

# Ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015-2017

Sabina Sedlak<sup>1</sup>, Mercedes Lovrečič<sup>1</sup>, Marjetka Jelenc<sup>1</sup>,  
Barbara Lovrečič<sup>1</sup>, Metka Zaletel<sup>1</sup>, Jože Sambt<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nacionalni inštitut za javno zdravje

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Ekonomska Fakulteta



# Ekonomске posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015-2017

**Sabina Sedlak<sup>1</sup>, Mercedes Lovrečič<sup>1</sup>, Marjetka Jelenc<sup>1</sup>,  
Barbara Lovrečič<sup>1</sup>, Metka Zaletel<sup>1</sup>, Jože Sambt<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Nacionalni inštitut za javno zdravje;

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

Elektronska izdaja.

Spletni naslov: <http://www.nijz.si>

Kraj, mesec in leto izdaje: Ljubljana, maj 2020

Publikacija ni lektorirana.

Uporaba in objava podatkov, v celoti ali deloma, dovoljena le z navedbo vira.

ISBN 978-961-6945-10-3

Zaščita dokumenta

© 2020 NIJZ Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko, pravno in kazensko zakonodajo.

---

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI-ID=305051904](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:zb:etd-305051904)

ISBN 978-961-6945-10-3 (pdf)

---

## Kazalo

1	Uvod .....	5
2	Metodologija in viri .....	8
2.1	Metodologija izračuna bremena bolezni.....	8
2.1.1	Definicija neposrednih stroškov .....	8
2.1.2	Definicija posrednih stroškov .....	9
2.1.3	Definicija ostalih stroškov (stroški, ki neposredno bremenijo bolnika in njegove svojce).....	9
2.2	Nabor diagnoz pri izračunu demence.....	10
2.2.1	Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi demence na primarni ravni .....	11
2.2.2	Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi demence na sekundarni ravni .....	11
2.2.3	Metodologija zbiranja podatkov o bolnišničnih obravnavah – razen psihiatrične dejavnosti .....	11
2.2.4	Metodologija zbiranja podatkov o psihiatričnih bolnišničnih obravnavah .....	12
2.2.5	Metodologija zbiranja podatkov o zdravilih za zdravljenje demence .....	12
2.2.6	Metodologija izračunavanja začasne odsotnosti z dela .....	12
2.2.7	Metodologija računov nacionalnih transferjev (NTA) .....	13
2.3	Viri podatkov .....	15
2.3.1	Omejitve podatkov .....	16
3	Ocena neposrednih in posrednih stroškov demence v Sloveniji v obdobju 2015-2017 .....	17
3.1	Neposredni stroški.....	17
3.1.1	Ambulantne storitve zaradi demence na primarni ravni .....	17
3.1.2	Ambulantne storitve zaradi demence na sekundarni ravni .....	17
3.1.3	Bolnišnične obravnave (razen psihiatrične dejavnosti).....	17
3.1.4	Psihiatrične bolnišnične obravnave.....	18
3.1.5	Zdravila za zdravljenje demence .....	18
3.2	Posredni stroški .....	18
3.2.1	Zčasna odsotnost z dela.....	18
3.2.2	Vrednost izgubljenega dohodka iz dela in vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjstva dela v Sloveniji v obdobju 2015-2017.....	20
3.3	Skupni neposredni in posredni stroški zaradi demence, v povprečju, v obdobju 2015- 2017.....	22

4	ZAKLJUČEK.....	24
5	LITERATURA.....	26

## KRATICE

ATC - anatomsko-terapevtsko-kemijska klasifikacija

BDP - bruto domači proizvod

BOLOB - Zbirka podatkov o bolnišničnih obravnavah

CBZ - Centralna baza zdravil

COI - stroški bolezni (angl. cost of illness)

DPP - dodatek za pomoč in postrežbo

DRG - skupine primerljivih primerov (angl. diagnosis related groups)

EUR - Evro

IVZ - Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (sedanji NIJZ)

IVZ2 - Zbirka podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah

IVZ3 - Zbirka podatkov o začasni odsotnosti z dela

IVZ8 - Zbirka podatkov o bolnišničnih obravnavah

KTDP - klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov

MKB-10 - Deseta revizija *Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*

NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje

NTA - računi nacionalnih transferjev (angl. national transfer accounts)

SNA – sistem nacionalnih računov (angl. system of national accounts)

SPP - sistem skupin primerljivih primerov

SURS - Statistični Urad Republike Slovenije

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija

USD - ameriški dolar

ZPIZ - Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

ZZPPZ - Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

ZUBSTAT - zunajbolnišnična zdravstvena statistika

## 1 Uvod

Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna, kjer gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje. Zavest ni zamegljena. Opešanje kognitivne funkcije navadno spremlja ali pa včasih napoveduje zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije. Ta sindrom se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri drugih cerebrovaskularnih boleznih in pri drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane (MKB 10, 2005).

Med sindromi demenc je najpogostejša Alzheimerjeva bolezen, ki je primarna degenerativna možganska bolezen neznane etiologije, z značilnimi nevropatološkimi in nevrokemijskimi posebnostmi. Motnja je navadno v svojem nastajanju zahrbtna in se razvija počasi, vendar enakomerno, postopoma več let (MKB 10, 2005). Med sindrome demenc uvrščamo tudi druge bolezni (glej Preglednica 1.).

Sindrom demence se lahko začne že pred 65. letom, z relativno hitro potekajočim propadanjem možganov in številnimi izrazitimi motnjami višjih kortikalnih funkcij, ali pa po 65. letu, ki ji rečemo demenca s kasnim začetkom, ki se prepozna ponavadi v poznih 70. letih ali pozneje, počasi napreduje, njen glavni znak je motnja spomina (MKB 10, 2005).

Osebe z napredovano demenco imajo v zadnjem obdobju življenja običajno ne le kognitivno, temveč tudi telesno oslabelost in tako so lahko popolnoma odvisne od oskrbe in pomoči drugih oseb pri najosnovnejših življenjskih aktivnostih. Pri tem imajo lahko težave npr. s prehranjevanjem in hranjenjem, hujšajo, so inkontinentne, nepokretne in negibne, lahko imajo rane zaradi preležanin in se ne morejo več niti sporazumovati. Lahko imajo bolečine, vedenjske odklone ali nevropsihiatrične simptome. Pogosto imajo tudi druge pridružene bolezni (MZ, 2016).

Zdravstvene težave, ki nastanejo zaradi sindroma demence, vodijo v slabšo kakovost življenja prizadete osebe in njihovih svojcev, predčasno upokožitev in prizadenejo vsakodnevno življenje oseb, ki zbolijo in njihovih bližnjih. Za eno osebo z demenco v povprečju skrbijo vsaj trije ljudje (MZ, 2016).

Demenca predstavlja hudo breme za prizadetega. Tudi za svoje, skrbnike za osebe z demenco (čustvena stiska, finančno breme, možnost izgorevanja) in zdravstveni sistem predstavlja bolezen veliko breme. Zato je pomembno zgodnje prepoznavanje in diagnosticiranje bolezni.

