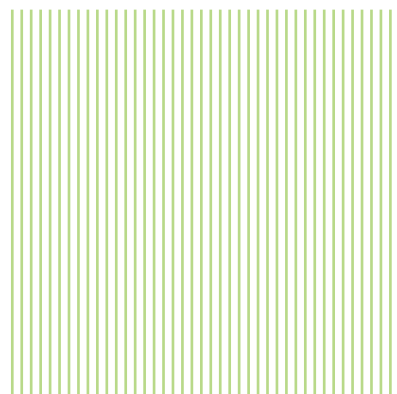
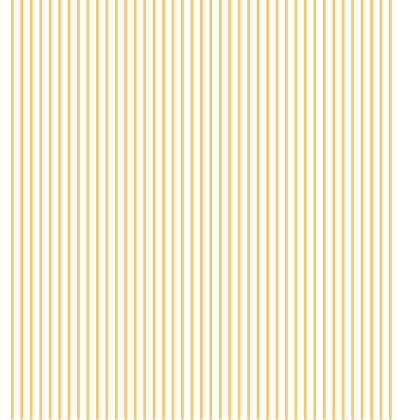
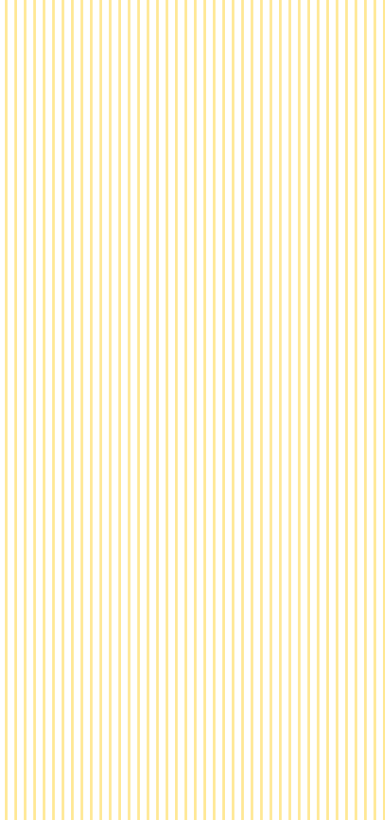




VPLIV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN FIZIČNEGA OKOLJA NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI

**IZZIVI IN PRILOŽNOSTI MED NACIONALNIMI
POLITIKAMI IN LOKALNIMI PRAKSAMI**

(Povzetek za politične odločevalce)

VPLIV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN FIZIČNEGA OKOLJA NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI. IZZIVI IN PRILIKOVNOSTI MED NACIONALNIMI POLITIKAMI IN LOKALNIMI PRAKSAMI

Povzetek za politične odločevalce

Urednice: Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel

Tehnična urednica: Lea Raztresen, Monika Robnik Levart, Lucija Ačko, Severin Nemec-Herkess

Avtorji: (po abecednem vrstnem redu organizacij):

ARSO: Anže Medved, Janja Turšič; IER: Andrej Srakar; MZ: Mateja Nagode; NIJZ: Kaja Batista, Andreja Belščak, Katarina Bitenc, Jona Blatnik, Anja Brunec, Tomaž Čakš, Ivan Eržen, Lucija Ferš, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Alenka Hafner, Ada Hočevar Grom, Ana Hojs, Marjetka Hovnik Keršmanc, Ema Kobal, Ivanka Huber Kropec, Neda Hudopisk, Matej Ivartnik, Helena Jeriček Klanšček, Tjaša Jerman, Blashko Kasapinov, Nuša Konec Jurčič, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Matjaž Krošel, Marjeta Kuhar, Darja Lavtar, Tara Ledinek, Andreja Meziniec, Petra Mikolič, Bonia Miljavac, Lara Ofentavšek, Christos Oikonomidis, Simona Perčič, Majda Pohar, Mircha Poldrugovac, Tatjana Kofol Bric, Sandra Radoš Krnel, Martin Ranfl, Nevenka Ražman, Maruša Rehberger, Mateja Rok Simon, Saška Roškar, Andreja Rudolf, Marko Štanta, Eva Štromajer, Simona Uršič, Vesna Viher Hrženjak, Matej Vinko, Marko Vudrag, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Brigita Zupančič Tisovec, Tina Zupanič, Živa Žerjal; OIL: Mojca Birk, Nika Bric, Mojca Florjančič, Urška Ivanuš, Tine Jerman, Maja Jurtela, Urška Košir, Katarina Lokar, Barbara Mihevc Ponikvar, Ana Mihor, Teja Oblak, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Tina Žagar; UMAR: Eva Šarec

Recenzenta: prof. dr. Majda Pahor, doc. dr. Tit Albreht

Lektoriranje: Amidas d.o.o

Oblikovanje: Erna Pečan

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Avtorji fotografij na naslovnici (po abecednem vrstnem redu):

Arhiv občine Pivka, Arhiv TIC Moravske Toplice, Aleš Fevžer, Ivan Lipičnik, Barbara Ploštajner, Lucija Pušnik, Živa Rant, Uroš Švigelj

Piktogrami: Marko Pogačnik

Elektronska izdaja.

Publikacija je dostopna na spletni strani www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2025

Zaščita dokumenta

©2025 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršnem koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo skladno z avtorskopravno in s kazensko zakonodajo.



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA OKOLJE IN PROSTOR
AGENCIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA OKOLJE



JA PreventNCD



Sofinancira
Evropska unija

KAZALO

PREDGOVOR MINISTRICE ZA ZDRAVJE	4
REFLEKSIJE SODELUJOČIH INSTITUCIJ.....	6
Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti	6
Ministrstvo za solidarno prihodnost	6
Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje.....	6
Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo	6
Inštitut za ekonomska raziskovanja	6
Onkološki inštitut Ljubljana	7
Agencija Republike Slovenije za okolje	7
KNJIGI NA POT	8
UVOD	9
PRIKAZ STANJA NA PODLAGI KAZALNIKOV IN KVALITATIVNEGA RAZISKOVANJA ..	10
O kazalnikih neenakosti v zdravju	10
Primerjalni prikaz ključnih kazalnikov.....	12
Ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji	14
Izzivi pri merjenju neenakosti v zdravju invalidov.....	16
NEENAKOSTI V DOSTOPU DO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN PROGRAMOV ...	18
Neenakosti v dostopu do izbranih vrst zdravstvenih storitev	18
Neenakosti pri iskanju strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju ..	21
Zmanjševanje neenakosti v dostopnosti do storitev državnega programa ZORA: kaj smo se naučili v pandemiji covida-19	24
VPLIVI OKOLJA NA NEENAKOSTI	27
Podnebne spremembe in neenakosti v zdravju.....	27
Neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode	29
Neenakosti v zdravju zaradi izpostavljenosti onesnaženemu zraku	31
PRENOS IN UPORABA INFORMACIJ O NEENAKOSTIH V REGIJSKIH OKOLJIH...	33
Neenakosti v zdravju v slovenskih regijah skozi oči lokalnih deležnikov	33
ZAKLJUČEK	36
REFLEKSIJE RECENZENTOV.....	40

PREDGOVOR MINISTRICE ZA ZDRAVJE

Slovenija se lahko pohvali s tradicijo zagotavljanja enakosti v dostopu do zdravstvenega varstva in tudi mednarodna skupnost nas prepoznava kot primer dobre prakse pri oblikovanju vključujočih zdravstvenih politik. Zavedamo se, da je zdravje temeljna pravica vsakega posameznika, nanj pa vpliva mnogo dejavnikov – socialni in ekonomski pogoji, dostopnost zdravstvenih storitev, stopnja izobrazbe in življenjsko okolje.

Preprečevanje neenakosti v zdravju je že vrsto let ena od osrednjih prioritet ministrstva za zdravje. Prednosti Slovenije pri obravnavanju potreb najbolj ranljivih skupin v zdravstvenem sistemu so predvsem dobro sodelovanje primarnega zdravstvenega varstva z javnim zdravjem, skupnostni pristop, ki vključuje individualne in populacijske pristope, izvajanje preventivnih programov in vključevanje različnih deležnikov, vključno s civilno družbo.

Posebno pozornost Slovenija namenja izboljšanju zdravstvene pismenosti ter javnozdravstvenim programom za zgodnje odkrivanje raka, kot so SVIT, ZORA in DORA, ter preventivnim programom za duševno zdravje v okviru programa MIRA, ki vključujejo mrežo centrov za odrasle in otroke. Vsi našeti programi vsebujejo usmerjene aktivnosti za večjo vključenost bolj ranljivih skupin. Vlada Republike Slovenije je septembra 2024 sprejela Strategijo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 z močnim poudarkom na krepitvi preventivnih programov. V pripravi sta tudi nacionalna strategija za dvig zdravstvene pismenosti in strategija razvoja javnega zdravja, obe posebej pozorno obravnavata potrebne aktivnosti za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Vsi vemo, da zdravje ni zgolj vprašanje zdravstvenega sistema. Medsektorsko sodelovanje je ključno za zagotavljanje enakih možnosti za blaginjo in zdravje. Zdravstvo se povezuje s socialnim varstvom, šolstvom, zaposlovanjem, okoljskim in gospodarskim sektorjem, da bi učinkoviteje obravnavalo socialne determinante zdravja in potrebe ranljivih skupin, ki so jim na voljo prilagojeni ukrepi – vključno z brezplačnim zdravstvenim zavarovanjem, razvijanjem ukrepov socialne participacije in lokalnimi programi za izboljšanje življenjskih pogojev.

Letošnje poročilo o neenakostih v zdravju, ki je pred vami, pozornost namenja predvsem dostopnosti do izbranih zdravstvenih storitev, ki se je zmanjšala iz različnih razlogov, vključno s posledicami pandemije covid-19. Ena najizrazitejših ugotovitev raziskave je velika geografska neenakost v povprečnih čakalnih dobah, zaznane so tudi razlike med različnimi starostnimi skupinami čakajočih pacientov – najstarejši in najmlajši pacienti so pogostejše obravnavani prednostno, kar se odraža v krajših povprečnih čakalnih dobah v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami.

Na področju reproduktivnega zdravja poročilo kaže, da pandemija covid-19 ni poglobila obstoječih neenakosti na področju udeležbe žensk v programu ZORA iz naslova socioekonomskih značilnosti. So se pa v pandemiji pojavile nove ovire, med katerimi je najbolj izstopala težja organizacija časa za presejalni pregled pri mlajših ženskah. Odličen je bil odziv javnozdravstvenih služb, ki so problematiko zaradi dobrega sodelovanja institucij zaznale že med samo pandemijo in nanjo tudi ustrezno odreagirale.

Poročilo predstavlja pomemben mejnik, saj prvič vključuje tudi pregled vpliva izbranih okoljskih dejavnikov na zdravje, s čimer se pridružujemo državam, ki celovito analizirajo neenakosti v zdravju. Tako poročilo ugotavlja, da so v Sloveniji razlike pri izpostavljenosti onesnaženemu zraku, dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode in vplivu podnebnih sprememb predvsem posledica geografskih neenakosti.

V Sloveniji smo zelo aktivni na področjih vključevanja podnebne odpornosti v zdravstveni sistem in zmanjševanja podnebnega odtisa zdravstvenega sektorja ter pripravljamo celovito stra-

tegijo o podnebnih spremembah in zdravju. Poleg tega razvijamo kalkulator ogljičnega odtisa za zdravstveno varstvo, ki bo prilagodljiv sistemom v manjših državah. Za razogljichenje zdravstvenega sistema pa so ključni še krepitev medsektorskega in tudi mednarodnega sodelovanja, iskanje inovativnih rešitev ter sistematično zbiranje, analiziranje in primerjava podatkov – le na dokazih temelječi ukrepi prinašajo celovite in učinkovite rešitve.

Na ministrstvu tudi zato pozdravljamo izid poročila in podpiramo nadaljnja prizadevanja za zmanjševanje neenakosti v zdravju tako v Sloveniji kot v svetu. Slovenija sledi načelom pravičnosti in enakih možnosti pri dostopu do zdravja ter si prizadeva za dolgoročne rešitve, ki bodo prispevale k bolj zdravemu in pravičnejšemu družbenemu okolju. Takšne spremembe zahtevajo skupen napor celotne družbe, zato podpiramo dialog in sodelovanje vseh deležnikov za bolj zdravo prihodnost. Na Ministrstvu za zdravje se zavedamo, da je zdravje za vse pogoj tako za uspešno in zadovoljno družbo blaginje kot za socialno vključenost vseh prebivalcev.

Dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje

REFLEKSIJE SODELUJOČIH INSTITUCIJ

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

»Ob kreiranju politik in ukrepov na področju zdravja prebivalstva je za doseganje ciljev v prihodnje treba še posebno veliko pozornosti nameniti dostopnosti in informiranosti glede zdravega načina življenja ter razpoložljivosti zdravstvenih storitev, prilagojenih ranljivim skupinam prebivalstva.«

Magda Zupančič, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

Ministrstvo za solidarno prihodnost

»Neenakosti v zdravju, ki jih razkriva pričujoča publikacija, prispevajo k boljšemu poznavanju ne dovolj raziskanega „kontinenta“ staranja.«

Aleš Kenda, Ministrstvo za solidarno prihodnost

Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje

»Izsledki raziskav niso zgolj pomemben pripomoček in smernice odločevalcem pri kreiranju politik, temveč so opomnik vsem nam, kako pomembno je izbirati ustrezen življenjski slog in skrbeti za okolje, če želimo ohraniti najdragocenejšo človekovo dobrino, zdravje. Z vzgojo in izobraževanjem o obravnavanih temah pa je treba začeti že zelo zgodaj, zato je lahko tudi ta modro izpisana publikacija dragocen pripomoček učiteljem v osnovnih in srednjih šolah; prav tako pa tudi pomemben vir za nadaljnja znanstvena in strokovna preučevanja v akademskem svetu.«

Breda Mulec, Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo

»Na eni strani rastoče aspiracije po zdravju in staranje prebivalstva večajo izdatke zdravstvenega sistema, na drugi strani pa ostajajo državni izdatki za zdravstvo relativno nespremenjeni. Iz tega razkoraka neogibno izhajajo različne oblike neenakosti prebivalcev pri dostopu do zdravstvenih storitev.«

Barbara Kobal Tomc, direktorica Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo

Inštitut za ekonomska raziskovanja

»Želimo in upamo, da bo to delo odločevalcem v Sloveniji in širše pomagalo bolje razumeti neenakosti v zdravju in usmeriti svoje delovanje v njihovo zmanjševanje in odpravljanje.«

Andrej Srakar, Inštitut za ekonomska raziskovanja

Onkološki inštitut Ljubljana

»Zdravje ljudi je tesno povezano s socialnimi in ekonomskimi razmerami, v katerih živijo. Ljudje, ki se nahajajo nižje na družbeni lestvici, zbolevajo pogosteje in imajo krajšo pričakovano življenjsko dobo v primerjavi s tistimi v boljšem socialno-ekonomskem položaju.«

Vesna Zadnik, vodja Registra raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana

Agencija Republike Slovenije za okolje

»Na neenakosti v zdravju z vidika okolja in podnebnih sprememb ne vplivajo le geografsko pogojene danosti, temveč tudi socialno-ekonomski status in medgeneracijske razlike.«

Joško Knez, generalni direktor Agencije Republike Slovenije za okolje

KNJIGI NA POT

Neenakosti v zdravju so že dolgo eden osrednjih izzivov sodobne družbe, tako v Sloveniji kot v širši mednarodni skupnosti. V slovenskem prostoru smo se z raziskovanjem in spremljanjem neenakosti začeli ukvarjati že ob prelomu 19. v 20. stoletje, pri čemer je ključno vlogo odigralo javno zdravje z močno socialno noto. Zaznamujejo ga dosežki, kot so študije Ivana Pirca po prvi svetovni vojni in večplastne reforme po drugi svetovni vojni, ki so omogočile dostop do zdravstvenega varstva za večino prebivalstva. Kljub napredku pa neenakosti v zdravju ostajajo pomemben izziv, saj nanje vplivajo številni socialni, ekonomski in okoljski dejavniki.

