali standardi kakovosti obravnave, posledično je tudi **nadzor kakovosti** v zdravstvu pomanjkljiv. **Absentizem** predstavlja enormen strošek zdravstvene blagajne, kar 18 % vseh odhodkov ZZSZ na letni ravni.

Pregled sistema nakazuje, da Slovenija poleg drugih ukrepov za krepitev in optimizacijo sistema potrebuje tudi dodatna finančna sredstva v zdravstvu, ki morajo izhajati iz razpršenih virov.

Glede na ugotovitve, ki izhajajo iz dokumenta, je reforma zdravstva nujna.

15. 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>.