Demenca tako ni le zdravstveni problem, ampak močno obremenjuje svoje in družbo kot celoto.

Glede na trenutne razmere in pričakovane demografske spremembe v naslednjih letih, v smislu večanja deleža starejših, je in bo demenca eden od največjih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji (Cajnko, 2015).

V tem poročilu smo ovrednotili nekatere izbrane ekonomske posledice demence za Slovenijo, v povprečju, v obdobju 2015-2017. Ocenili smo stroške, ki nastanejo presečno na ravni enega leta.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) so svetovni posredni in neposredni stroški demence v letu 2015 ocenjeni na 818 milijard ameriških dolarjev (USD) letno, kar pomeni 1% svetovnega bruto domačega proizvoda (BDP) (MZ, 2016).

V obdobju 2015-2017 so v Sloveniji pregledani izbrani neposredni in posredni stroški zaradi demence predstavljali v povprečju okoli 11,4 milijonov EUR oz. 0,3% vseh primerljivih izdatkov za zdravstvo. Pri tem smo upoštevali, poleg vključenih stroškov zdravstvene blagajne, delnih stroškov delodajalcev in stroškov, ki jih omogoča informacija o ekonomskem participiranju pri proizvodnji posameznikov v posamezni starosti v obliki dohodka iz dela na trgu in neplačane gospodinske proizvodnje, tudi stroške, če je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane, če koristi dodatek za pomoč in postrežbo (DPP) na domu ter stroške v primeru neformalne oskrbe na domu, to je ovrednoten čas, ki ga drugi družinski člani namenijo posamezniku, ki je zbolel za demenco.

Ta analiza je prvi korak k vrednotenju ekonomskega bremena demence. Srečali smo se z izzivi, povezanimi z razpoložljivostjo in kakovostjo podatkov, kot vhodnih virov in vrednotenjem letih. Zato smo v prvi fazi zajeli oceno neposrednih in posrednih stroškov zaradi demence, ki bremenijo zlasti zdravstveno blagajno in ovrednotili prezgodnje upokojitve. Izhajali smo z mikro ravni, iz osebe, ki zaradi težav, ki jih povzroča demenca obišče zdravnika in ocenili, kaj to pomeni v finančnem smislu in, kako bremenijo zdravstveni sistem. Ob tem je potrebna previdnost, saj pogosto začetne oblike demence v zdravstvenem varstvu niso prepoznane in je ocena zelo verjetno podcenjena.

V našem poročilu so prikazane le nekatere ekonomske posledice tega velikega javnozdravstvenega problema.

Podatke smo pridobili iz rutinskih zbirk NIJZ ter na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ-u). Analiza prikazuje posledice, ki ne vplivajo samo na posameznike, ampak tudi na njihove družine in celotno okolje ter družbo. Na podlagi podatkov o številu izvedenskih mnenj invalidske komisije smo izračunali posredne stroške na presečno leto in pokazali učinek proizvodnje oz. dohodka, če se nekdo zaradi bolezni predčasno upokoji.

Izračuni bodo delno prispevali k boljšemu razumevanju problematike, a ne moremo še govoriti o izračunu celotnega ekonomskega bremena bolezni. Naš namen je le z oceno finančnega bremena osvetliti javnozdravstveni problem.

Pomembno je, da se za to ranljivo skupino še okrepi preventivne ukrepe, pa tudi zgodnje prepoznavanje blagega kognitivnega upada, odkrivanje in diagnosticiranje demence, zgodnje zdravljenje in dostop do celostne obravnave, pomoč pri ustrezni obravnavi in kakovostni oskrbi, dostop do socialnovarstvenih programov, izobraževanje strokovnega kadra in

vključevanje vsebin v izobraževalne programe, destigmatizacija bolezni, pomen zdravega načina življenja, ki vključuje ustrezno prehrano in telesno dejavnost, itd.. Z vsemi navedenimi pristopi se lahko breme demence upočasnijo ali zmanjšajo ter razbremenijo bolnike, svojce in vse, ki skrbijo za obolelega.

Za sprejemanje ukrepov ali celovitih politik je nujno upoštevati tudi ekonomski vidik. Pri planiranju oz. razporejanju sredstev iz proračuna je pomembna informacija o tem, koliko neka bolezen državo stane. V tem poročilu smo v sodelovanju z Ekonomsko fakulteto Univerze v Ljubljani ovrednotili zdravstvene posledice prezgodnjega upokojevanja in tudi pomoč za osebo z demenco v treh primerih, in sicer, če se oseba z demenco odloči za nastanitev v domu starejših občanov, če oseba z demenco koristi DPP v primeru, ko ta potrebuje 24-urni nadzor svojcev in obvezno strokovno pomoč za stalno izvajanje zdravstvene nege ali pa, če družinski člani oz. drugi namenjajo čas posamezniku, ki je zbolel za demenco. Z ovrednotenjem teh stroškov smo še razširili pogled na breme demence neposrednih in posrednih stroškov za Slovenijo.



## 2 Metodologija in viri

V tem poglavju prikazujemo metodologijo izračuna bremena demence, seznam izbranih bolezni, ki jih vključujemo v analizo ter razpoložljive vire podatkov in njihove omejitve.

### 2.1 Metodologija izračuna bremena bolezni

Raziskave o stroških bolezni (COI) prikazujejo ekonomsko breme bolezni in ocenjujejo, kaj pridobimo s tem, če se uspe zmanjšati oz. odpraviti bolezen ali poškodbo. S pomočjo takšnih raziskav lahko ocenjujemo ekonomski vpliv bolezni na zdravstveni sistem ali celotno družbo. Tudi v drugih državah se raziskovalci bolj kot za celovite raziskave odločajo za oceno stroškov posameznih bolezni in poškodb. Nekaj vpogleda v ekonomske posledice nam dajo objavljeni prispevki tujih avtorjev, a se zaradi različnih metodologij ocenjevanja težko primerjajo (Toth, 2004).

Raziskave izračuna bremena vključujejo neposredne stroške (izdatki, potrebni za zdravljenje bolezni), posredne stroške bolezni (vrednost, ki jo družba izgubi zaradi bolezni) in tudi neopredmetene stroške (angl. *intangible costs*).

Ocenjeni ekonomski stroški demence v Sloveniji temeljijo na:

- izračunu neposrednih stroškov, ki so povezani z zdravljenjem in
- izračunu posrednih stroškov, ki so povezani z izgubljeno produktivnostjo, ko je oseba zaradi bolezni odsotna z dela ter z izgubljenim prihodnjim zaslužkom oz. izgubljenim dohodkom zaradi predčasne upokojitve

#### 2.1.1 Definicija neposrednih stroškov

Neposredni stroški vključujejo:

- vrednost blaga in storitev, za katere je bilo izvedeno plačilo, in viri, uporabljeni za diagnostiko, zdravljenje, nego, rehabilitacijo, povezano z zdravljenjem ter izbrani nemedicinski izdatki (prilagoditev domačemu okolju, poklicna rehabilitacija, urejanje zavarovanja ipd.) (Toth, 2004);
- izdatki za bolnišnično zdravljenje, zunajbolnišnične zdravstvene storitve, nego doma, patronažne storitve, delo zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, rehabilitacijo (tudi stroške protetičnega materiala, pripomočkov za vid, sluh, govor ipd.), ki pomagajo premagovati manjzmožnost zaradi bolezni (Toth, 2004);
- vključeni so tudi administrativni stroški zavarovalnice, ki pokrivajo te izdatke.