Prejšnje publikacije, posvečene neenakostim v zdravju, so v letih 2011, 2018 in 2021 dale pomemben vpogled v razsežnosti neenakosti in njihove ključne vzroke. Prva publikacija je predstavila osnovno analizo razlik v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva. Druga publikacija je poglobila razpravo o socialno-ekonomskih dejavnikih in obravnavala vpliv finančne krize na zdravje prebivalcev. Tretja publikacija pa je osvetlila vlogo sodelovanja med institucijami ter dala vpogled v vplive pandemije covida-19 na neenakosti v zdravju.

Četrta publikacija, ki je pred vami, pomeni korak naprej pri povezovanju podatkov, politik in ukrepov. Osredotoča se na tri ključna področja: dostopnost do zdravstvenega sistema, neenakosti v okolju in regijski pogled na neenakosti. Vključuje tudi analize o vplivih pandemije covida-19 na neenakosti v zdravju in osvetljuje, kako so bile ranljive skupine še dodatno prizadete. Vsebine so nastale v tesnem sodelovanju strokovnjakov iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Onkološkega inštituta, Inštituta za ekonomska raziskovanja, Urada za makroekonomske analize in razvoj ter drugih ključnih deležnikov.

Publikacija ponuja celovit pregled stanja ter daje predloge ukrepov za reševanje ugotovljenih izzivov, ki temeljijo na podatkih, analizah in primerih dobrih praks. Ključna ugotovitev je, da moramo pri zmanjševanju neenakosti v zdravju uporabiti medsektorski pristop, ki povezuje javno zdravje z drugimi področji, kot so okolje, infrastruktura, socialna politika in gospodarstvo. Odličen dodatek tokratni izdaji je regionalni pogled na obravnavane teme, ki kaže, da moramo pri posredovanju informacij bolje poznati potrebe svojih deležnikov ter učinkoviteje prenašati svoje znanje in ugotovitve do širokega kroga uporabnikov. To nam omogoča uvid in usmeritev za prihodnjo, peto publikacijo.

Zahvaljujemo se vsem, ki so prispevali k nastanku te publikacije, od raziskovalcev in strokovnjakov do predstavnikov različnih resorjev in institucij. Upamo, da bodo predstavljene ugotovitve in predlogi v pomoč odločevalcem, raziskovalcem in širši javnosti pri nadaljnjem razvoju ukrepov za zmanjševanje neenakosti in krepitev pravičnosti v zdravju.

Pravičnost v zdravju ni zgolj vprašanje politike, ampak izraz človečnosti. Vsak posameznik si za služi priložnost za zdravo in kakovostno življenje, ne glede na socialne, ekonomske ali okoljske okoliščine. Z medsektorskim sodelovanjem lahko ustvarimo bolj pravično in zdravo družbo za vse.

Uredniški odbor publikacije Vpliv zdravstvenega sistema in fizičnega okolja na neenakosti v zdravju v Sloveniji

UVOD

Neenakosti v zdravju med populacijskimi podskupinami lahko prikažemo šele, ko podatke o stanju zdravja in različnih okoliščin, ki na zdravje vplivajo, ustrezno razčlenimo – predvsem po spolu, starosti, regiji bivanja, še posebno pa po izobrazbi in socialno-ekonomskem statusu. Na ta način ugotavljamo, katere skupine prebivalcev so v primerjavi s splošno populacijo v neenakem položaju glede svojega zdravja – govorimo o neenakostih v zdravju in blaginji ter o tem, kako naj država z deležniki ukrepa, da se nepravilne neenakosti zmanjšujejo.

Stanje na področju družbenih neenakosti in neenakosti v zdravju v Sloveniji spremljamo na različne načine. Na NIJZ spremljamo neenako razporeditev zdravstvenih izidov v okviru rednega dela ter z izkoriščanjem domačih in mednarodnih projektnih spodbud. Prvi dve poročili NIJZ o neenakostih na področju zdravja sta bili osredotočeni predvsem na zbiranje, analizo in predstavitev podatkov o razlikah v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva. Pri tretji publikaciji o neenakostih v zdravju se poudarek poročanja premaknil s podatkov o neenakostih na programe in ukrepe, ki vplivajo na pojav neenakosti. Opisani premiki od poročanja o neenakostih v Sloveniji na podlagi podatkov k poročanju na podlagi politik, ki vplivajo na neenakosti, so zahtevali tudi premike na področju medsebojnega sodelovanja in razvoja vseh vrst kapacitet, ki smo jih uresničevali v okviru platforme za neenakosti v zdravju.¹ Priprava publikacije je bila le del kratkoročnih ciljev sodelovanja med partnerskimi ustanovami na platformi.

¹ Neenakosti v zdravju: Izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju (povzetek) (2021). Platforma za neenakosti v zdravju je prikazana na strani 34. Povzetek je dostopen na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/neenakosti_povzetek_slovenski_e_verzija_22_6_21.pdf

PRIKAZ STANJA NA PODLAGI KAZALNIKOV IN KVALITATIVNEGA RAZISKOVANJA

0 kazalnikih neenakosti v zdravju

V Sloveniji že skoraj dve desetletji ugotavljamo, da neenakosti v zdravju obstajajo, pomembno pa je, da jih znamo tudi izmeriti, prikazati in razložiti. Glavno orodje pri tem so javnozdravstveni kazalniki, ki jih uporabljamo kot merila za ocenjevanje zdravstvenih trendov skozi čas in med različnimi populacijami. S spremljanjem teh kazalnikov lahko različni deležniki, zlasti pa upravljavci zdravstvenih sistemov in politik, opazujejo razvoj obstoječih zdravstvenih vprašanj in nastanek novih javnozdravstvenih problemov, spremljajo učinke zdravstvenih politik in dodeljujejo sredstva tja, kjer so najbolj potrebna. Javnozdravstveni kazalniki omogočajo primerjave med regijami, državami in različnimi sociodemografskimi skupinami ter spremljanje razvoja nekega pojava skozi čas, vse to pa pripomore k prepoznavanju dobrih praks in identifikaciji področij, ki jih je treba izboljšati.

V tej in vseh prejšnjih publikacijah o neenakostih v zdravju v Sloveniji² spremljamo obsežen nabor kazalnikov. Pri razvoju tega nabora smo izhajali iz metodoloških priročnikov, ki so jih s sodelovanjem vodilnih strokovnjakov pripravile mednarodne organizacije. Te so raziskovanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju uvrstile v fokus svojega delovanja na področju zdravja prebivalstva. Izbor kazalnikov smo prilagodili slovenskim razmeram in ključnim javnozdravstvenim izzivom, hkrati pa smo upoštevali tudi razpoložljivost podatkovnih virov v Sloveniji. Osredotočili smo se na razlike, ki nastajajo zaradi socialno-ekonomskega položaja.

Pri pripravi in interpretaciji kazalnikov ne moremo mimo dejstva, da podatki, na katerih temeljijo kazalniki, v večini primerov zajemajo tudi pandemsko leta (2020–2023). Pandemija covid-19 je pomembno zaznamovala vsa področja človekovega življenja v Sloveniji in po svetu. Od pojava prve okužbe z virusom SARS-CoV-2 v Sloveniji so minila že več kot štiri leta. Od takrat smo zaznali več epidemičnih valov, ki so prizadeli celotno državo in vse njene prebivalce. Posledice pandemije čutimo še danes, vrednosti posameznih kazalnikov pa jasno kažejo, kako je pandemija vplivala tudi na področja, s katerimi covid-19 ni neposredno povezan. Gre za vpliv in posledice pandemije na posameznika, družbo in zdravstveni sistem. Resnost pandemije in uvedeni ukrepi za omejevanje prenosa okužbe so po letu 2020 vplivali na vsakdanje življenje vseh ljudi, tudi tistih, ki jih virus ni neposredno prizadel. Vpliv pandemije je, kjer je to potrebno, pojasnjen in opisan v interpretaciji posameznih kazalnikov.

Razvrščanje posameznikov v različne skupine po tipičnih determinantah socialno-ekonomskega položaja za namene primerjav upošteva podatke o posamezniku in mednarodno primerljive kategorije. V publikacijah NIJZ se kot določevalci socialno-ekonomskega položaja največkrat uporablja dosežena stopnja izobrazbe. Ta podatek je med socialno-ekonomskimi določevalci najbolj zanesljiv ali preprosto povezljiv iz različnih virov podatkov, tako iz podatkovnih zbirk kot iz nacionalnih anketnih raziskav, iz katerih pridobivamo informacije s področij zdravja, zdravstva, sociale, trga dela in ekonomskega položaja prebivalstva. Že v prejšnjih publikacijah o neenakosti v zdravju smo prikazali, da dosežena stopnja izobrazbe in dohodek kažeta dobro medsebojno ujemanje tako na nacionalni kot na regionalni ravni.

2 Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011), Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize (2018), Neenakosti v zdravju: Izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju (2021).

S kazalniki zdravja prikazujemo izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti. Informacije pomagajo organizacijam, skupnostim in državam, da osredotočijo svoje vire in prizadevanja za izboljšanje zdravja in dobrega počutja vseh ljudi. O tem, katere kazalnike izbrati za prikaz neenakosti v zdravju, poteka stalna strokovna razprava. Tuje in domače analize so nas naučile, da obstajajo dejavniki zdravja in bolezni, pri katerih najdemo občutne razlike po socialno-ekonomskem položaju v škodo manj izobraženih ali manj premožnih, pa tudi taki, kjer razlik po socialno-ekonomskem položaju ni ali so celo obrnjene.

V tokratni publikaciji smo se odločili objaviti enak nabor kazalnikov kot v prejšnjih publikacijah razen tistih, za katere še ni novih oziroma osveženih podatkov zaradi večletne periodike nacionalnih raziskav (na primer nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu, ki se izvaja na šest let). Kazalniki za prejšnjo publikacijo so bili izbrani na podlagi izkušenj, pridobljenih ob pripravi prvih dveh publikacij. Tako kot v prejšnji publikaciji vključena tematska področja predstavljajo velike javnozdravstvene izzive z vidika razširjenosti oziroma pogostosti in njihovega vpliva na delovno zmožnost prebivalstva, prezgodnjo umrljivost, obremenitev zdravstvene službe ter kakovost življenja v Sloveniji in Evropi.

Tudi v tokratni publikaciji lahko s ponosom pokažemo kazalnike, ki so plod medinstitucionalnega sodelovanja. To je omogočilo, da so pri opisih kazalnikov socialnega varstva, dolgotrajne oskrbe in dostopnosti zdravstvenega sistema svoje znanje prispevali strokovnjaki, ki te podatke in njihovo interpretacijo najboljše poznajo. Socialni kazalniki v zgodnjih obdobjih življenja kažejo pomembne razlike v izhodiščnih možnostih za zdravo življenje. Zato smo tokrat med kazalnike uvrstili obsežen nabor tistih, ki osvetlujejo socialni položaj v Sloveniji. Razširjeno prikazujemo kazalnike zdravstvenega sistema, ki je kljub univerzalnemu zdravstvenemu zavarovanju za nekatere skupine slabše dostopen.

V prikazih kazalnikov izobrazbo razvrščamo v nizko, srednjo in visoko. Nizka izobrazba vključuje osebe brez izobrazbe do poklicne stopnje, visoka pa osebe z doseženo višjo do podiplomsko izobrazbo. Kjer je bilo mogoče, smo vrzel med nizko in visoko izobraženimi prikazali v daljšem obdobju in poskušali oceniti, ali se razlike po socialno-ekonomskem položaju v Sloveniji zmanjšujejo, povečujejo, ostajajo nespremenjene ali pa jih ne moremo jasno določiti.

Ko opazujemo zdravje, je starost najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na izide. Tudi pri dejavnih vedenjskega sloga opažamo pomembne razlike po starostnih skupinah, ki pa so pogosto razporejene drugače kot pri izidih zdravja. Izidi zdravja so namreč tipično ugodnejši za mlajše prebivalce, medtem ko pri nekaterih dejavnih tveganja opažamo, da se mlajši prebivalci vedejo bolj tvegano. Da bi v čim večji meri izločili vpliv starosti pri primerjavah v času in prostoru, smo uporabili starostno standardizacijo kot običajni standard pri kazalnikih o izidih zdravja in večini drugih prikazanih kazalnikov.

Pri obsežni analizi, ki je bila potrebna pred opisom kazalnikov, smo izračunavali različne mere tako relativne kot absolutne razlike med skupinami, naklonski (ang. slope) indeks neenakosti, neenakostim pripisljiv delež razlike med skupinami (ang. population attributable fraction – PAF), pri prikazih pa smo se odločali za enostaven prikaz vrzeli v incidenci ali prevalenci pojava po skupinah socialno-ekonomskega dejavnika, najpogosteje po izobrazbi.

S prikazanim naborom kazalnikov vzpostavljamo standardni nabor izbranih kazalnikov, s katerim bomo dolgoročno in pogosteje spremljali neenakosti v zdravju v Sloveniji.

Primerjalni prikaz ključnih kazalnikov

	izboljšanje v opazovanem obdobju
	poslabšanje v opazovanem obdobju
	ni statistično značilne spremembe ali nedoločljiv trend zaradi nihanja vrednosti ali obrata vrzeli v opazovanem obdobju

Tabela 1.1: Časovni trendi kazalnikov, ki jih v publikaciji prikazujemo po izobrazbenih skupinah.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Kajenje v nosečnosti				
Delež žensk z indeksom telesne mase nad 25 pred nosečnostjo				
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu				
Nosečnica brez presejalne preiskave				
Nosečnice (prva nosečnost) brez udeležbe na materinski šoli				
Prezgodnji porod				
Nizka porodna teža				
Perinatalna umrljivost enojčkov				
Umivanje zob				
Brezobost				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – moški				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – ženske				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – moški				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – ženske				
Incidenca vseh rakov skupaj – moški				
Incidenca vseh rakov skupaj – ženske				
Incidenca pljučnega raka – moški				
Incidenca pljučnega raka – ženske				
Incidenca želodčnega raka – moški				
Incidenca želodčnega raka – ženske				
Incidenca raka dojk				
Incidenca kožnega melanoma – moški				
Incidenca kožnega melanoma – ženske				
Incidenca rakov glave in vratu – moški				
Incidenca rakov glave in vratu – ženske				
Obravnave v bolnišnicah				
Umrlijivost zaradi pljučnega raka – moški				
Umrlijivost zaradi pljučnega raka – ženske				
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov – moški				
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov – ženske				
Umrlijivost odraslih zaradi poškodb v nezgodah				
Umrlijivost starejših zaradi padcev				
Umrlijivost zaradi samomora – moški				
Umrlijivost zaradi samomora – ženske				

Opomba: cvetoče duševno zdravje je izvzeto iz prikaza, ker za ta kazalnik ni trenda.