### 2.1.2 Definicija posrednih stroškov

#### Posredni stroški

- predstavljajo izgubo, to je blago in storitve, ki niso proizvedene na trgu, kot posledica manjzmožnosti zaradi bolezni oz. predčasne upokojitve. Pri tem smo podali nov pristop k tovrstni analizi, kjer smo vključili širšo posameznikovo ekonomsko udejstvovanje v družbi glede proizvodnje in trošenja z metodologijo računov nacionalnih transferjev (ang. *National Transfer Accounts (NTA)*);
- vrednost doma izgubljenega časa, ki je posledica bolezni ali prezgodnje smrti, pri čemer vrednost merimo s tržno vrednostjo neizvedenih domačih opravil (analiza, ki se prav tako izvaja v okviru NTA metodologije). Tudi na tem mestu smo analizo dopolnili z učinki širšega posameznikovega ekonomskega udejstvovanja – in sicer kot nerealizirano proizvodnjo storitev neplačanega dela v gospodinjstvu;
- del posrednih stroškov so tudi bolečina, trpljenje, ekonomska odvisnost, socialna izolacija posameznika, ki jih ni mogoče ovrednotiti (Toth, 2004) oz. se jih lahko pridobi le anketno, s pripravo vprašalnikov.

### 2.1.3 Definicija ostalih stroškov (stroški, ki neposredno bremenijo bolnika in njegove svojce)

#### Ti stroški vključujejo:

- nezdravstvene stroške – stroški prevoza do zdravnika, izdatki v gospodinjstvu (pomoč na domu, posebna prehrana, obleka ipd.);
- druge stroške – čas, porabljen za obisk pri zdravniku; čas, ko je družinski član odsoten z dela, ker neguje ali spremlja bolnika k zdravniku;
- neopredmetene stroške družine – stroški za družbo, povzročeni zaradi zmanjšane kakovosti življenja.

## 2.2 Nabor diagnoz pri izračunu demence

Storitve zdravstvene službe, kot so obiski na primarni in sekundarni ravni, hospitalizacije, zdravila, začasna odsotnost z dela ter prezgodnja upokojitvev, so za demenco izračunane po diagnozah po MKB 10-klasifikacije. Preglednica 1 prikazuje nabor upoštevanih diagnoz.

Preglednica 1: Nabor diagnoz upoštevanih pri izračunu.

GLAVNE DIAGNOZE (osnovni vzroki)	MKB-10
<b>F00*</b>	<b>Demenca pri Alzheimerjevi bolezni</b>
F00.0*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni z zgodnjim začetkom (G30.0)
F00.1*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni s kasnim začetkom (G30.1)
F00.2*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni, atipična ali mešana oblika (G30.8)
F00.9*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni, neopredeljena
<b>F01</b>	<b>Vaskularna demenca</b>
F01.0	Hitro nastala vaskularna demenca
F01.1	Multiinfarktna demenca
F01.2	Subkortikalna vaskularna demenca
F01.3	Mešana kortikalna in subkortikalna vaskularna demenca
F01.8	Druge vrste vaskularne demence
F01.9	Vaskularna demenca, neopredeljena
<b>F02*</b>	<b>Demenca pri drugih boleznih, uvrščenih drugje</b>
F02.0*	Demenca pri Pickovi bolezni (G31.0)
F02.1*	Demenca pri C-J. bolezni (A81.0)
F02.2*	Demenca pri Huntingtonovi bolezni (G10)
F02.3*	Demenca pri Parkinsonovi bolezni (G20)
F02.4*	Demenca pri bolezni zaradi HIV
F02.8*	Demenca pri drugih opredeljenih boleznih, ki so uvrščene drugje
<b>F03</b>	<b>Neopredeljena demenca</b>
	Druge degenerativne bolezni živčevja
<b>G30</b>	<b>Alzheimerjeva bolezen</b>
G30.0	Alzheimerjeva bolezen z zgodnjim začetkom
G30.1	Alzheimerjeva bolezen s kasnim začetkom
G30.8	Druge vrste Alzheimerjeva bolezen
G30.9	Alzheimerjeva bolezen, neopredeljena

Vir: MKB 10, 2005

### 2.2.1 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi demence na primarni ravni

Izračun ocene stroškov na osnovi rutinskih zdravstvenih zbirk NIJZ je možen le za prve kurativne obiske pri osebnem zdravniku, ne pa tudi za ponovne obiske. Prve kurativne obiske v splošni ambulanti smo ovrednotili s ceno ZZS.

Stroške ambulantnih storitev na primarni ravni smo ocenili s pomočjo podatkov o številu obiskov iz zbirke o zunajbolnišnični zdravstveni statistiki (ZUBSTAT) ter povprečne cene pregleda za prvi kurativni obisk v splošni ambulanti z vključeno glavarino.

### 2.2.2 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi demence na sekundarni ravni

Podatke zunajbolnišnične zdravstvene statistike na sekundarni ravni smo ovrednotili s ceno ZZS za preglede v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti. Upoštevali smo ceno za razširjen pregled pri zdravniku v specialistični dejavnosti.

V skladu z definicijo ZZS razširjen pregled obsega družinsko in osebno anamnezo o poteku bolezni, pregled dveh ali več telesnih sistemov z zunanjim pregledom, palpacijo, perkusijo in avskultacijo ter drugimi metodami preiskave, ki so značilne za posamezno stroko in evidentiranje ugotovitev v individualni zdravstveni karton. Razširjen pregled v specialistični nevrološki dejavnosti obsega anamnezo, oceno splošnega stanja, stanja zavesti in psihe in pregled enega dela živčnega sistema ali mišic v celoti poglobljeno, ostalo pa okvirno.

### 2.2.3 Metodologija zbiranja podatkov o bolnišničnih obravnavah – razen psihiatrične dejavnosti

V večini držav so glavni porabniki finančnih sredstev zdravstvene blagajne akutne bolnišnične obravnave. Sistemi plačevanja bolnišničnih obravnav so bili v Sloveniji v preteklosti različni, od leta 2005 pa je uveljavljen sistem plačevanja glede na skupine primerljivih primerov (SPP) oz. angl. diagnosis related groups (DRG).

Vse bolnišnice v skladu z zakonodajo na standardiziran način zbirajo in posredujejo podatke o akutnih in neakutnih bolnišničnih obravnavah, zaključku obravnave, demografske podatke

pacientov, glavni diagnozi in dodatnih diagnozah, kodiranih po MKB-10 ter postopkih, kodiranih po klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP). Ustreznost podatkov je povezana z metodološko pravilnim kodiranjem vzrokov hospitalizacije in spremljajočih diagnoz, glavnega vzroka hospitalizacije in stanja ob zaključku. Zapis bolnišnične obravnave vsebuje tudi podatek o SPP kodi za obravnavo.