Tabela 1.2: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu				
Umivanje zob				
Umrljivost zaradi samomora – moški				

Tabela 1.3: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Nosečnice (prva nosečnost) brez udeležbe na materinski šoli				
Brezzobost				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – moški				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – ženske				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – moški				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – ženske				
Umrljivost zaradi pljučnega raka – ženske				
Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov – moški				

Tabela 1.4: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali niha med obdobji.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Kajenje v nosečnosti				
Delež žensk z indeksom telesne mase nad 25 pred nosečnostjo				
Nosečnica brez presejalne preiskave				
Prezgodnji porod				
Nizka porodna teža				
Perinatalna umrljivost enojčkov				
Incidenca vseh rakov skupaj – moški				
Incidenca vseh rakov skupaj – ženske				
Incidenca pljučnega raka – moški				
Incidenca pljučnega raka – ženske				
Incidenca želodčnega raka – moški				
Incidenca želodčnega raka – ženske				
Incidenca raka dojk				
Incidenca kožnega melanoma – moški				
Incidenca kožnega melanoma – ženske				
Incidenca rakov glave in vratu – moški				
Incidenca rakov glave in vratu – ženske				
Obravnave v bolnišnicah				
Umrljivost zaradi pljučnega raka – moški				
Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov – ženske				
Umrljivost odraslih zaradi poškodb v nezgodah				
Umrljivost starejših zaradi padcev				
Umrljivost zaradi samomora – ženske				

Ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji

Nacionalni inštitut za javno zdravje je leta 2022 izvedel raziskavo o neenakostih in ranljivostih v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji, in sicer v okoljih, ki spadajo pod ZD Vrhnika, ZD Celje in ZD Sevnica. Namen raziskave je bil ugotoviti, kdo so posamezniki oziroma skupine, ki se srečujejo z ovirami v dostopu do zdravstvenega varstva, katere so njihove ranljivosti, s katerimi ovirami v dostopu do zdravja in drugih storitev se srečujejo in kateri so načini premoščanja ovir v lokalnih okoljih. V raziskavo so bile vključene tudi osebe z neposredno izkušnjo ranljivosti in neenakosti v zdravju ter ovirami v dostopu do zdravstva in drugih storitev.³

Kot ranljive osebe oziroma skupine z ranljivostjo so bili v raziskavi prepoznani: brezposelni, tujci, priseljenci, delavci iz držav nekdanje Jugoslavije, albanske družine, starejši ljudje, socialno ogrožene osebe, enostarševske družine, matere samohranilke, prekarni delavci, osebe, živeče v slabih stanovanjskih razmerah, osebe, živeče v geografsko odročnejših krajih, otroci s posebnimi potrebami in otroci ločenih staršev, osebe s težavami v duševnem zdravju, invalidi, gluhe in naglušne osebe, slabovidne osebe, socialno izključene osebe, žrtve nasilja, uporabniki prepovedanih drog in uporabniki alkohola ter njihovi svojci, osebe z demenco in njihovi svojci, osebe s kroničnimi boleznimi in drugimi zdravstvenimi težavami.

Dejansko stanje na terenu najbolj neposredno opisujejo navedbe sodelujočih v raziskavi, kot je naslednja:

»V mestu je tega [slabih bivanjskih razmer, op. a.] zelo veliko, predvsem pri starejših [...] Nista imela pralnega stroja, potem ne hladilnika, voda je bila zamašena, gospa ni imela ležišča, je ležala na tleh na foliji, potem umazano, pourinirano, onesnaženo perilo je kupčkala, zaradi tega, ker stroj ni delal, wc školjka je bila zamašena; zjutraj za zajtrk sta si skuhalo en kilogram belih testenih, gospa je bila sladkorna bolnica [...] Na mizi so bili ostanki stare hrane, par dni stare hrane [...]« (zaposlena v patronažni službi).

Ranljivi posamezniki oziroma skupine se v dostopu do zdravstvenih in drugih oblik pomoči ali storitev srečujejo z različnimi ovirami. Ovire so: jezikovne (prisotna je uporaba ad hoc tolmačev, predvsem otrok), kulturne (»drugačna kultura albanske skupnosti«, stigma, težave pri integraciji), geografske, socioekonomske (nizki dohodki, nizke pokojnine, brezposelnost), povezane z zdravstveno nezavarovanostjo, slabimi bivalnimi razmerami in socialno izključenostjo (izoliranost, pomanjkanje socialnih kompetenc, duševne bolezni, odvisnosti), in druge ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva.

Izsledki raziskave so pokazali na pomembnost podpore lokalnih skupnosti pri premoščanju ovir, s katerimi se srečujejo ranljive osebe. Kot pomembni so se izkazali mreženje organizacij, sodelovanje med institucijami in organizacijami, medsebojna informiranost institucij in društev, razni projekti in programi v podporo ranljivim skupinam, obstoj in delovanje humanitarnih in drugih nevladnih organizacij, osnovne šole s prilagojenim programom za otroke s posebnimi potrebami, organizacija raznih predavanj in delavnic na temo zdravja, organizacija in izvedba tečajev slovenskega jezika, namenjenih premoščanju jezikovnih ovir albanske skupnosti, in še nekateri drugi.

³ V raziskavi je v 31 intervjujih sodelovalo 41 sogovornikov, in sicer zaposleni iz zdravstvenih in drugih ustanov, člani nevladnih organizacij in prostovoljci iz različnih društev (Rdeči križ, karitas, Združenje Šent, zavetišče za brezdomne, materinski dom, Javni zavod Socio, Zavod KNOF, društvo gluhih in naglušnih, društvo upokojevcov).

Eno izmed prepoznanih ovir in primer dobre prakse njenega premoščanja prikazuje naslednji citat.

»Ta bariera je, da recimo – tukaj se je najbolj pokazalo; izbira ginekologa, tako da mi smo potem na ta način se dogovarjali z zdravniki ginekologi v našem ZD, da smo naredili ogled ginekološke ambulante, da so lahko prišle [albanske ženske, op. a.] pogledat, da to ni noben bav-bav, tako da tukaj imamo tudi eno tako lepo sodelovanje« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Izsledki raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji pomembno prispevajo k razumevanju neenakosti in ranljivosti v zdravju ter njunih pojavnih oblik na ravni različnih lokalnih okolij. Prav tako prispevajo tudi k zmanjševanju neenakosti v zdravju in vključevanju ranljivih oseb v sistem zdravstvenega varstva.



Raziskava je osvetlila kompleksnost ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji. Raznolike in prekrivajoče se ranljivosti, ki jih doživljajo posamezne skupine oziroma posamezniki, zahtevajo prilagojene in ciljne intervencije, ki temeljijo na specifičnih potrebah lokalnega prebivalstva. Ranljivost ni enoznačna in se lahko spreminja skozi čas ter med posamezniki in skupinami, zato je treba razvijati prilagodljive strategije, ki bodo vključevale vse ranljive skupine. Za zmanjšanje neenakosti v zdravju so ključne sistematične rešitve na nacionalni ravni, ki vključujejo izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev, zmanjšanje socialne izključenosti, izboljšanje jezikovne podpore za priseljence in krepitev podpore starejšim ter ranljivim skupinam.

Izzivi pri merjenju neenakosti v zdravju invalidov

V evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je po oceni SZO 135 milijonov invalidov (14 % populacije), kar predstavlja veliko skupino prebivalcev s posebno ranljivostjo. Raziskava EU-SILC, The EU statistics on income and living conditions je v letu 2020 zajela 367,8 milijona ljudi, od katerih je 24,9 % invalidov, od tega 7,2 % s težko invalidnostjo oziroma hudimi omejitvami v življenju in 17,7 % z zmerno invalidnostjo. Podatki raziskave EU-SILC za Slovenijo so podobni.

Ključni javnozdravstveni izzivi invalidov

a) Kdo so invalidi in kako zakonodaja opredeljuje to skupino populacije. Pravni red Republike Slovenije razlikuje med invalidi in osebami z oviranostmi/posebnimi potrebami. V zakonodaji je opredeljeno, da je invalid pridobljeni status, in ne dejansko stanje posameznika. To pomeni, da oseba z oviranostmi nima potrebnih pravic, če si ne pridobi statusa invalida.

Včasih se domneva, da so invalidi slabega zdravja, vendar je zdravstveno stanje v resnici ločeno od invalidnosti. Invalidnost ne pomeni, da oseba ni zdrava ali da ne more biti zdrava. Biti zdrav pomeni biti in ostati dobro, da lahko živimo polno, aktivno življenje. To pomeni imeti orodja in informacije za zdrave odločitve in vedenje.

b) Osebe z invalidnostjo se srečujejo z neenakostmi v zdravju, ki jih povzročajo nepravilne družbenoekonomske in politične okoliščine, družbene determinante zdravja, dejavniki tveganja in ovire zdravstvenega sistema. Težava kazalnikov neenakosti v zdravju je, da prikažejo le razlike, ne pa vzrokov zanje. Slednje zahteva razumevanje težav invalidov in vključenost v skupnost.

c) Za vključenost invalidov v skupnost so Združeni narodi pripravili Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, v katerih je uporabljen model invalidnosti o človekovih pravicah. Pojem invalidnost se pojavlja v odnosu med osebami z biološko ali medicinsko okvaro in njihovo okolico z vidika človekovih pravic. Vzroki so lahko pomanjkljivosti v fizičnem okolju ali neskladje med tem, kar družba ponuja, in dejanskimi potrebami invalidov. Zato ni le posameznik tisti, ki ga je treba prilagoditi in preoblikovati, da bi ustrezal družbi, pač pa je prvenstveno treba družbo načrtovati tako, da bodo imeli vsi državljani enake možnosti.

d) Švedske invalidske organizacije so za izenačevanje možnosti invalidov izdelale metodo, imenovano Agenda 22, ki je namenjena izdelavi načrtov invalidske politike na podlagi zgoraj navedenih standardnih pravil. Osnovna ideja je, da so človekove pravice podlaga, najboljši rezultati pa se dosežejo v okviru sodelovanja med invalidskimi organizacijami in političnimi odločevalci. Agenda 22 vsebuje 22 pravil, kjer so zapisana navodila za načrtovanje invalidske politike za politične odločevalce.

Priporočila za prihodnost

Na podlagi Agende 22 lahko pripravimo kazalnike za merjenje vključenosti invalidov v vse sfere življenja invalidov, tudi z vidika javnega zdravja. S kazalniki na podlagi Agende 22, ki merijo vključenost invalidov v politike javnega zdravja, dobimo jasnejšo sliko o vzrokih za razlike v zdravju invalidov, ki jih prikažejo kazalniki neenakosti v zdravju. Tako je Agenda 22 dobrodo-

šlo orodje pri zmanjševanju neenakosti v zdravju invalidov, saj omogoča večje razumevanje težav invalidov in lažjo pripravo inkluzivnih zdravstvenih politik. Vključenost invalidov je pomemben dejavnik krepitve javnega zdravja. S prilagajanjem družbe omejitvam posameznika se omogoča celovita vključitev oseb s posebnimi potrebami v družbo. Tako dobimo prijaznejše družbeno okolje, ki spodbuja bolj zdrav življenjski slog ne le invalidov, ampak vseh prebivalcev v skupnosti.

Osebe z invalidnostjo se srečujejo z neenakostmi v zdravju. Težave se pojavljajo že pri merjenju neenakosti v zdravju invalidov, saj kazalniki neenakosti prikazujejo le razlike brez vzrokov zanje. Za uspešno razumevanje in obravnavanje neenakosti v zdravju v invalidov je ključno sodelovanje med invalidskimi organizacijami in oblastmi.



Zdravstveno stanje je ločeno od invalidnosti. Osebe z invalidnostjo se srečujejo z neenakostmi v zdravju, ki jih povzročajo družbene determinante zdravja, dejavniki tveganja, ovire zdravstvenega sistema in nepravilne družbenoekonomske in politične okoliščine. Kazalniki neenakosti v zdravju prikažejo le razlike brez vzrokov zanje. Osebe z invalidnostjo pogosto izkušajo tudi izključevanje iz skupnosti, kar dodatno negativno vpliva na njihovo zdravstveno stanje. Za pravo razumevanje teh vzrokov je potrebno bolj poglobljeno razumevanje težav, s katerimi se srečujejo osebe z invalidnostjo.

Združeni narodi so oblikovali Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, na katerih temelji švedska metoda, imenovana Agenda 22, ki vsebuje 22 pravil z navodili za načrtovanje invalidske politike za oblasti. Osnovna ideja je, da so človekove pravice podlaga, najboljši rezultati pa se dosežejo v okviru sodelovanja med invalidskimi organizacijami in oblastmi.



NEENAKOSTI V DOSTOPU DO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN PROGRAMOV

Neenakosti v dostopu do izbranih vrst zdravstvenih storitev

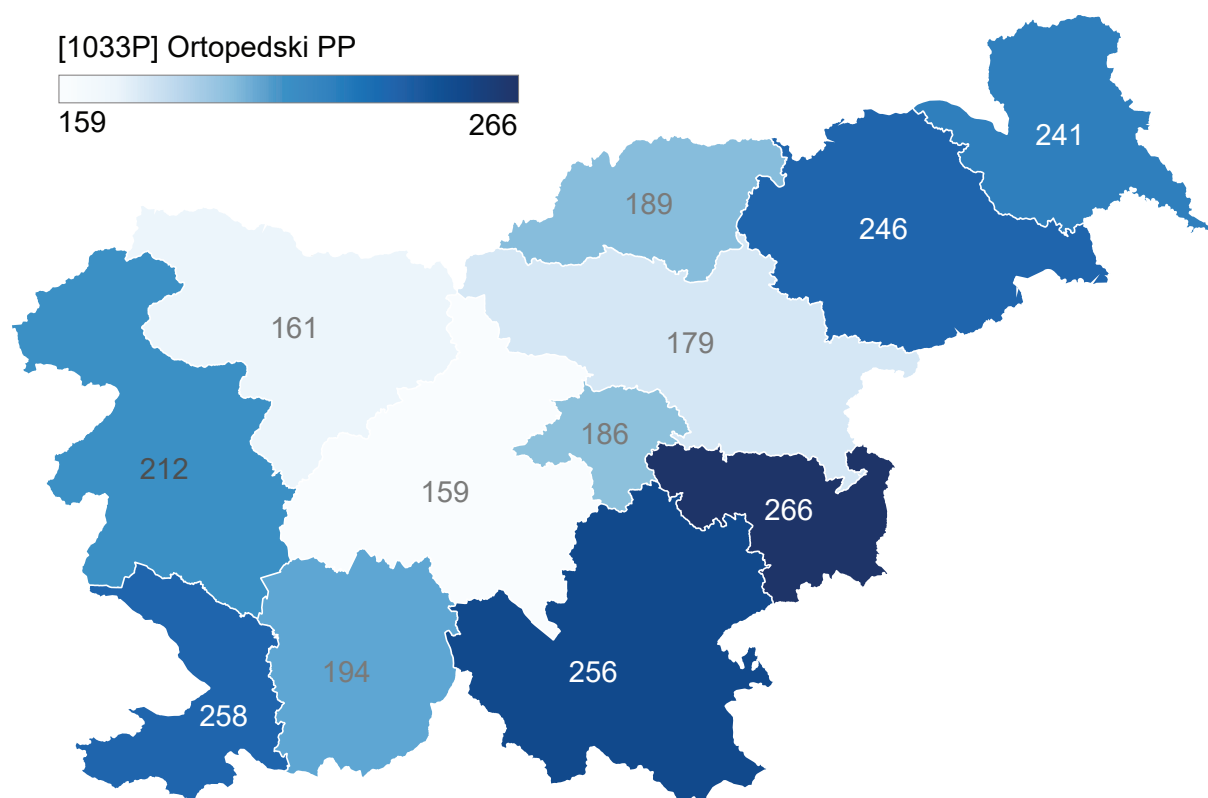
Zagotavljanje dostopa do zdravstvenih storitev je temeljna vrednota sodobnih zdravstvenih sistemov. Vendar analiza časovne dostopnosti do izbranih ortopedskih storitev v Sloveniji razkriva pomembne razlike. Ta prispevek se osredotoča na preučevanje geografskih razlik in razlik med starostnimi skupinami čakajočih pacientov v dostopu do petih pomembnih vrst zdravstvenih storitev – prvi ortopedski pregled, diagnostična preiskava kolena in kolka z magnetno resonanco (MR) ter operacije vstavitve endoproteze kolena in kolka.

Geografske razlike v dostopu

Ena najizrazitejših ugotovitev raziskave je izrazita geografska neenakost v povprečnih čakalnih dobah. Na primer, prebivalci jugovzhodne Slovenije na operacijo vstavitve endoproteze kolena čakajo več kot dve leti dlje od prebivalcev Pomurja. Podobno so v povprečju čakalne dobe za MR kolka v obalno-kraški regiji kar štirikrat daljše kakor v koroški regiji. Poleg tega se čakalne dobe za posamezne storitve močno razlikujejo tudi znotraj iste vrste zdravstvene storitve. Pri MR-preiskavah kolka in kolena, pri katerih se uporabljata ista oprema in kader, so regionalne razlike v čakalnih dobah presenetljivo velike, kar kaže na pomembne sistemske razlike v organizaciji zagotavljanja dostopa do zdravstvenih storitev.

Primerjalna analiza povprečnih pričakovanih čakalnih dob za prve ortopedske specialistične preglede (slika 2.1) je pokazala, da so te najdaljše za paciente s stalnim prebivališčem v posavski regiji (266 dni), obalno-kraški regiji (258 dni) in jugovzhodni Sloveniji (256 dni), medtem ko so najkrajše v osrednjeslovenski (159 dni) in gorenjski regiji (161 dni).

Te razlike so lahko posledica več dejavnikov. Med njimi sta, prvič, neenakomerna razporeditev kapacitet izvajalcev med regijami, saj nekatere regije, na primer Zasavje, nimajo izvajalca zdravstvenih storitev, kot sta MR-diagnostika ali ortopedske operacije, in drugič, povezanost zdravstvenih storitev, saj pacienti raje izberejo izvajalce, ki poleg diagnostičnih preiskav opravljajo tudi operativne posege, kar vpliva na povpraševanje in posledično dolžino čakalnih dob.



Slika 2.1: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah prebivališča pacienta; Slovenija, 1. januar 2024 (dnevi)

Starostne razlike in prednostna obravnava

Raziskava je pokazala manj izrazite razlike v povprečnih čakalnih dobah med starostnimi skupinami. Najstarejši pacienti (85 let in več) ter najmlajši (15–34 let) so pogosteje obravnavani prednostno, kar se izraža v krajših povprečnih čakalnih dobah v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami. To lahko nakazuje prednostno obravnavo ranljivih skupin, kar se sklada s cilji univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev.

Vendar razlike postanejo izrazitejše pri deležu čakajočih, ki presežejo dopustno čakalno dobo. Medtem ko pri operacijah endoproteze kolena in kolka najstarejši in najmlajši pacienti čakajo krajši čas, srednje starostne skupine (35–84 let) pogosto čakajo dlje. To kaže potrebo po nadaljnji analizi dejavnikov, ki vplivajo na te razlike, zlasti glede na obolevnost, dostopnost storitev in potrebe posameznih starostnih skupin.

Predlogi za ukrepanje

Raziskavo, ki se osredotoča na preučevanju neenakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev, je treba razumeti v širšem kontekstu dolgih povprečnih pričakovanih čakalnih dobah v Sloveniji. Čeprav se osredotoča predvsem na področje ortopedije, je verjetno, da podobne neenakosti obstajajo tudi v drugih zdravstvenih dejavnosti z nad dopustno dolgimi čakalnimi dobami. Zato predlogi za ukrepanje ne obravnavajo zgolj neenakosti v ortopediji, temveč širše vprašanje dostopa do zdravstvenih storitev v celotnem zdravstvenem sistemu.

- Celostno upravljanje kapacitet:** Za zmanjšanje razlik v dostopu do zdravstvenih storitev je potrebno usklajevanje zmogljivosti med regijami in izvajalci. To vključuje: (1) povečanje zmogljivosti v regijah z najdaljšimi čakalnimi dobami in (2) spodbujanje izvajalcev, da zago-

tovijo celoten nabor storitev (diagnostika, pregledi in operacije), kar bi zmanjšalo neenakosti v povezovanju storitev.

- b) **Povečanje zdravstvene pismenosti:** Pacienti potrebujejo boljše informacije o možnosti izbire izvajalcev ter podatkih o čakalnih dobah. To vključuje: (1) oblikovanje in izvajanje ukrepov za povečanje navigacijske zdravstvene pismenosti, kot so izobraževalne kampanje za povečanje informiranosti pacientov ter spodbujanje pacientov k iskanju optimalnih rešitev, ter (2) preučitev možnosti olajšanja uporabe informacij o izvajalcih zdravstvenih storitev.
- c) **Regionalno specifični ukrepi:** Razlike med regijami zahtevajo koordinirane ukrepe, usmerjene na primer v zagotavljanje dodatnih prostorskih, kadrovskih in finančnih virov v regijah z najslabšim dostopom do zdravstvenih storitev. Treba je razviti regionalne in strukturne načrte za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev (ter s tem načrtov za skrajševanje čakalnih vrst, predvsem čakajočih nad dopustno čakalno dobo), prilagojenih lokalnim potrebam. Potrebna je večja usklajenost praks pri napotovanju pacientov na preglede, diagnostične storitve ter operativne posege posamezne stopnje nujnosti obravnave na ravni celotne države s preučitvijo razlogov za razlike in odpravo le-teh.
- d) **Celovita obravnava pacienta:** Raziskava je pokazala, da so različne zdravstvene storitve med seboj povezane in soodvisne. Potrebni so ukrepi za skrajšanje čakalnih vrst (ter s tem čakalnih dob) morajo vključevati celoten proces obravnave pacienta – od specialističnega pregleda prek diagnostike do operativnih posegov in rehabilitacije, poleg tega pa sodelovanje med izvajalci primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva v mreži javne zdravstvene dejavnosti, Ministrstvom za zdravje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje, vključno z lokalnimi skupnostmi za razvoj dostopnejših rešitev.

Študija primera se osredotoča na analizo neenakosti v dostopnosti do izbranih vrst ortopedskih storitev v Sloveniji. Ker so nedopustno dolge čakalne dobe tudi v drugih zdravstvenih dejavnosti, je verjetno, da podobne neenakosti obstajajo širše v zdravstvenem sistemu. Zato so predlagani ukrepi zastavljeni celovito, tako da celostno obravnavajo neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev v vseh dejavnosti.



Analiza časovne dostopnosti do izbranih vrst ortopedskih storitev v Sloveniji je razkrila izrazite geografske neenakosti, saj se povprečne pričakovane čakalne dobe med statističnimi regijami prebivališča pacienta pomembno razlikujejo. Poleg tega se pojavljajo razlike med starostnimi skupinami čakajočih pacientov. Za izboljšanje stanja v Sloveniji so predlagani ukrepi osredotočeni predvsem na celostno upravljanje kapacitet (boljše usklajevanje zmogljivosti med regijami), povečevanje zdravstvene pismenosti (boljši dostop pacientov do informacij o izvajalcih in čakalnih dobah), regionalno prilagojenost ukrepov (zmanjševanje razlik v dostopu do zdravstvenih storitev) in celostno obravnavo pacienta (povezovanje vseh faz zdravstvene obravnave – od diagnostike do rehabilitacije).

Neenakosti pri iskanju strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju

Poznavanje in razumevanje dejavnikov (ne)iskanja strokovne pomoči je ključno za razvoj ustreznih javnozdravstvenih ukrepov in politik, ki so usmerjene v zmanjševanje neenakosti v zdravju. Tudi s tem namenom so bili analizirani podatki iz Nacionalne raziskave o pismenosti o duševnem zdravju v Sloveniji,⁴ ki je med novembrom 2021 in januarjem 2022 potekala v okviru projekta Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji. Ključne ugotovitve raziskave so:

a) Moški so v primerjavi z ženskami manj naklonjeni iskanju strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju.

Pri ženskah je bila več kot dvakrat večja verjetnost, da bodo poiskale strokovno pomoč ob težavah v duševnem zdravju, v primerjavi z moškimi. Raziskave kažejo, da je v ozadju te neenakosti več dejavnikov, med njimi nižja stopnja pismenosti o duševnem zdravju pri moških in bolj stigmatizirajoča stališča v primerjavi z ženskami.

b) Nižja izobrazba in nižji samoocenjeni socialno-ekonomski položaj sta najpomembnejša napovedna dejavnika za daljšo časovno vrzel pri iskanju strokovne pomoči. Ta vrzel pomeni čas od pojava prvih simptomov duševnih težav do iskanja strokovne pomoči, ki je daljši od enega leta.

Vzroki za daljšo časovno vrzel pri osebah z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim položajem so lahko nižja pismenost na področju duševnega zdravja, strah pred stigmatizacijo in diskriminacijo, negotovost v zvezi z zaposlitvijo zaradi diagnoze duševne bolezni (bolniška odsotnost, odpuščanje ...) ter različne strukturne ovire (npr. pomoč ni na voljo).

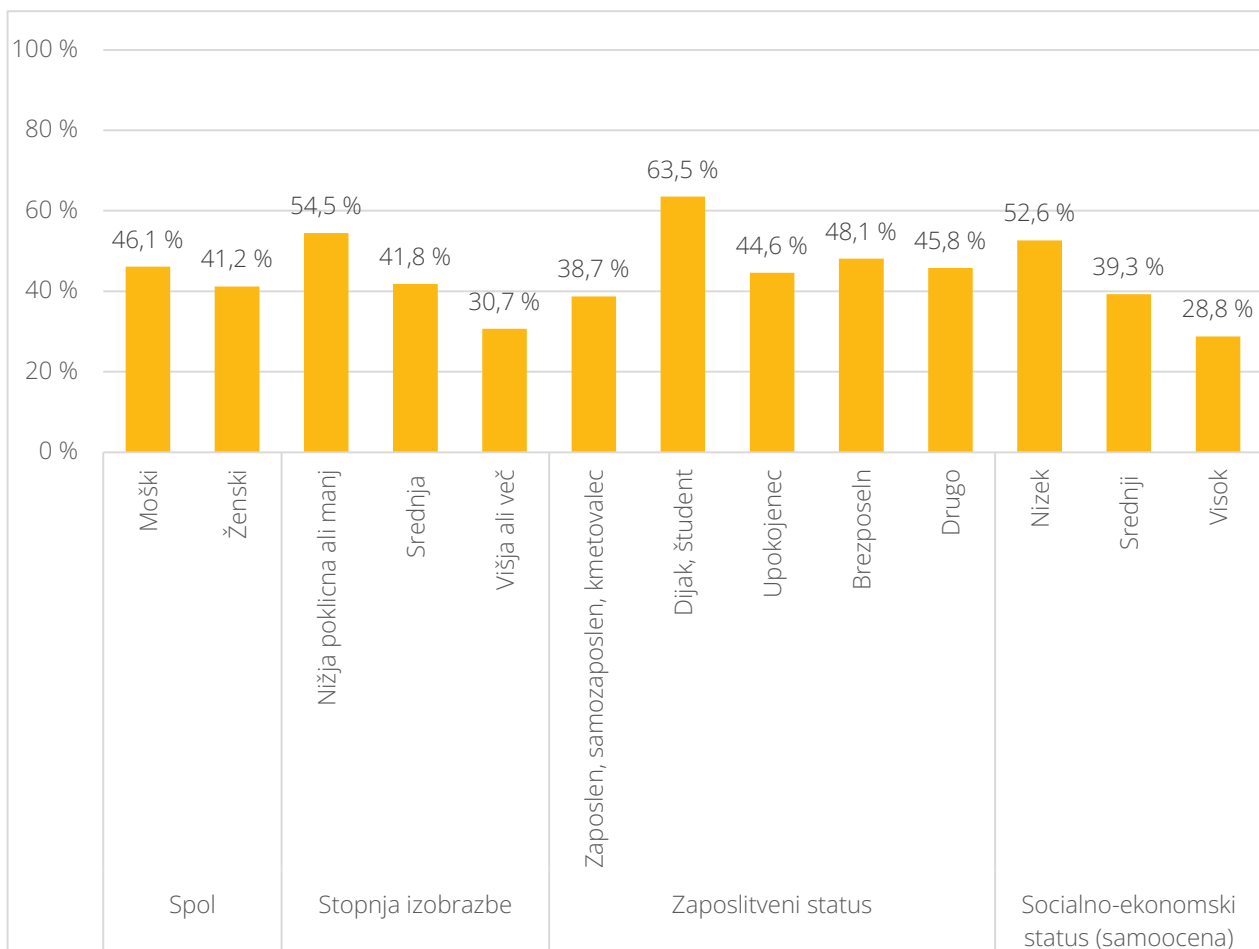
c) Starejše osebe so bolj naklonjene iskanju pomoči zaradi težav v duševnem zdravju.