Zbirka SPP je vir podatkov za število hospitalizacij (primerov) in njihove uteži za izbrane diagnoze. Za izračun smo uporabili ceno za povprečno utež v obdobju 2015-2017. Uteži se po bolnišnicah malenkostno razlikujejo, zaradi poenostavitve smo pri analizi upoštevali povprečno utež v obdobju 2015-2017 za celotno Slovenijo.

#### 2.2.4 Metodologija zbiranja podatkov o psihiatričnih bolnišničnih obravnavah

Cena bolnišnične obravnave pacienta v psihiatrični dejavnosti je določena za primer hospitalizacije in je v izračunu upoštevana povprečna vrednost za obdobje 2015-2017.

#### 2.2.5 Metodologija zbiranja podatkov o zdravilih za zdravljenje demence

Pri izračunu stroškov so upoštevana zdravila, ki vsebujejo učinkovine donepezil, rivastigmin, galantamin in memantin. Vir podatkov je bila Centralna baza zdravil (CBZ, 2019).

#### 2.2.6 Metodologija izračunavanja začasne odsotnosti z dela

Kot vir podatkov o številu dni in številu primerov začasne odsotnosti z dela, zaradi demence, smo uporabili Zbirko podatkov o začasni odsotnosti z dela (IVZ3). Ocenjeni stroški nadomestila plače za odsotnost z dela temeljijo na povprečni bruto plači (SURS, 2018).

### 2.2.7 Metodologija računov nacionalnih transferjev (NTA)

Metodologija računov nacionalnih transferjev (angl. *National Transfer Accounts-NTA*) je bila razvita za namene proučevanja ekonomskih učinkov staranja prebivalstva (Istenič, Šeme, Hammer, Lotrič Dolinar in Sambt, 2016; Lee in Mason, 2011; United Nations, 2013). Starost je namreč ključna posameznikova lastnost, ki določa njegovo ekonomsko (ne)aktivnost. V začetku življenja trošimo, ne da bi kaj proizvajali s svojim delom, pa tudi v starosti večina posameznikov več ne financira svoje potrošnje s svojim delom. Tako smo v začetku in proti koncu svojega življenja ekonomsko odvisni. Razlika med potrošnjo in dohodkom iz dela se financira iz javnih transferjev (javno financirano izobraževanje, zdravstvo, dolgotrajna oskrba), privatnih transferjev (financiranje obleke, obutve, hrane otrok s strani njihovih staršev) in prerazdeljevanje iz naslova sredstev (npr. prejete obresti, najem kredita, prodaja premoženja). V vmesnem starostnem obdobju pa smo ekonomsko neodvisni, kar pomeni, da dohodek iz dela zadostuje za financiranje naše potrošnje. Hkrati pa se iz presežka financira tudi primanjkljaj prej omenjenih dveh starostnih skupin.

Metodologija NTA razporedi vse makroekonomske kategorije dohodkov in potrošnje na predstavnike posamezne starosti. Agregatne vrednosti večine teh posameznih kategorij so že na voljo v sistemu nacionalnih računov (angl. *System of National Accounts (SNA)*), le da jih v okviru NTA metodologije razčlenimo še po starosti. Če so podatki na voljo na ravni posameznika (npr. dohodki iz dela), preprosto izračunamo povprečne vrednosti za posameznike v posamezni starosti. Pri tem običajno kombiniramo mikro podatke iz anket (npr. za dohodek iz dela je to Anketa o porabi v gospodinjstvih), ki jih prilagodimo tako, da pri množenju s celotnim številom prebivalstva po starosti dobimo ravno agregatno vrednost, podano v SNA. Če pa so anketni podatki na voljo samo na ravni gospodinjstva, kar je primer pri zasebni potrošnji, potem moramo potrošnjo gospodinjstva najprej razporediti na posamezne člane gospodinjstva. To naredimo z uporabo regresijske analize (za privatne izdatke za izobraževanje in za zdravstvo) ter z uporabo ekvivalenčne lestvice (za ostale privatne izdatke). Za določene skupne izdatke kot so npr. izdatki za vojsko, policijo, delovanje državnih organov ipd. pa predpostavljamo enakomerno porazdelitev na predstavnike vseh starostnih razredov.

Potencial NTA metodologije vidimo predvsem za prihodnje analize ekonomskih, prihodkovnih in odhodkovnih učinkov iz različnih zornih kotov. Tako nas npr. lahko zanima vpliv na javnofinančne prilive in odlive, če se posameznik zaradi posledic demence predčasno invalidsko upokoji. V tem primeru se bodo znižali javnofinančni prilivi, saj ne bo več plačeval prispevkov in dohodnine, hkrati pa se bodo povečali javnofinančni odlive za pokojnino, ki jo bo pričel prejemati. V tokratni študiji se omejimo na izgubljeno proizvodnjo z naslova dohodka iz

dela (tržne proizvodnje) in na vrednost storitev, ki jih tak posameznik opravlja v okviru gospodinjstva (čiščenje, kuhanje, skrb za otroke itd.).

## 2.3 Viri podatkov

NIJZ vodi zbirke podatkov v skladu z *Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva* (ZZPPZ) (UL 65/2000), poleg tega pa ima vlogo pooblaščenega izvajalca v sistemu državne statistike, kjer obdeluje in objavlja podatke na podlagi *Zakona o državni statistiki* (UL št. 45/1995 in 9/2001).

Kot vir podatkov v tej analizi so bile uporabljene naslednje zbirke podatkov:

1. *Zbirka podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah* (IVZ2): v okviru te zbirke NIJZ zbira podatke o obiskih, napotitvah, diagnozah, kadrih in urah v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu. Ključni omejitvi te zbirke sta, da so podatki zbrani na agregirani ravni, torej identifikacija bolnika ni mogoča in beleženje diagnoz samo ob prvem obisku za določeno boleznijo v tekočem letu. To pomeni, da niso zabeleženi nadaljnji kontrolni obiski v istem koledarskem letu, čeprav jih je bolnik s sindromom demence morebiti opravil. Zbirko IVZ2 pripravljajo vsi izvajalci zdravstvenega varstva na primarni in sekundarni ravni; vključeni so tako javni zavodi kot zasebniki (koncesionarji in samoplačniške ambulante).
2. *Zbirka podatkov o bolnišničnih obravnavah* (IVZ8): IVZ (sedanji NIJZ) je zbiral podatke o bolnišničnih obravnavah v zbirki skupin primerljivih primerov (SPP) in v *Zbirki podatkov o bolnišničnih obravnavah* (BOLOB). BOLOB je v naši analizi predstavljal vir podatkov o hospitalizacijah na psihiatričnih oddelkih; vir podatkov za vse ostale hospitalizacije pa je bila zbirka SPP. Zbirki BOLOB in SPP pripravljajo vsi izvajalci zdravstvenega varstva, ki izvajajo bolnišnično dejavnost; enako kot pri IVZ2 so vključeni javni in zasebni zavodi.
3. *Zbirka podatkov o začasni odsotnosti z dela* (IVZ3): podatki o absentizmu se zbirajo neposredno od izvajalcev zdravstvenega varstva, torej osebnih zdravnikov, ki napotujejo paciente na bolniški stalež bodisi zaradi bolezni bodisi zaradi nege ali spremstva. Zapisi so na individualni ravni in preko diagnoz omogočajo identifikacijo oseb z demenco. V analizo so vključene tudi osebe, ki so v obdobju 2015-2017 koristile bolniški stalež zaradi nege druge osebe z diagnozo demence.
4. *Zbirka podatkov o ambulantno predpisanih zdravilih oz. zdravilih, izdanih v lekarnah*: zbirka podatkov vključuje kodo zdravila po anatomsko-terapevtsko-kemijski klasifikaciji (ATC), ki je bilo pacientu predpisano in ga je le-ta prevzel v lekarni.
5. Interni rezultati analize računov nacionalnih transferjev (NTA), v določeni meri predstavljenih v zgoraj omenjenih člankih in gradivih.