Višja starost je bila napovedni dejavnik za iskanje strokovne pomoči ob težavah v duševnem zdravju samo v modelu, v katerem nismo upoštevali vpliva spodaj navedenih stališč do iskanja pomoči. Starejše osebe že sicer v primerjavi z mlajšimi izkazujejo nižjo stopnjo stigme, ki je eden od pomembnih zaviralnih dejavnikov iskanja pomoči. Prav tako je bila povprečna starost oseb, ki so pomoč poiskale prej kot v enem mesecu od pojava prvih simptomov, nekoliko višja od starosti oseb, ki so pomoč poiskale pozneje.

d) Pomembna so pozitivna stališča do iskanja pomoči.

Pripravljenost za pogovor o duševnih težavah (psihološka odprtost) ter prepričanje posameznikov, da lahko poiščejo in zmorejo poiskati strokovno pomoč (iskanje pomoči), sta pomembna napovedna dejavnika za iskanje strokovne pomoči zaradi težav z duševnim zdravjem. Osebe, ki so pomoč poiskale v manj kot enem letu po pojavu simptomov, so imele v primerjavi z osebami, ki so pomoč poiskale pozneje, značilno višje rezultate pri stališčih iskanje pomoči in indiferentnost do stigme (prepričanja posameznikov, kaj bi si pomembni drugi mislili o njih, če bi vedeli, da imajo duševne težave).

⁴ V raziskavi je sodelovalo 2677 oseb, starih med 18 in 64 let. Od teh jih je kar 39 % imelo pretekle izkušnje s težavami v duševnem zdravju.



Slika 2.2: Časovna vrzel iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju več kot eno leto glede na izbrane sociodemografske spremenljivke

Na zgornji sliki, ki prikazuje časovno vrzel iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju več kot eno leto, po višjih deležih izstopajo nekatere sociodemografske skupine: osebe z nižjo izobrazbo, nižjim socialno-ekonomskim statusom ter dijaki in študenti. Za razjasnitev ozadja teh rezultatov bi bilo treba poglobljeno raziskati dejavnike, ki zaviralno vplivajo na iskanje pomoči med mladimi, in dejavnike, ki vplivajo na iskanje pomoči in časovno vrzel iskanja pomoči med osebami z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim statusom.

Posledice neprepznanih in nezdravljenih težav zaradi neiskanja strokovne pomoči ali odlašanja z iskanjem le-te so lahko resne in dolgoročne. Slednje narekuje ukrepanje, zgoraj navedeni ključni rezultati pa nakazujejo mogoče ukrepe v smeri zmanjševanja neenakosti pri iskanju pomoči zaradi težav v duševnem zdravju. Zato je treba:

- oblikovati in uvesti pristope za destigmatizacijo iskanja pomoči na področju duševnega zdravja, ki bodo ciljano razviti za različne populacijske skupine,
- okrepiti aktivnosti za dvig pismenosti na področju duševnega zdravja med moškimi, osebami z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim statusom ter uvesti širše dostopne programe pismenosti o duševnem zdravju.

Nacionalna raziskava o pismenosti o duševnem zdravju v Sloveniji je ponudila nekaj ugotovitev, ki dajejo pomembne uvide za duševno zdravje populacije in so lahko izhodišče za ukrepanje v smeri zmanjševanja neenakosti na področju duševnega zdravja.



Glavne ugotovitve raziskave so, da (1) so moški v primerjavi z ženskami manj naklonjeni iskanju pomoči, jo manjkrat poiščejo in imajo do samega iskanja pomoči bolj stigmatizirajoča stališča, (2) da je starost pomembno povezana z iskanjem pomoči in s časovno vrzeljo iskanja pomoči ter (3) da sta nižja izobrazba in nižji socialno-ekonomski status najpomembnejša napovedna dejavnika časovne vrzeli, daljše od enega leta.

Na podlagi ugotovitev bi bilo smiselno razmisliti o oblikovanju in uvedbi programov za destigmatizacijo s poudarkom na detabuizaciji iskanja pomoči, ki bi ciljano nagovarjali: (1) moške ter pri njih okrepili aktivnosti za dvig pismenosti na področju duševnega zdravja; (2) mlade s poglobljenim raziskovanjem dejavnikov, ki pri njih zaviralno vplivajo na iskanje pomoči, in mogočim ciljanim nagovarjanjem; (3) osebe z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim statusom s poudarkom na mogočih vplivih na zmanjšanje časovne vrzeli, vključno z okrepljenimi aktivnostmi za dvig pismenosti na področju duševnega zdravja.

Zmanjševanje neenakosti v dostopnosti do storitev državnega programa ZORA: kaj smo se naučili v pandemiji covida-19

Prispevek prikazuje izsledke sodelovanja med programom ZORA⁵ in raziskovalci SI-PANDA⁶, ki so preučevali vedenja in prepričanja žensk glede programa ZORA v času pandemije covida-19. Med pandemijo je bil zaznan primanjkljaj presejalnih pregledov in odkritih predrakavih sprememb materničnega vratu, predvsem pri mlajših ženskah, kar vzbuja zaskrbljenost, saj v starostni skupni 30–39 let odkrijemo več kot tretjino vseh novih primerov predrakavih sprememb visoke stopnje, ki zahtevajo zdravljenje. Zdi se, da pandemija covida-19 ni poglobila obstoječih neenakosti na področju udeležbe žensk v programu ZORA iz naslova socioekonomskih značilnosti in starosti žensk. Vendar so se med pandemijo covida-19 pojavile nove ovire, med katerimi je najbolj izstopala težja organizacija časa za presejalni pregled pri mlajših ženskah. V nadaljevanju navajamo nekaj ključnih ugotovitev raziskave SI-PANDA, ki je potekala v času pandemije covida-19.

- a) **Pandemski primanjkljaj presejalnih pregledov in predrakavih sprememb materničnega vratu v najbolj ogroženi starosti žensk.** Konec leta 2020 je bil ugotovljen največji primanjkljaj presejalnih pregledov (26 %) in odkritih predrakavih sprememb (19 %) v starostni skupini 30–39 let v primerjavi s slovenskim povprečjem v enakem obdobju (23-odstotni primanjkljaj presejalnih pregledov in 10 % manj odkritih predrakavih sprememb) pri ženskah, starih 20–64 let.
- b) **Ovire in varovalni dejavniki za udeležbo v programu ZORA.** Izsledki raziskave SI-PANDA⁷ so osvetlili ovire za udeležbo na ginekoloških pregledih, ki so jih prepoznale ali ženske, ali zdravstveni sistem, ali program ZORA. Najpomembnejši napovedni dejavnik za zaznavanje težje dostopnosti ginekološkega pregleda in manjše verjetnosti odziva na vabilo ali samoorganizacije pregleda v času pandemije covida-19 so bile težave žensk z organizacijo časa, kar je navedlo nekaj manj kot polovica anketiranih žensk. Mlajše ženske so zaznavale značilno in pomembno več ovir kot starejše ženske. Najpomembnejši varovalni dejavnik za odziv na vabilo na presejalni pregled ZORA v času pandemije je bil zaupanje svojemu osebному zdravniku.
- c) **Neenakosti v dostopu:** Rezultati nakazujejo, da pandemija covida-19 ni poglobila obstoječih neenakosti na področju udeležbe žensk v programu ZORA iz naslova socioekonomskih značilnosti in starosti žensk. Vendar so se med pandemijo covida-19 pojavile nove ovire, med katerimi je najbolj izstopala težja organizacija časa za presejalni pregled pri mlajših ženskah.

Da bi preprečili ponovno povečanje bremena raka materničnega vratu v Sloveniji in zmanjšali neenakosti v dostopu do presejalnega programa ZORA, je treba podrobneje preučiti znane in morebitne nove ovire in spodbujevalce za udeležbo žensk v programu ZORA. Identificirati je treba varne, učinkovite, izvedljive in sprejemljive ukrepe ter jih implementirati. Ob tem je treba upoštevati tudi nova priporočila Sveta EU glede presejalnih programov za raka materničnega vratu. Priporočamo naslednje pristope, ki naj potekajo pod okriljem državnega

5 Državni program ZORA je organiziran populacijski presejalni program za raka materničnega vratu (RMV), ki pod okriljem Onkološkega inštituta Ljubljana (OIL) deluje od leta 2003.

6 SI-PANDA je raziskava o vplivu pandemije na različna področja življenja prebivalcev Slovenije in se na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) izvaja od decembra 2020.

7 Gre za 19. izvedbo raziskave SI-PANDA, ki je potekala decembra leta 2021.

programa ZORA ob vključevanju vseh deležnikov ter naj temeljijo tako na analizah rutinsko zbranih podatkov v registru ZORA kot na dodatnih raziskavah:

- a) **Dodatne raziskave za poglobitev razumevanja ovir in spodbud za udeležbo žensk v programu ZORA.** Na strani žensk je smiselno preučiti morebitne nove nevarnostne dejavnike za neudeležbo pri zaposlenih materah s predšolskimi ali šoloobveznimi otroki. Na ravni zdravstvenega sistema je med drugim smiselno analizirati kapacitete, ovire in spodbude pri izvajalcih zdravstvenih storitev programa ZORA, predvsem v ginekoloških ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva. Na strani programa ZORA je med drugim smiselno preveriti morebitno povečanje triletne pregledanosti, detekcije predrakavih sprememb in stroškovne učinkovitosti s preходом na centralno vabljenje vseh žensk v času, ko so ustrezne za presejalni pregled, namesto vabljenja zamudnic štiri leta po zadnjem presejalnem pregledu, kot to poteka od vzpostavitve programa ZORA.
- b) **Implementacija učinkovitih, varnih, izvedljivih in sprejemljivih prilagoditev.** V sodelovanju z vsemi ključnimi deležniki je treba načrtovati prilagoditve izvajanja programa ZORA tako, da bo dostop do zdravstvenih storitev programa čim boljši za ženske z različnimi potrebami, pri čemer bo treba iskati prilagojene rešitve za ženske, ki jih ne uspemo pregledati z obstoječimi pristopi. Te prilagoditve lahko na primer vključujejo prilagoditev delovnega časa ginekoloških ambulant z uvedbo dodatnih terminov v popoldanskem času ali ob sobotah; dodatne spodbude in podporo ginekološkim timom pri vabljenju in pregledovanju žensk v skladu s strokovnimi priporočili programa ZORA, dodatne spodbude ženskam, kot so dan dopusta za udeležbo na vseh priporočenih presejalnih pregledih z organiziranim varstvom otrok za čas pregleda, soustvarjanje sprejemljivih prilagoditev s ciljno skupino žensk in drugo. Pri tem je treba upoštevati nova znanstvena spoznanja, ki jim sledijo strokovna priporočila in priporočila Sveta EU o novostih na področju presejanja za raka.
- c) **Razvoj komunikacijske strategije programa ZORA za povečanje pregledanosti v programu ZORA in zmanjšanje neenakosti.** Rezultati raziskav nakazujejo, da si je smiselno prizadevati za sprotno ozaveščanje žensk glede dostopnosti presejalnih pregledov, še posebej je treba načrtovati komuniciranje morebitnih novosti na tem področju, ki mora biti prilagojeno ranljivim skupinam ter skladno z ugotovitvami dodatnih raziskav za ugotavljanje ovir in spodbud za udeležbo v presejanju. Prav tako je treba načrtovati komunikacijo morebitnih sprememb na podlagi novih priporočil Sveta EU, ki bodo spremenile dinamiko zdravstvenih storitev v programu ZORA, kar bodo občutile tako ženske kot ginekološki timi in laboratoriji.

Le s sodelovanjem vseh deležnikov, ki bo potekalo medsektorsko in medprogramsko, odkrivanjem in odzivanjem na sodobne, aktualne ovire za udeležbo v presejanju ter osredotočenostjo na specifične potrebe in prilagoditve določenih skupin žensk lahko zagotovimo, da bo program ZORA še naprej zmanjševal breme raka materničnega vratu v Sloveniji.



Presejalni program ZORA je pomemben del preventivne zdravstvene oskrbe žensk v Sloveniji, saj učinkovito zmanjšuje breme raka materničnega vratu. Zdi se, da pandemija covid-19 ni poglobila obstoječih neenakosti na področju udeležbe žensk v programu ZORA iz naslova socioekonomskih značilnosti in starosti žensk. Vendar so se med pandemijo pojavile nove ovire, med katerimi je najbolj izstopala težja organizacija časa za presejalni pregled pri mlajših ženskah. Zaradi trenda zmanjševanja pregledanosti mlajših žensk v programu ZORA, ki je sicer obstajal že pred pandemijo, je treba čim prej izvesti ukrepe za ohranitev ali povečanje pregledanosti s poudarkom na ranljivih skupinah. Nadaljnje zmanjševanje pregledanosti v najbolj ogroženih skupinah žensk bo vodilo v povečanje bremena raka materničnega vratu v prihodnosti. Priporočila za prihodnost vključujejo izvedbo dodatnih raziskav za poglobitev razumevanja ovir in spodbud za udeležbo žensk v programu ZORA, identifikacijo in implementacijo učinkovitih, varnih, izvedljivih in sprejemljivih prilagoditev ter razvoj komunikacijske strategije programa ZORA za povečanje pregledanosti v programu ZORA in zmanjšanje neenakosti.

VPLIVI OKOLJA NA NEENAKOSTI

Podnebne spremembe in neenakosti v zdravju

Podnebne spremembe spreminjajo globalne in lokalne vremenske vzorce, vplivajo na naraščanje povprečne in najvišje dnevne temperature, na količino padavin ter na dvig morske gladine. Poleg tega se povečuje pogostost ekstremnih vremenskih dogodkov, med drugim vročinskih valov, poplav in suš.

Vplivi podnebnih sprememb na zdravje prebivalcev se med posamezniki in skupinami razlikujejo zaradi različne izpostavljenosti, občutljivosti in prilagoditvenih sposobnosti, ki skupaj opredeljujejo njihovo ranljivost. Ranljivejši so na primer prebivalci poplavnih območij, starejši, osebe z zdravstvenimi težavami, socialno izolirani, ljudje z omejeno mobilnostjo ter priseljenci z jezikovnimi ovirami.

Na podlagi analize podatkov iz obdobja 2015–2022 smo preučevali povezanost med številom umrlih in izobrazbo (kot pokazateljem socialno-ekonomskega statusa) v obdobju vročinskih valov in izven vročinskih valov v toplem delu leta v treh različnih podnebnih regijah Slovenije. Z analizo smo želeli ugotoviti morebitne neenakosti. Ključne ugotovitve so:

- a) **Celinsko podnebje (omiljeno celinsko podnebje):** Pri analizi povezanosti med številom umrlih in vročinskimi valovi ni bilo statistično značilnih razlik pri nobeni skupini z različno stopnjo izobrazbe. Prav tako ni bilo statistično značilnih razlik v številu umrlih v času vročinskih valov med skupinami z različno stopnjo izobrazbe.
- b) **Prehodno podnebje (vlažno podnebje hribovitega sveta in zmerno podnebje hribovitega sveta):** Pri analizi povezanosti med številom umrlih in vročinskimi valovi je bilo v času vročinskih valov statistično značilno povečanje števila umrlih v skupini s srednjo stopnjo izobrazbe. Pri primerjavi skupin z različno stopnjo izobrazbe se je pokazalo statistično značilno manjše število umrlih v obdobju vročinskih valov v skupini z nizko stopnjo izobrazbe glede na skupino s srednjo stopnjo izobrazbe.
- c) **Primorsko podnebje (omiljeno sredozemsko podnebje):** Pri analizi povezanosti med številom umrlih in vročinskimi valovi ni bilo statistično značilnih razlik med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe. Prav tako ni bilo statistično značilnih razlik v številu umrlih v času vročinskih valov med skupinami z različno stopnjo izobrazbe.

Učinki vročinskih valov na umrljivost se po svetu razlikujejo in so povezani s številnimi dejavniki.⁸ Na umrljivost zaradi vročinskih valov vpliva tudi socialno-ekonomski status (SES).⁹ Ugotovljeno je, da je nižji SES povezan s povečano umrljivostjo v času vročinskih valov.

Tudi v Sloveniji bodo glede na napovedi za lokalno podnebje v prihodnje vročinski valovi močnejši, daljši ali pogostejši. Po napovedih bo največja obremenitev na območju s primorskim podnebjem, sledi območje s celinskim podnebjem in nato območje s prehodnim podnebjem.

8 Lokalno podnebje, socialno-ekonomski dejavniki, demografski dejavniki, zdravstveni sistem, pripravljenost skupnosti, da upošteva nasvete zdravstvenih delavcev, in odpornost prebivalstva v določeni državi.

9 SES je kompleksen koncept, ki vključuje socialno-ekonomske dejavnike tveganja: izobrazbo, dohodek, splošno finančno varnost, poklic, življenjske razmere, vire in priložnosti, ki so na voljo ljudem v družbi.

Kljub določenim omejitvam so rezultati raziskave pokazali, da je treba pri ocenjevanju vplivov podnebnih sprememb na zdravje in načrtovanju preventivnih ukrepov upoštevati tako socialno-ekonomske dejavnike kot značilnosti različnih podnebnih regij v Sloveniji.

Vpliv podnebnih sprememb na zdravje je odvisen od številnih dejavnikov, podnebnih, ekonomskih in družbenih. Izsledki raziskave poudarjajo, da morajo preventivni ukrepi proti podnebnim spremembam upoštevati tako podnebne značilnosti kot družbeno-ekonomske dejavnike.



Vplivi na zdravje zaradi podnebnih sprememb niso enaki za vse prebivalce. Pri preučevanju povezanosti med številom umrlih in stopnjo izobrazbe v obdobjih vročinskih valov v treh podnebnih regijah Slovenije, v celinskem in primorskem podnebju ni bilo statistično značilnih razlik v številu umrlih med skupinami z različno izobrazbo. V prehodnem podnebju pa je bilo v času vročinskih valov zaznано povečano število umrlih v skupini s srednjo izobrazbo, medtem ko je bilo število umrlih v skupini z nižjo izobrazbo manjše.

Vpliv vročinskih valov na zdravje ljudi je odvisen od številnih dejavnikov. Nižji socialno-ekonomski status je pogosto povezan s povečano umrljivostjo v času vročinskih valov.

Po napovedih bodo v prihodnje vročinski valovi v Sloveniji postali močnejši in pogostejši, pri čemer bo najbolj obremenjena Primorska. Rezultati raziskave poudarjajo, da morajo preventivni ukrepi upoštevati tako socialno-ekonomske dejavnike kot značilnosti posameznih podnebnih regij.

Neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode

Neenakosti v dostopu do pitne vode predstavljajo globalni izziv, ki presega geografske meje in vpliva na vse družbene sloje. Dostop do varne in zdravstveno ustrezne pitne vode je ključen za uresničevanje osnovnih človekovih pravic ter ohranjanje zdravja prebivalstva. Na mednarodni ravni so bili oblikovani številni cilji in smernice, ki so usmerjeni v izboljšanje dostopnosti do pitne vode ter reševanje z njo povezanih zdravstvenih in okoljskih izzivov.

Sistem za oskrbo s pitno vodo ima eno ali več oskrbovalnih območij. Oskrbovalno območje je območje, ki se oskrbuje s pitno vodo iz enega ali več vodnih virov, znotraj katerega je kakovost vode približno enaka. Po podatkih iz leta 2022 se je na oskrbovalnih območjih, vključenih v monitoring, oskrbovalo skoraj 94 % prebivalcev Slovenije. Podatki kažejo tudi:

- a) **Kakovost pitne vode je praviloma skladna in zdravstveno ustrezna na velikih, srednjih in deloma malih oskrbovalnih območjih, ki so oskrbovala po več kot 500 prebivalcev.** Zaradi mikrobiološke onesnaženosti so problematična najmanjša oskrbovalna območja, ki oskrbujejo od 50 do 500 prebivalcev.¹⁰
- b) **Največji skupni delež neskladnih vzorcev zaradi mikrobiološke onesnaženosti¹¹ je bil v obalno-kraški regiji (4,4 %), gorenjski regiji (4,3 %) in primorsko-notranjski regiji (4,2 %).** Medtem so bili v koroški in pomurski regiji vsi mikrobiološki vzorci skladni. Opazen je trend upadanja deleža neskladnih vzorcev z naraščanjem velikosti oskrbovalnih območij. Zaradi kemijskih parametrov sta bila neskladna skupaj dva vzorca pitne vode na dveh oskrbovalnih območjih.¹²
- c) **Leta 2022 je bilo v Sloveniji zaradi prekinitve oziroma omejitve dobave pitne vode potrebno ukrepanje na 102 oskrbovalnih območjih pitne vode.** Najpogostejši vzroki omejitve uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo v letu 2022 so bili dolgotrajno oziroma obilno deževje (28,4 %) in kratkotrajni nalivi (17,6 %). V nekaterih statističnih regijah¹³ je bil v letu 2022 ukrep prekuhavanja razglašen dolgotrajno.
- d) **Neenakosti v dostopu do kakovostne pitne vode še vedno predstavljajo resen izziv,** zlasti na manjših oskrbovalnih območjih, kjer je največ težav z mikrobiološko onesnaženostjo. V letu 2022 v monitoring ni bilo vključenih 6,2 % (130.356) prebivalcev, ki se oskrbujejo z lastno oskrbo, za katere ne vemo, kakšno vodo pijejo.

Skrb za zagotavljanje zadostnih količin zdravstveno ustrezne pitne vode za vse je trajna naloga celotne skupnosti, ki mora temeljiti na oceni in upravljanju tveganj v celotni oskrbovalni verigi pitne vode, od prispevnega območja za zajetja pitne vode, vzdolž sistema za oskrbo s pitno vodo do mesta uporabe. Vključiti je treba različne sektorje, vključno z zdravstvom, okoljem, kmetijstvom, infrastrukturo, izobraževanjem in lokalnim razvojem, saj so vsi tesno povezani z zagotavljanjem varne pitne vode za vse.

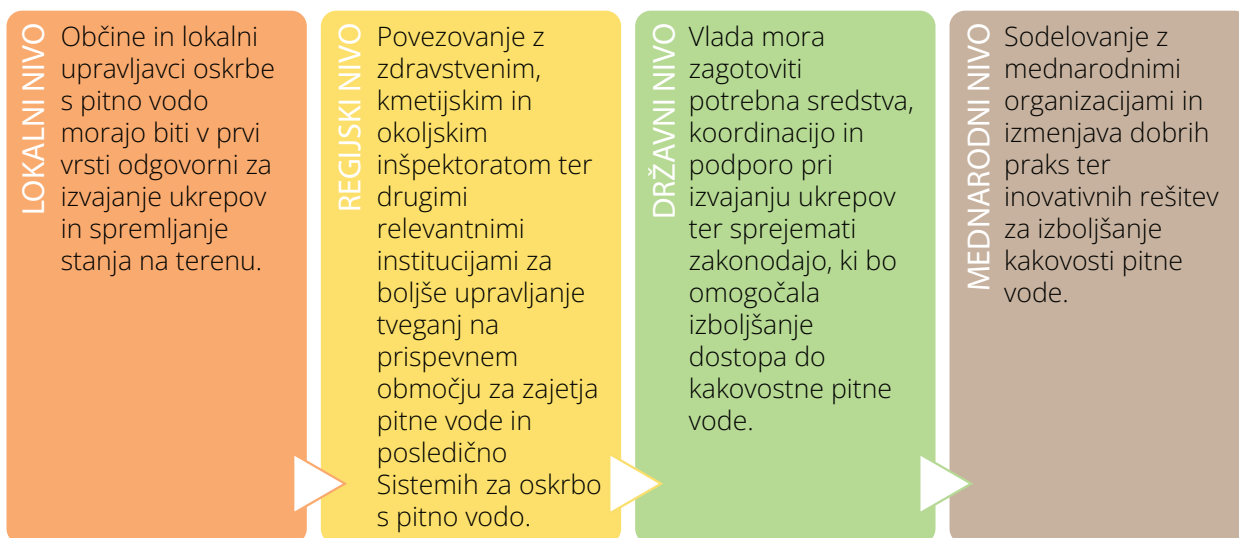
¹⁰ Leta 2022 je bilo v tem razredu 576 oskrbovalnih območij, ki so oskrbovala nekoliko manj kot 5 % prebivalcev.

¹¹ Prisotnost bakterije *Escherichia coli*.

¹² Kemijska kakovost se je v letu 2022 določala v 638 vzorcih na 477 oskrbovalnih območjih. V enem odvzetem vzorcu pri občasnih preskusih – parametri skupine B je bil neskladen pesticid desetilatrazin, pri rednih preskusih – parametri skupine A pa svinec.

¹³ Zasavska, posavska, jugovzhodna Slovenija, osrednjeslovenska in gorenjska regija.

Za uspešno reševanje izzivov je potrebno sodelovanje na več nivojih:



Analiza rezultatov monitoringa pitne vode je pokazala, da v Sloveniji obstajajo razlike v zagotavljanju kakovosti pitne vode, zlasti na manjših oskrbovanih območjih, kjer je najpogostejša težava mikrobiološka onesnaženost. Za zmanjšanje neenakosti je ključno medsektorsko sodelovanje na vseh ravneh, od lokalne do mednarodne.



Varna pitna voda je temeljna človekova pravica, vendar v Sloveniji še vedno obstajajo razlike v kakovosti pitne vode, zlasti na manjših oskrbovalnih območjih. Leta 2022 se je skoraj 94 % prebivalcev oskrbovalo z vodo, vključeno v monitoring.

Težave z mikrobiološko onesnaženostjo so bile najpogostejše v obalno-kraški, gorenjski in primorsko-notranjski regiji na manjših oskrbovalnih območjih. Kemijska onesnaženost vode je bila redka. Pogosti vzroki za omejitve ali prekinitve oskrbe s pitno vodo so bili dolgotrajno deževje in nalivi.

Za zmanjšanje neenakosti je potrebno medsektorsko sodelovanje na več ravneh: lokalne oblasti morajo spremljati in izboljševati sisteme oskrbe, regijski organi upravljati tveganja na vodovarstvenih območjih, država zagotoviti finančna sredstva in zakonodajne rešitve, z mednarodnim sodelovanjem pa prispevati k izmenjavi dobrih praks.

Neenakosti v zdravju zaradi izpostavljenosti onesnaženemu zraku

Onesnažen zrak je pomemben dejavnik tveganja za pojav številnih bolezni. Vpliva tudi na pre zgodnjo umrljivost prebivalcev, ki so mu dlje časa izpostavljeni. V Sloveniji sta najpomembnejša dejavnika onesnaženosti zraka delci ($PM_{2,5}$ in PM_{10}) in ozon.

Povišane ravni delcev v glavnem nastajajo zaradi prometa in individualnih kurišč, pa tudi zaradi industrije in drugih gospodarskih dejavnosti. Prizemni ozon nastane s kompleksnimi reakcijami iz predhodnikov ozona ob močnem sončnem sevanju in pri visoki temperature zraka, zlasti poleti.

Prva tarča delcev v onesnaženem zraku so dihala. Posamezniki, ki so dlje časa izpostavljeni delcem PM, imajo večje tveganje za pojav astme, pljučnega raka, pljučnic in drugih kroničnih bolezni pljuč. Manjši delci pa dosežejo tudi druge organske sisteme ter ogrožajo srce in ožilje, ledvice, živčevje, prebavila in reproduktivni sistem.

Ozon vodi v zmanjšanje pljučne funkcije pri otrocih in starejših, poveča se tveganje za hospitalizacijo zaradi poslabšanja kroničnih pljučnih bolezni in možganske kapi. Zaradi izpostavljenosti ozonu se povečata splošna umrljivost in umrljivost za srčno-žilnimi boleznimi. Ozon je vpleten tudi v nastanek sladkorne bolezni tipa 2 in nosečnostne sladkorne bolezni.

Za prikaz neenakosti v izpostavljenosti onesnaženemu zraku na območju Slovenije glede na geografsko lego prebivališč prebivalcev smo analizirali razlike v onesnaženosti zraka z delci PM in ozonom med zdravstvenimi regijami v obdobju od leta 2010 do leta 2023. Podatki kažejo naslednje:

Onesnaženost zraka z delci

- Trendi povprečnih letnih koncentracij in števila preseganj dnevne mejne koncentracije kažejo, da se ravni delcev PM_{10} v zunanjem zraku zmanjšujejo.
- Prostorska porazdelitev je pokazala, da so najvišjim ravнем delcev PM izpostavljeni prebivalci naselij v dolinah in kotlinah celinske Slovenije, najnižjim pa prebivalci, ki živijo v višjih predelih v manj naseljenih območjih. Nekoliko nižjim ravнем delcev PM so izpostavljeni tudi prebivalci Primorske (zdravstveni regiji Nova Gorica in Koper).
- Najbolj obremenjeni zdravstveni regiji z vidika izpostavljenosti delcem PM sta bili Murska Sobota in Celje.

Onesnaženost zraka z ozonom

- Za onesnaženost zraka z ozonom v opazovanem obdobju ni bilo zaznanega upada, razen v letih epidemije covid-19.
- Meritve kažejo, da so ozonu najbolj izpostavljeni prebivalci Primorske in višje ležečih območij.
- Največja obremenitev z ozonom je bila opažena v zdravstvenih regijah Koper in Nova Gorica, najmanjša pa v regijah Celje in Novo mesto.

Rezultati potrjujejo, da zaradi geografskih značilnosti Slovenije¹⁴ obstaja povezanost med geografskim območjem prebivališča in izpostavljenostjo onesnaženemu zunanjemu zraku.

Glede na pomemben vpliv onesnaženega zraka na zdravje prebivalcev je o tem še naprej nujno intenzivno ozaveščati prebivalce ter jih spodbujati k spremljanju stanja onesnaženosti zraka in samozaščitnemu ravnanju.

Prizadevati si je treba za zmanjšanje izpustov delcev PM.¹⁵ Nastanek ozona poleti na Primorskem je težje nadzorovati, saj veliko predhodnikov ozona prinese zrak iz sosednje Padske nižine, zato so ozaveščanje in samozaščitni ukrepi še toliko pomembnejši.¹⁶ Samozaščitni ukrepi so zlasti pomembni za otroke in starejše ter za ljudi z obolenji dihal in srčno-žilnega sistema.