Uporabljeni so bili tudi podatki Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ).



### 2.3.1 Omejitve podatkov

Podatki, zbrani v rednih letnih zbirkah v skladu z ZZPPZ, imajo pri uporabi v namen tovrstnih analiz določene omejitve, saj je osnovni namen zbiranja in obdelave teh podatkov drugačen. Pri uporabi podatkov za izračunavanje bremena demence je nekaj teh omejitev potrebno izpostaviti:

1. Zunajbolnišnična statistika zajema le prve obiske, kjer lahko določimo diagnozo, pri ponovnih obiskih to ni mogoče.
2. Diagnoze, ki so zabeležene kot razlogi prvih kurativnih obiskov, so postavljene ob prvem obisku pacienta. Če se ob nadaljnjih obiskih ali celo hospitalizacijah pacienta izkaže, da diagnoza na prvem obisku ni bila pravilna, podatki za nazaj niso popravljeni.
3. V zbirkah niso zabeležena izdana bolnišnična zdravila, torej v analizo niso vključeni stroški zdravil, ki jih pacienti prejmejo v bolnišnicah, je pa potrebno poudariti, da so načeloma stroški vključeni v ceno SPP.
4. Poudariti želimo, da vsi izračuni v nadaljevanju predstavljajo ocene, saj v sistem izračunov vstopa mnogo faktorjev napak in približkov. Napake so zlasti povezane s kodiranjem bolezni po MKB-10 ter v primeru bolnišničnih obravnav tudi z razvrščanjem pacientov v skupine primerljivih primerov, s čimer so neposredno povezana plačila. Delež napak zaenkrat še ni ocenjen. Prav tako obstaja določena stopnja stigmatizacije na področju demence, ki se nedvomno odraža v podatkih, in trenutno ni izmerjena.

Vir finančnih podatkov oz. cen storitev in zdravil za analizo je ZZZS, ki nam je posredoval cene storitev, ki smo jih vključili v našo analizo. Ob tem je potrebno poudariti ključno terminološko in metodološko razliko, saj NIJZ v svojih zbirkah (zlasti IVZ2) spremlja število obiskov, medtem ko ZZZS plačuje izvajalcem opravljen pregled pacienta. Te podatke smo uporabili za oceno neposrednih in posrednih stroškov. Zaradi vseh zgoraj omenjenih vzrokov menimo, da je končna ocena bremena s tega vidika podcenjena.

### 3 Ocena neposrednih in posrednih stroškov demence v Sloveniji v obdobju 2015-2017

Ocenjeno ekonomsko breme v Sloveniji, po presečni metodi, se po naših izračunih v obdobju 2015-2017 giblje okoli 11,4 milijonov EUR oz. 0,3% vseh izdatkov za zdravstvo.

#### 3.1 Neposredni stroški

##### 3.1.1 Ambulantne storitve zaradi demence na primarni ravni

Skupaj so stroški prvih kurativnih obiskov na primarni ravni zaradi demence, v obdobju 2015-2017, v povprečju, znašali 100.669 EUR, kar predstavlja 1% med vsemi izračunanimi stroški v povprečju za obdobje 2015-2017.

Zaenkrat lahko vključimo le stanje prvih kurativnih obiskov zaradi diagnoz demence. Ovrednotenje vseh obiskov na primarni ravni zaradi diagnoz demence iz dosegljivih podatkov zaenkrat ni mogoče.

##### 3.1.2 Ambulantne storitve zaradi demence na sekundarni ravni

Ocenjujemo, da je bil strošek zaradi demence na sekundarni ravni v povprečju 40.156 EUR oz. 0,4% v povprečju med vsemi izračunanimi stroški v obdobju 2015-2017 in tako kot ostali neposredni in posredni stroški, obremenjujejo zdravstveni sistem.

Največ obiskov je bilo v nevroloških in psihiatričnih ambulantah.

##### 3.1.3 Bolnišnične obravnave (razen psihiatrične dejavnosti)

Stroške SPP za demenco ocenjujemo na 1.021.731 EUR in predstavljajo 9,2% med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški za demenco za obdobje 2015-2017 v povprečju.

### 3.1.4 Psihiatrične bolnišnične obravnave

V obdobju 2015-2017 smo v Sloveniji ocenili tudi stroške hospitalizacij. Ocenjeni stroški znašajo 3.793.677 EUR in predstavljajo 34,3 % vseh prikazanih stroškov za obdobje 2015-2017 v povprečju.

Med vsemi izdatki za zdravstveno varstvo predstavljajo v proučevanem obdobju stroški za psihiatrične bolnišnične obravnave 0,11 %.

### 3.1.5 Zdravila za zdravljenje demence

Pri izračunu stroškov so upoštevana zdravila, ki vsebujejo učinkovine donepezil, rivastigmin, galantamin in memantin.

Število vseh izdanih receptov v povprečju, v Sloveniji, v obdobju 2015-2017 je bilo 16.640.325. Celotna vrednost vseh izdanih receptov je bila 445.924.292 EUR. Število izdanih receptov v obdobju 2015-2017 v povprečju za zdravila, s katerimi zdravimo demenco, je bilo 72.318, kar ocenjujemo na 5.214.799 EUR in predstavlja 1,2% celotnih stroškov za izdane recepte. V obdobju 2015-2017 so predstavljali stroški za izdane recepte, v povprečju, zaradi demence okoli 47,1% vseh izračunanih neposrednih in posrednih stroškov (NIJZ, Zbirka izdanih receptov) ter 0,2% vseh izdatkov za zdravstveno varstvo.

## 3.2 Posredni stroški

### 3.2.1 Začasna odsotnost z dela

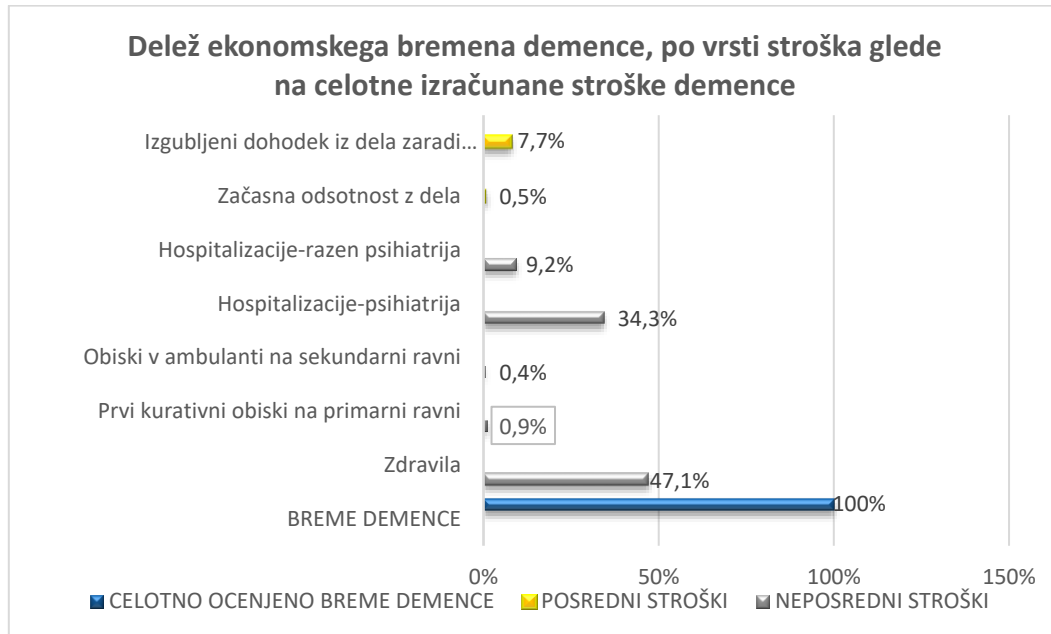
Med pomembne stroške lahko uvrstimo stroške, povezane z začasno odsotnostjo z dela zaradi bolezni ali nege (v nadaljevanju: absentizem). Na leto izgubimo v Sloveniji okoli 6 odstotkov BDP zaradi posledic zdravstvenega absentizma (Kos, 2010).

V Sloveniji je v povprečju zaradi zdravstvenih razlogov vsak dan z dela odsotnih med 38 in 40 tisoč zaposlenih v javnem in zasebnem sektorju. Na letni ravni je to pomenilo približno 10 do 11 milijonov izgubljenih delovnih dni (Kos, 2010; Bergant, 2012). V Sloveniji večino stroškov odsotnosti do 30 dni krijejo delodajalci, preostale pa ZZZS.

Skupni letni stroški delodajalcev in ZZZS zaradi zdravstvenega absentizma so ocenjeni na 750 do 800 milijonov EUR (Kos, 2010). Izračunani stroški začasne odsotnosti z dela zaradi demence

so bili v obdobju 2015-2017, v povprečju 53.992 EUR, kar pomeni 0,5% med vsemi izračunanimi stroški za obdobje 2015-2017 v povprečju.

Slika 1: Ocenjeno ekonomsko breme demence, po vrsti stroška, glede na celotno ocenjeno breme demence, v obdobju 2015-2017, za Slovenijo.



Vir: NIJZ

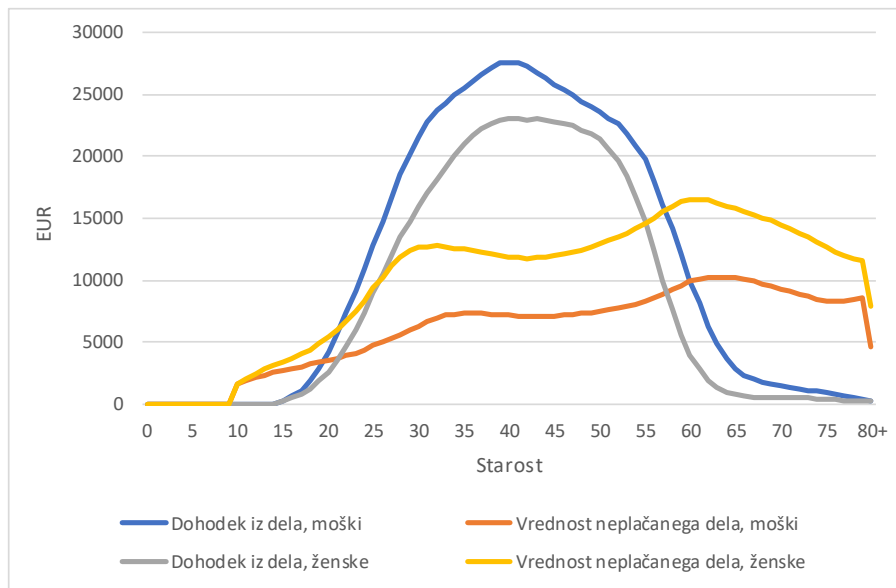
Ocenjeno ekonomsko breme za demenco v obdobju 2015-2017 znaša okoli 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo.

### 3.2.2 Vrednost izgubljenega dohodka iz dela in vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjskega dela v Sloveniji v obdobju 2015-2017

V Sliki 2 so prikazani sintetični rezultati v obliki dohodka iz dela, ki ga posamezniki prejmejo za delo na trgu – to so bruto plače, plačilo za prevoz na delo in malico, pa tudi prispevki delodajalcev na bruto plače in ocenjen delež dohodka iz dela v mešanem dohodku (angl. *mixed income*), ki ga posamezniki ustvarijo v lastnem podjetju, kjer je njihov dohodek od dela prepleten z dohodkom od kapitala v podjetjih (predpostavlja se, da znaša delež dohodka iz dela 2/3 mešanega dohodka). Podatki temeljijo na izračunih in rezultatih iz leta 2010, predstavljenih v Istenič, Šeme, Hammer, Lotrič Dolinar in Sambt (2016) in Sambt, Istenič in Hammer (2017), s tem da so bili vhodni podatki povečani za rast povprečne plače na obdobje 2015-2017. Hkrati predstavljamo tudi rezultate za vrednost neplačanega dela (Sambt, Donehower in Verbič, 2016; Vargha, Šeme, Gál, Hammer in Sambt, 2016), kjer smo vrednosti neplačanega dela iz leta 2000/2001, ko je bila izvedena anketa o porabi časa, prav tako povečali za rast povprečne plače na obdobje 2015-2017. Hkrati so podatki razčlenjeni na moški in ženski spol.

Opisani podatki so torej osnova za naše izračune, ki poskušajo čim bolj celovito zaobjeti ekonomske posledice učinkov demence. Če se npr. moški v starosti 50 let invalidsko upokoji, to pomeni, da ne bo ustvaril dohodka iz dela v višini približno 24 tisoč EUR, ki bi ga sicer ustvaril, hkrati pa tudi ne bo opravil neplačanega dela v gospodinjstvu, ki bi bilo vredno približno 8 tisoč EUR. V višjih starostnih razredih vrednost dohodka iz dela, doseženega na trgu, upada in po 65 letu starosti upade na vsega 1-2 tisoč EUR (povprečje za oba spola skupaj), medtem ko doseže vrednost neplačanega dela najvišje vrednosti ravno v času takoj po upokojitvi – kar je za ženske nekoliko prej kot za moške. Takrat imajo posamezniki za neplačano gospodinjsko delo na voljo več časa, hkrati pa je ta starost tudi npr. aktualna za pomoč pri vzgoji vnukov oz. skrbi za vnuke, ki predstavlja v Sloveniji pomemben delež celotne gospodinjske proizvodnje v tej starosti.