Onesnaženost zraka v Sloveniji z delci (PM₁₀, PM_{2,5}) in prizemnim ozonom se razlikuje glede na geografsko lego. Različna izpostavljenost ljudi onesnaženemu zraku lahko vpliva na razlike v zdravju prebivalcev različnih geografskih območij.



Onesnažen zrak je pomemben dejavnik tveganja za številne bolezni in prezgodnjo umrljivost. V Sloveniji so glavni onesnaževalci delci (PM₁₀, PM_{2,5}) in prizemni ozon.

Razlike v onesnaženosti zraka med zdravstvenimi regijami:

- a) Najvišje vrednosti PM₁₀ so bile izmerjene v dolinah in kotlinah celinske Slovenije.
- b) Ozon je najbolj prisoten v Primorski regiji.

Zmanjšati je treba izpuste delcev, zlasti iz prometa in osebnih kurišč, ter izvajati samozaščitne ukrepe. Za zaščito pred vplivi prizemnega ozona so nujni samozaščitni ukrepi, predvsem v poletnih mesecih.

Posebno zaščito potrebujejo otroci, starejši odrasli ter bolniki s pljučnimi in srčno-žilnimi boleznimi.

¹⁴ Zaprte kotline, doline, odprtost Primorske proti Padski nižini.

¹⁵ Zlasti iz kurilnih naprav in vozil z motorji z notranjim zgorevanjem. Pomembno je, da se stari kotli na trda goriva zamenjajo z novimi načini ogrevanja, kot so toplotne črpalke, daljinsko ogrevanje in podobno.

¹⁶ Umik v notranje prostore med 10. in 17. uro, izvajanje fizičnih dejavnosti na prostem zjutraj, prilagajanje delovnika za delavce na prostem.

PRENOS IN UPORABA INFORMACIJ O NEENAKOSTIH V REGIJSKIH OKOLJIH

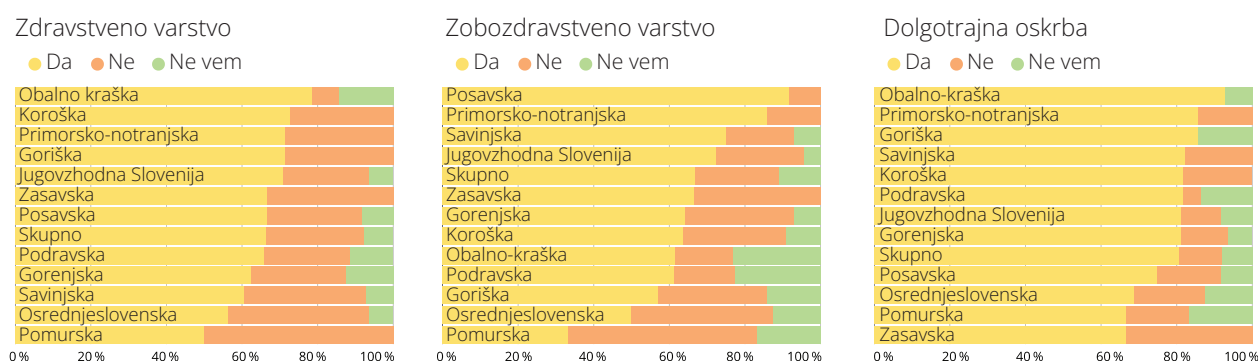
Neenakosti v zdravju v slovenskih regijah skozi oči lokalnih deležnikov

Slovenija je izjemno raznolika v geografskih, gospodarskih in družbenih vidikih, kar vodi do nastanka regijskih razlik v zdravju prebivalstva. Za zmanjševanje neenakosti v zdravju v določenem okolju je ključno povezovanje med različnimi sektorji in deležniki, ki v njem delujejo.

Za pridobitev vpogleda, kakšen je pogled ključnih regijskih deležnikov¹⁷ na pojav neenakosti v zdravju prebivalcev njihove regije na področjih dostopnosti do zdravstvenih storitev, duševnem zdravju in okoljski problematiki, je bila v sodelovanju vseh območnih enot NIJZ leta 2024 izvedena raziskava. V nadaljevanju navajamo ključne ugotovitve:

Neenakost v zdravju v slovenskih regijah na področju dostopnosti do zdravstvenih storitev

- Dve tretjini vprašanih meni, da v njihovi regiji obstajajo neizpolnjene potrebe po dostopu do zdravstvenih storitev. Več kot 80 % jih storitve dolgotrajne oskrbe ocenjuje kot nezadostne.
- Okoli 60 % vprašanih meni, da je v njihovem okolju v primerjavi z drugimi manj družinskih zdravnikov, zobozdravnikov in pediatrov. Slaba polovica navaja, da je v njihovem okolju v primerjavi z drugimi manj ginekologov.
- Skoraj vsi so seznanjeni s centri za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnimi centri, vendar jih le polovica meni, da zadoščajo potrebam prebivalstva. Manj kot ena šestina meni, da storitve centrov za duševno zdravje odraslih ter centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov zadovoljujejo potrebe prebivalstva.



Slika 4.1: Razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali ocenjujete, da obstajajo v vašem okolju neizpolnjene potrebe po zdravstvenem, zobozdravstvenem varstvu in storitvah dolgotrajne oskrbe?« po regijah

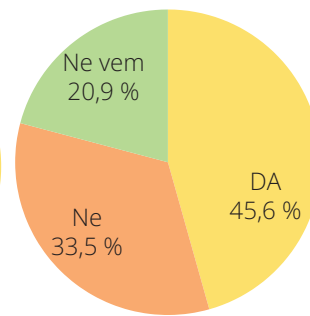
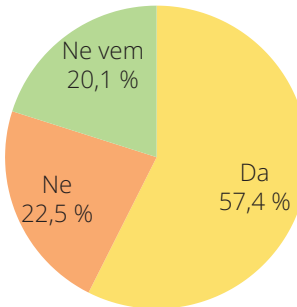
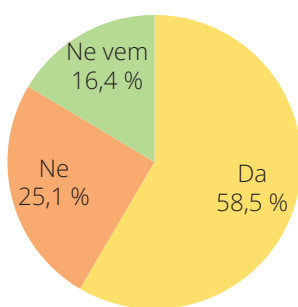
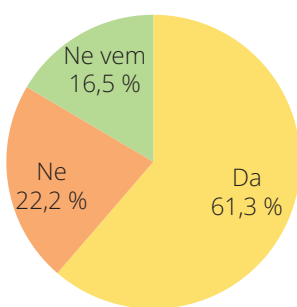
17 Občine, zdravstveni domovi, regionalne razvojne agencije/centri in centri za socialno delo.

Splošni (družinski) zdravniki

Zobozdravniki

Pediatri

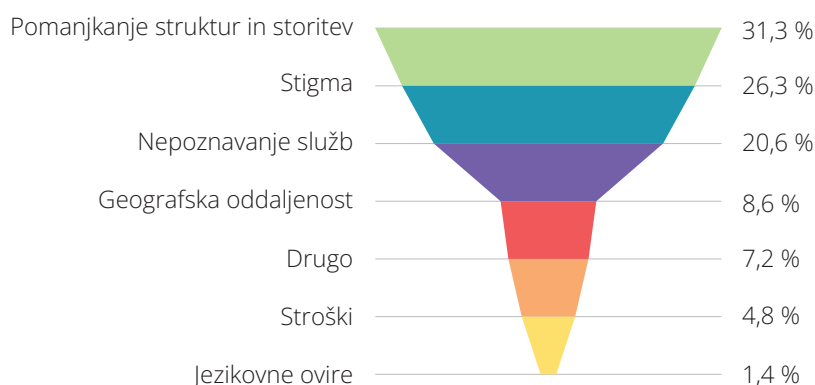
Ginekologi



Slika 4.2: Razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali menite, da obstajajo negativne razlike v razporeditvi zmogljivosti v zdravstvenem varstvu na primarni ravni med vašim lokalnim okoljem in drugimi okolji glede števila posameznih zdravstvenih delavcev na število prebivalcev?«

Neenakost v zdravju v slovenskih regijah na področju duševnega zdravja

- Več kot polovica vprašanih meni, da so viri pomoči ob duševni stiski v njihovem okolju v primerjavi z večino drugih okolji v Sloveniji slabše oziroma veliko slabše dostopni.
- Sodelujoči so kot najpomembnejši dejavnik, ki prispeva k duševnemu zdravju posameznika, med naštetimi ¹⁸ navedli socialno mrežo, kot dva najmanj pomembna pa osebne značilnosti posameznika in zdravstveno varstvo.
- Glavna ovira, ki ljudem preprečuje dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju, v regijah so bili stigma, pomanjkanje ustreznih struktur in storitev ter nepoznavanje služb, ki na tem področju delujejo v lokalnem okolju.



Slika 4.3: Prikaz odgovorov na vprašanje »Katera je po vašem mnenju največja ovira, ki preprečuje ljudem v vašem lokalnem okolju dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju?«

¹⁸ Socialna mreža, posameznikove osebne značilnosti, bivanjsko okolje, finančna in socialna varnost, zaposlitev in delovni pogoji.

Neenakost v zdravju v slovenskih regijah na področju okoljskih izzivov

- a) Na področju okoljskih izzivov so sodelujoči kot najpogostejše posledice podnebnih sprememb, ki jih občutijo v svojem okolju, navedli obremenitev s toploto, neurja, poplave in druge naravne nesreče.
- b) V primorsko-notranjski regiji je bila pogosto izražena tudi problematičnost preskrbe s pitno vodo in hrano.
- c) Le četrtnina vprašanih je menila, da je kakovost zraka na območju, na katerem živijo, dobra.

Odgovori deležnikov nakazujejo potrebo po obravnavanju problematike regijskih neenakosti, predvsem v pomanjkanju izbranih osebnih zdravnikov in zobozdravnikov, nezadostnih kapacitet centrov za duševno zdravje in centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter priložnosti za izboljšanje promocije programov preventive v okviru delovanja centrov za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrov.

Za izboljšanje dostopnosti pomoči ob težavah v duševnem zdravju bo v prihodnje treba dodatne kapacitete usmeriti v izboljšanje dostopnosti do virov pomoči in dvig pismenosti na področju duševnega zdravja, s poudarkom na zmanjšanju stigmatizacije in izboljšanju poznavanja virov pomoči, ki so v lokalnih okoljih že na voljo. Prav tako se nakazuje potreba po ozaveščanju in izvajanju preventivnih ukrepov za zaščito zdravja ljudi pred okoljskimi tveganji.

Med posameznimi zdravstvenimi regijami v Sloveniji se pojavljajo razlike na področju dostopnosti do zdravstvenih storitev, dostopnosti do virov pomoči, pismenosti na področju duševnega zdravja ter okoljskih izzivov.



Na področjih dostopnosti do zdravstvenih storitev, duševnega zdravja in okoljskih problemov lokalni deležniki v svoji regiji opažajo:

Dostopnost do zdravstvenih storitev je pomanjkljiva. Kritično je pomanjkanje družinskih zdravnikov, zobozdravnikov in ginekologov. Poleg tega centri za krepitev zdravja in centri za duševno zdravje v veliki meri ne zadovoljujejo potreb v lokalnem okolju.

Obravnavanje duševnega zdravja ostaja izziv. Več kot polovica meni, da so viri pomoči v njihovi regiji slabše dostopni kot drugje v Sloveniji. Ovire so stigma, pomanjkanje storitev in slaba obveščenost o obstoječih virih pomoči.

Okoljski izzivi v slovenskih regijah vključujejo podnebne spremembe, vročinske valove, poplave in slabo kakovost zraka. Težave s pitno vodo in hrano so posebej izrazite v primorsko-notranjski regiji.

V regijah je treba okrepiti dostopnost do zdravstvenih storitev, povečati dostop do virov pomoči in izboljšati informiranost na področju duševnega zdravja ter uvesti preventivne ukrepe pred okoljskimi tveganji.

ZAKLJUČEK

Svet se spoprijema z enim najbolj negotovih in nepredvidljivih obdobj svojih nedavne zgodovine. Zbirni učinki pandemije covid-19, naraščajočih globalnih konfliktov, ekonomske nestabilnosti in podnebnih sprememb so se združili v dobo polikrize: sočasne krize, ko se učinki posameznih kriz medsebojno prepletajo in povečujejo svoj globalni vpliv onkraj vsote posameznih delov.¹⁹ Čeprav se krize po naravi, dinamiki in vzrokih razlikujejo, imajo skupni imenovalec: vse nesorazmerno prizadenejo najbolj ranljive ter poslabšujejo revščino in neenakosti na lokalni in globalni ravni. Z vidika javnega zdravja dramatičen upad ključnih socialnih determinant zdravja znatno povečuje obolevnost in smrtnost med najrevnejšimi, kar vodi do večjih neenakosti v zdravju.²⁰ Učinkovit pristop k obravnavanju neenakosti v zdravju je zato v današnjem času večplasten: zagovarja multimetodološke in multidisciplinarne pristope za ustvarjanje podatkov, vključevanje različnih strokovnjakov in zagotavljanje celovitih ocen. To vključuje izkoriščanje obstoječih zbirk podatkov, uporabo različnih oblik raziskav in vključevanje deležnikov iz različnih sektorjev. Cilj tega pristopa je premostiti vrzel med raziskavami in politiko ter spodbujati na dokazih temelječe odločanje za zmanjšanje zdravstvenega bremena in doseganje zdravstvenih ciljev trajnostnega razvoja.²¹ Zato smo se pri pripravi četrte publikacije o neenakostih v zdravju vsaj deloma dotaknili te kompleksne problematike.

Tudi tokratna publikacija je nastala s sodelovanjem pomembnih nacionalnih institucij, ki delujejo v posameznih sektorjih: Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Onkološkega inštituta v okviru sektorja zdravja, Inštituta za ekonomska raziskovanja v okviru sektorja dela, Agencije RS za okolje v okviru okoljskega sektorja in Urada RS za makroekonomske analize in razvoj kot ključnih vladnih strokovnih ustanov. V fazi načrtovanja je sodeloval tudi Inštitut RS za socialno varstvo. Pripravo so spremljali in usmerjali predstavniki Ministrstva za zdravje, Ministrstva za okolje, podnebje in energijo, Ministrstva za solidarno prihodnost, Ministrstva za vzgojo in izobraževanje ter Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Omenjene institucije so po preudarni presoji delo usmerile v zelo aktualno področje dostopnosti do storitev zdravstvenega sistema, ki jih doslej v publikacijah o neenakostih v zdravju še nismo obravnavali, vključno z refleksijo o času epidemije covid-19. V publikaciji prav tako prvič obravnavamo neenakosti v zdravju, ki nastajajo zaradi vplivov fizičnega okolja. Kazalniškemu delu, s katerim prikazujemo zdravstvene izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti, je spet dodan kvalitativni vidik neenakosti v ranljivih skupinah in pogled na izzive pri merjenju neenakosti pri invalidih. Dodana vrednost publikacije je pogled regijskih in lokalnih deležnikov na neenakosti ter uporabnost tovrstnih poročil za tiste, ki so v stiku s populacijami oziroma posamezniki in najbolj poznajo neenake potrebe in priložnosti tistih, s katerimi delajo.