Slika 2: Povprečne vrednosti dohodka iz dela in vrednosti neplačanega gospodinjanskega dela po starosti in spolu; Slovenija, preračunano na leto 2017



Vir: SURS, 2019; Eurostat, 2014; Evropska komisija, 2012; Istenič in Sambt, 2018, lastni izračuni.

Prikazana povprečja po starosti in spolu nato pomnožimo s porazdelitvijo števila invalidsko upokojenih po starosti in spolu. Kot bomo videli v rezultatih, je izgubljena vrednost neplačanega gospodinjanskega dela celo višja kot vrednost dohodka iz dela, zasluženega na trgu. Pojasnilo za to je v starostni strukturi posameznikov, ki zaradi demence postanejo nezmožni za delo – večina jih je namreč iz višjih starostnih razredov, kjer je vrednost neplačanega dela že višja kot dohodek iz dela, dosežen na trgu.

Vsi rezultati so izraženi na ravni enega leta. Izračune smo naredili za leto 2015, 2016 in 2017 in jih prikazujemo v Preglednici 2. Pri tem so uporabljene številne predpostavke, ki bi jih lahko v prihodnje s podrobnejšimi podatki izboljšali ali odpravili, tako da bi bile ocene čim bolj natančne.

Preglednica 2: Vrednost izgubljenega dohodka iz dela in vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjanskega dela (v EUR) v Sloveniji v obdobju 2015-2017

Leto/obdobje	2015	2016	2017	Povprečje 2015-2017
Vrednost izgubljenega dohodka iz dela (v EUR)	499.557	453.804	419.412	457,591
Vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjanskega dela (v EUR)	429.752	439.342	300.100	389.731
Skupaj (v EUR)	929.309	893.146	719.513	847.322

Vir: Istenič idr. (2016); Vargha idr. (2016); lastni izračuni

### 3.3 Skupni neposredni in posredni stroški zaradi demence, v povprečju, v obdobju 2015-2017

Neposredni stroški demence za obdobje 2015-2017 znašajo 10,2 milijona EUR v povprečju oz. 0,3% vseh izdatkov za zdravstvo. Posredni stroški demence pa znašajo 901.314 EUR v povprečju oz. 0,03% vseh izdatkov za zdravstvo.

Preglednica 3: Skupno ekonomsko breme (v EUR) zaradi demence, ki nastane v povprečju na ravni enega leta in v proučevanem obdobju 2015-2017, v Sloveniji

<b>BREME BOLEZNI V EUR</b>				
	<b>Leto 2015</b>	<b>Leto 2016</b>	<b>Leto 2017</b>	<b>Povprečje za 2015-2017</b>
<b>NEPOSREDNI STROŠKI (V EUR)</b>				
Zdravila	5.478.973	5.302.678	4.862.746	5.214.799
Prvi kurativni obiski na primarni ravni	102.207	103.057	96.742	100.669
Obiski v ambulantni na sekundarni ravni	37.587	42.142	40.739	40.156
Hospitalizacije – psihiatrija	3.672.733	3.815.478	3.892.821	3.793.677
Hospitalizacije-razen psihiatrije	1.234.063	1.001.384	829.745	1.021.731
<b>SKUPAJ</b>	<b>10.525.563</b>	<b>10.264.739</b>	<b>9.722.793</b>	<b>10.171.032</b>
<b>POSREDNI STROŠKI (V EUR)</b>				
Stroški začasne odsotnosti z dela	<b>50.513</b>	<b>47.194</b>	<b>64.268</b>	<b>53.992</b>
Izgubljeni dohodek iz dela zaradi nezmožnosti za delo	499.557	453.804	419.412	457.591
Izgubljeno neplačano gospodinjstvo delo zaradi nezmožnosti za delo	429.752	439.342	300.100	389.731
SKUPAJ – na ravni enega leta z vključeno vrednostjo gospodinjstvenega dela	<b>929.309</b>	<b>893.146</b>	<b>719.512</b>	<b>847.322</b>
<b>SKUPAJ</b>	<b>979.822</b>	<b>940.340</b>	<b>783.780</b>	<b>901.314</b>
<b>NEPOSREDNI IN POSREDNI STROŠKI SKUPAJ</b>	<b>11.505.385</b>	<b>11.205.079</b>	<b>10.506.573</b>	<b>11.072.346</b>

Vir: NIJZ, Ekonomska fakulteta

Če k skupnim izračunanim neposrednim in posrednim stroškom dodamo še stroške različne ovrednotene pomoči se stroški povečajo, in sicer, od 11,2 milijona EUR do 11,5 milijona EUR, odvisno od tega, kakšno pomoč za osebo z demenco izberemo.

Preglednica 4: Pomoč ovrednotena v EUR, ki jo lahko izberemo za osebo z demenco preračunano na posamezno leto in za obdobje 2015-2017 v povprečju, v Sloveniji

Leto 2015	Leto 2016	Leto 2017	Povprečje 2015-2017
<b>Stroški v primeru, da je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane (v EUR)</b>			
446.400	417.600	403.200	<b>422.400</b>
<b>Stroški z vidika javnih financ, v primeru, da oseba z demenco koristi dodatek za postrežbo in pomoč (upravičenec potrebuje 24-urni nadzor svojcev (laična pomoč) in obvezno strokovno pomoč (najmanj zdravstveni tehnik) za stalno izvajanje zdravstvene nege (v EUR)</b>			
160.031	149.706	144.544	<b>151.427</b>
<b>Stroški v primeru neformalne oskrbe na domu (stroški so v obliki vrednosti časa, ki ga drugi družinski člani namenjajo posamezniku, ki je zbolel za demenco) (v EUR)</b>			
366.721	374.905	256.086	<b>332.571</b>

Vir: NIJZ, Ekonomska fakulteta

Veliko breme za družbo poleg obravnavanih zdravstvenih posledic predstavljajo tudi socialne in druge posledice demence, ki smo jih v Preglednici 4 do določene mere upoštevali. Za celotno oceno socialnih in drugih posledic bi bilo potrebno pridobiti podatke drugih inštitucij in njihovih razpoložljivih podatkov. V naslednji fazi raziskovanja bi bilo potrebno v oceno bremena demence vključiti še več neposrednih in posrednih stroškov, kar bi nedvomno izračun finančnega bremena demence še povečalo.



## 4 ZAKLJUČEK

Rezultati analize kažejo, da je bilo v obdobju 2015-2017 v Sloveniji, v povprečju, ocenjeno ekonomsko breme demence 11.072.346 EUR, kar predstavlja 0,3% vseh izdatkov za zdravstvo v povprečju. Ekonomsko breme zaradi neposrednih stroškov znaša 10.171.032 EUR v povprečju, zaradi posrednih stroškov pa 901.314 EUR v povprečju. Vendar je pri interpretaciji potrebna previdnost, saj smo se pri pripravi analize srečali s številnimi omejitvami glede podatkovnih virov in zanesljivosti podatkov, še posebej glede zdravstvenih obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu, ki se nanašajo na zdravstveno obravnavo demenc. Pričujoča analiza ekonomskega bremena je prvi poskus v slovenskem prostoru, da bi ocenili ekonomsko breme demence na osnovi rutinskih zdravstvenih podatkovnih zbirk ter dodatnih virov podatkov. Trenutni izsledki analize nam kažejo, da je ekonomsko breme demence visoko, hkrati nam viri podatkov omogočajo tudi zaključek, da je podcenjeno. To izhaja tudi iz dejstva, da se pri statističnem spremljanju ambulantne in bolnišnične zdravstvene obravnave oseb z demenco srečujemo z nekaterimi metodološkimi omejitvami. Ekonomsko breme zaradi demence je visoko in bi bilo še višje z vključitvijo drugih neposrednih in posrednih stroškov ter stroškov socialnih in drugih posledic.

Vsak nastop sindroma demence predstavlja izgubo človeškega kapitala, kar predstavlja za družbo veliko socialno in ekonomsko škodo. Eden od pomembnih javnozdravstvenih ciljev je obvladovanje te bolezni in stroškov, predvsem z zgodnjim odkrivanjem bolezni in zgodnjim zdravljenjem, ki pripomoreta k upočasnitvi bolezni in izboljšanju kvalitete življenja posameznika in njegovih svojcev.

Na nivoju države bi bilo potrebno sprejeti prilagojene sistemske rešitve in ukrepe, ki bi pomagale ljudem z demenco in njihovim svojcem. Smiselno bi bilo najti načine in usposobiti kadre za črpanje evropskih sredstev na tem področju ter zagotoviti dobro razporejanje sredstev znotraj zdravstvenega sistema. V pomoč bi bilo spodbujati izobraževanje vsega strokovnega osebja, ki dela in skrbi za osebe z demenco ter vedno zagotoviti dostojno, spoštljivo obravnavo. V pomoč bi bile prilagoditve v okolju, na način, da bi oseba z demenco ostajala čim dlje aktivna ter na način, da bi oseba z demenco najbolje funkcionirala v danih okoliščinah.

Prav tako je potrebno še naprej ozaveščati svojce in tiste, ki skrbijo za osebe z demenco o poteku te bolezni ter promovirati zdrav življenjski slog, vključno z ustrežno prehrano in telesno dejavnostjo. Potrebno je ozaveščati svojce, da omogočajo osebam v začetni fazi demence aktivnost čim dlje časa in da se potrudijo, da take osebe ostanejo v domačem okolju in oskrbi čim dlje.

Zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje te bolezni je ključno, saj izboljša kakovost življenja osebe z demenco in njihovih svojcev. V zgodnji fazi bolezni so tudi zdravila bolj učinkovita, kar osebi z demenco in tudi njenim svojcem olajša soočenje z boleznijo. Prav tako so lahko celotni

stroški pri zgodnjem odkrivanju bolezni dolgoročno nižji, tudi zato, ker bolezen počasneje napreduje in ustrezna obravnava prepreči hude zaplete.

Zaključimo torej lahko, da je ekonomsko breme demence v povprečju v obdobju 2015-2017 veliko, ter, da so preventivna dejavnost, zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje, ozaveščanje in destigmatizacija bolezni na prvem mestu in mora biti še glasnejše, saj bi le to znižalo ekonomsko breme zaradi demence, predvsem pa izboljšalo kakovost življenja posameznika in družbe. V pričujoči analizi, ki je prva tovrstna analiza v slovenskem prostoru so uporabljeni le rutinski podatki, ki nudijo le parcialno oceno bremena demence. Končna ocena bremena demence, prikazane v tej analizi je torej zagotovo podcenjena.

## 5 LITERATURA

Bregant, M. (2012). *Izboljševanje delovnega okolja z inovativnimi rešitvami*. Ljubljana: Združenje delodajalcev Slovenije.

Cajnko, A. (2015). *Kako se lotiti zmanjšanja bremena demence za posameznika, družino*. Pridobljeno 6.9.2019 s [http://www.zdus-zveza.si/docs/AHA.SI/Kako se lotiti zmanjsanja bremena demence za posameznika, druzino LEKT.pdf](http://www.zdus-zveza.si/docs/AHA.SI/Kako_se_lotiti_zmanjsanja_bremena_demence_za_posameznika_druzino_LEKT.pdf)

Istenič, T., Šeme, A., Hammer, B., Lotrič Dolinar, A., in Sambt, J. (2016). *The European NTA Manual*. AGENTA Public Deliverable. Pridobljeno 13. 9. 2016 s <http://www.agenta-project.eu/Jacomo/upload/publications/d-2.3-submitted.pdf>

Kopp, P. (2001). *Calculating the social cost of illicit drugs*. Council of Europe Publishing.

Kos, D. (2010). *Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Lee, R. D. in Mason, A. (2011). *Population aging and the generational economy : a global perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. (2005). Ljubljana.

Ministrstvo za zdravje. (2016). *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. Pridobljeno 10.9.2019 s [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/demenca.pdf](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/demenca.pdf)

Podatki o zdravilih: *Centralna baza zdravil*. Pridobljeno 15. 3. 2019 s <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/o/CEECE65B19F25E4FC1257552002BEC54>

Sambt, J., Donehower, G., in Verbič, M. (2016). Incorporating household production into the National Transfer Accounts for Slovenia. *Post-Communist Economies*, 28(2), 249-267. doi: 10.1080/14631377.2016.1164962

Sambt, J., Istenič, T., in Hammer, B. (2017). *The European National Transfer Account : data and application AGENTA, Ageing Europe : an application of National Transfer Account for explaining and projecting trends in public finances* (str. 2-9). Vienna: Vienna Institute of Demography.

SURS – Statistični urad Republike Slovenije. *Povprečna letna plača za leto 2017*. Pridobljeno 11. 3. 2018 s <http://www.stat.si/letopis/2019.html>.

SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 1.9.2019 s <http://www.stat.si/letopis/2019.html>.

Toth, M. (2004). *Ekonomika v zdravstvu*. Ljubljana.

United Nations. (2013). *National Transfer Accounts manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. New York: United Nations.

Vargha, L., Šeme, A., Gál, R. I., Hammer, B., in Sambt, J. (2016). *Manual of NTTA methodology and guidelines to the AGENTA NTTA data explorer*. Pridobljeno 15. 3. 2017 s <http://www.agenta-project.eu/Jacomo/upload/publications/d-2.3-submitted.pdf>

Zakon o državni statistiki (ZDSta). *Uradni list RS*, št. 45/95, 9/01, z dopolnitvami 47/09. Pridobljeno 14. 5. 2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO424>

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). *Uradni list RS*, št. 65/00, z dopolnitvami 47/15 in 31/18. Pridobljeno 16. 5. 2018 s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>

*Zbirke podatkov NIJZ: ZUBSTAT, SPP, Zbirka izdanih receptov, IVZ/3*. Ljubljana: NIJZ.

Literatura je urejena skladno po APA stilu (<https://www.apa.org/>; pridobljeno november 2018).