Neenakosti v zdravju so zapleten in precejšen javnozdravstveni izziv, vendar je trdnih dokazov o njihovem obsegu in smeri v Sloveniji in drugih evropskih državah relativno malo. Zato je ključno, da jih temeljito preučujemo in posledično natančno razumemo, kje in kako lahko ukrepamo. Le tako bomo lahko učinkoviteje usmerjali politike, namenjene njihovem zmanjševanju. Poleg tega natančnejša analiza zdravstvenih neenakosti omogoča boljše ocenjevanje vpliva obstoječih politik ter razvoj novih, bolj ciljnih ukrepov. To bi pomagalo izboljšati

19 World Economic Forum. Global risks report [internet]. 2023 (citirano 4. 3. 2025). Dostopno na: <https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2023/>.

20 United Nations. The sustainable development goals report, special edition [internet]. 2023 (citirano 4. 3. 2025). Dostopno na: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf>.

21 Rasella, D., Macicame, I., Naheed, A., Naidoo, M., Landin-Basterra, E., Silva, N., et al. The need for global social epidemiology in the polycrisis era. *BMJ Glob Health*. 2024;9(4):e015320; doi: 10.1136/bmjgh-2024-015320.

zdravstvene izide in kakovost življenja najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Pomembno je, da se osredotočimo na zbiranje in analizo podatkov z različnih področij, da bomo lahko bolje razumeli kompleksno dinamiko neenakosti v zdravju in oblikovali ukrepe, ki bodo imeli dolgoročen pozitiven učinek na zdravje vseh prebivalcev Slovenije.

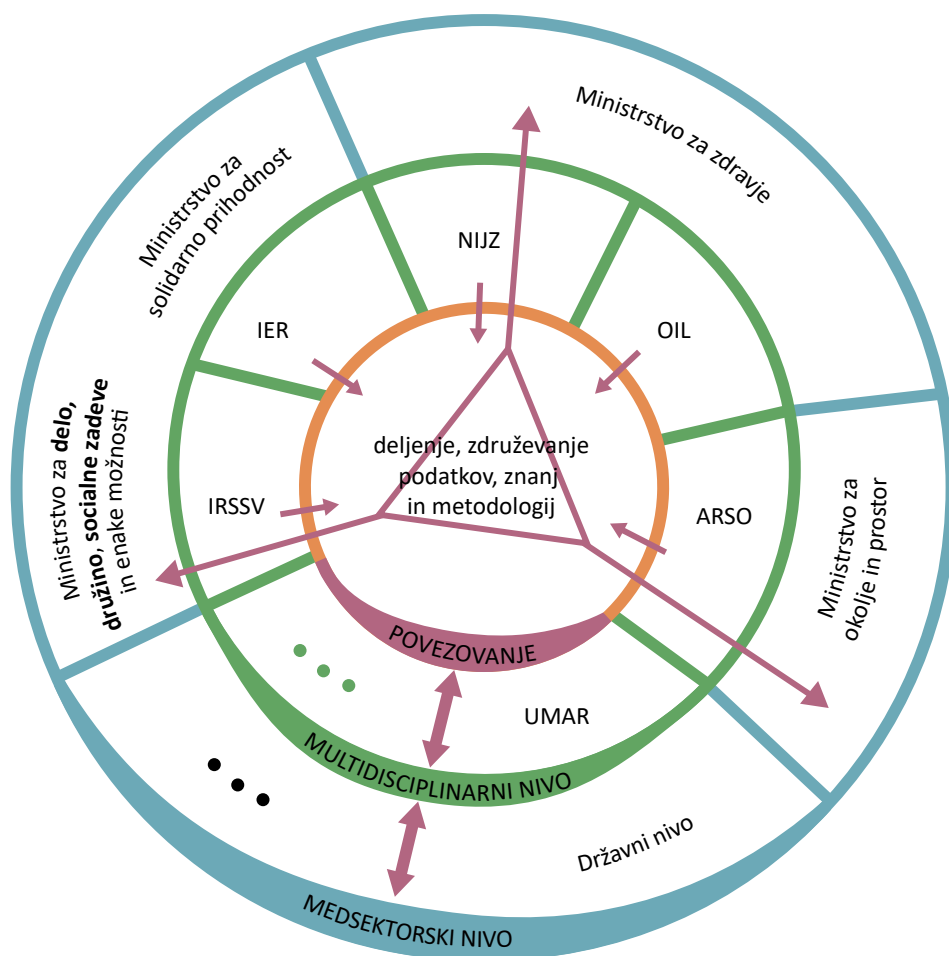
Pester nabor tem v publikaciji o neenakostih v zdravju, ki izhaja v letu 2025, je v svojem bistvu bogastvo, ki ga lahko pokažemo v Sloveniji na eni strani na področju raziskovanja in prikazovanja informacij o tej problematiki, na drugi strani pa na infrastrukturni ravni, pri multidisciplinarnem sodelovanju nacionalnih sektorskih institucij, ki je unikatna praksa. Platforma za neenakosti v zdravju je nastala med letoma 2014 in 2016, ko so nacionalne sektorske institucije zdravja, dela, sociale in šolstva skupaj pripravljale podlage za strategijo dolgožive družbe.²² Tako so razvijale multidisciplinarno kompetenco in sodelovanje, izboljšale kvaliteto posameznih predlogov in močno pospešile proces medresorskega usklajevanja. Sektorske sisteme je učinkoviteje obravnavati skupaj, medresorsko usklajevanje pa se učinkoviteje izvaja vzporedno s posameznimi fazami priprav predlogov ukrepov.

Želimo si, da bi se za delovanje vzpostavila institucionalizirana platforma za neenakosti, v kateri bi lahko institucije skupaj preučevale neenakosti v zdravju. Nacionalne strokovne institucije, ki pokrivajo posamezna področja, na platformi sodelujejo pri pripravi analize stanja in odločitvi za uporabo ustreznih baz podatkov in razvoj usklajenih metodologij ter pomagajo druga drugi pri interpretaciji rezultatov. Usklajujejo predloge ukrepov in ocene njihovih posledic, še posebej glede posledic na blaginjo in vrzel v enakosti v zdravju.

Infrastrukturni in sistematični pristop oblikovane platforme odpravlja sicer običajne in ponavljajoče se težave: časovno stisko priprave analize, pomanjkanje oziroma neustreznost podatkov in orodij, težave pri koordinaciji dela raziskovalcev posameznih ustanov, težave pri vzpostavljanju redne skupine raziskovalcev, saj je angažiranje le občasno in delno. Za usklajeno delovanje ključnih sektorskih raziskovalnih in drugih relevantnih ustanov je v prihodnje pomembno sistemsko vzpostaviti možnost sodelovanja v fazi, ko se podlage za ukrepe pripravljajo in ukrepi šele oblikujejo. Platforma prav ob izidu te publikacije praznuje desetletnico obstoja, v njenem okviru so izšle tudi zadnje tri publikacije o neenakostih v zdravju.

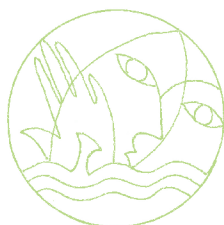
Platforma za neenakosti v zdravju je unikatna in obetavna nastajajoča praksa, zato smo jo ponudili v medsebojno delitev izkušenj sodelujočim 24 državam članicam EU v okviru skupnega ukrepa JAPreventNCD. Skupni ukrep med presečnimi temami pomembno obravnava tudi ukrepanje za zmanjševanje neenakosti v zdravju v posameznih državah članicah in v EU. Slovensko pilotno izkušnjo sodelovanja nacionalnih sektorskih institucij, ki usklajeno pripravljajo podlage za ukrepe svojih sektorjev in jih tudi najlažje usklajeno komunicirajo vsaka po svojih vertikalah, bomo v naslednjih treh letih v okviru skupnega ukrepa razvijali naprej, hkrati pa predstavili drugim sodelujočim državam. Pričakujemo, da jo bo mogoče v Sloveniji institucionalizirati in optimalno uporabiti za skupno učinkovito načrtovanje ukrepov s posebnim poudarkom na zmanjševanju vrzeli v neenakostih v zdravju in za povečevanje blaginje posameznih populacijskih skupin in družbe kot celote.

22 Projekt Integracija geriatrične oskrbe starejših, dostopno na: <https://staranje.si/>. Strategija dolgožive družbe, dostopna na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf.



Slika 5.1: Platforma za medsektorsko sodelovanje za področje neenakosti v zdravju.

Opomba: ARSO - Agencija RS za okolje, IER - Inštitut za ekonomska raziskovanja, IRSSV - Inštitut RS za socialno varstvo, NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje, OIL - Onkološki inštitut Ljubljana, UMAR - Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.



Kazalo slik

Slika 2.1: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah prebivališča pacienta; Slovenija, 1. januar 2024 (dnevi).....	19
Slika 2.2: Časovna vrzel iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju več kot eno leto glede na izbrane sociodemografske spremenljivke.....	22
Slika 4.1: Razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali ocenjujete, da obstajajo v vašem okolju neizpolnjene potrebe po zdravstvenem, zobozdravstvenem varstvu in storitvah dolgotrajne oskrbe?« po regijah.....	33
Slika 4.2: Razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali menite, da obstajajo negativne razlike v razporeditvi zmogljivosti v zdravstvenem varstvu na primarni ravni med vašim lokalnim okoljem in drugimi okolji glede števila posameznih zdravstvenih delavcev na število prebivalcev?«	34
Slika 4.3: Prikaz odgovorov na vprašanje »Katera je po vašem mnenju največja ovira, ki preprečuje ljudem v vašem lokalnem okolju dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju?«	34
Slika 5.1: Platforma za medsektorsko sodelovanje za področje neenakosti v zdravju.	38

Kazalo tabel

Tabela 1.1: Časovni trendi kazalnikov, ki jih v publikaciji prikazujemo po izobrazbenih skupinah.....	12
Tabela 1.2: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša.	13
Tabela 1.3: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja.	13
Tabela 1.4: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali niha med obdobji.....	13

REFLEKSIJE RECENZENTOV

»Splošen vtis ob pregledu kazalnikov je, da se neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva Slovenije večinoma ohranjajo. Še vedno se kaže izobrazba kot pomembna determinanta teh razlik. To pomeni, da izobrazba potegne za sabo tako finančni kot kulturni in socialni kapital, kar posledično vpliva na zdravje. Osebe z nizko izobrazbo so ranljive tudi glede zdravja, tako glede pričakovane življenjske dobe kot glede ogroženosti po posameznih zdravstvenih problemih (z nekaterimi izjemami). Seveda ni mogoče niti smiselno, da bi vsi prebivalci imeli visoko izobrazbo. Tu se postavi vprašanje, kaj bi bilo mogoče narediti, da bi, prvič, opolnomočili te osebe za bolj zdrav življenjski slog, in drugič, da bi jim naredili zdravstveno varstvo bolj dostopno.

V Sloveniji je zdravstveni sistem še vedno veliki izravnalec socialnih razlik, in prizadevanja javnega zdravja za identifikacijo, analizo, pojasnitev in načrtovanje preseganja neenakosti v zdravju so nosilna dejavnost v tej smeri. Problem so interesi drugih nosilcev moči v družbi, ki so do teh prizadevanj indiferentni ali nasprotujoči. Kot so avtorji prispevkov skoraj enoglasno ugotovili, je na tej poti potrebno povezovanje, sodelovanje, zavezništvo. Zavezništvo za zdravje. Pomemben prispevek objavljenih tekstov je ne le identifikacija področij neenakosti, ampak tudi akterjev, ki v medsebojni povezavi lahko prispevajo k boljšemu zdravju prebivalcev Slovenije.«

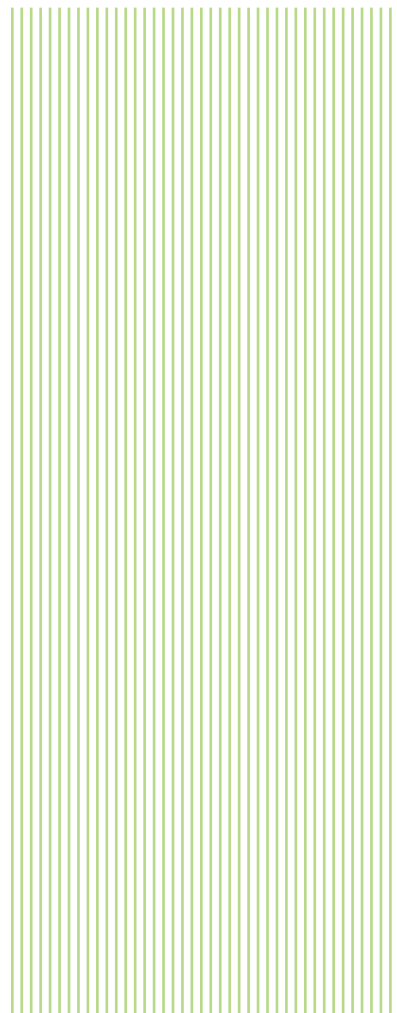
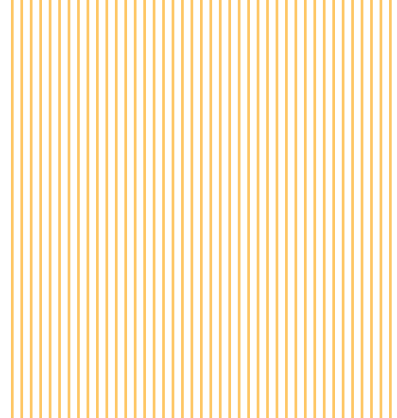
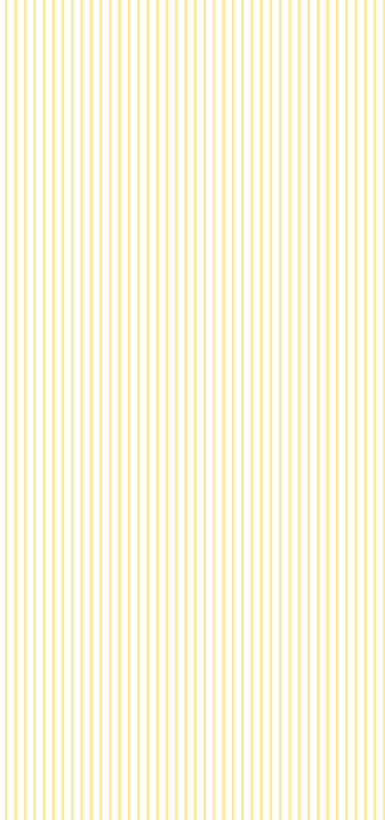
Prof. Majda Pahor

»Gledano prečno ostaja ključna ugotovitev, da v Sloveniji še vedno vztrajajo pomembne razlike v zdravju, na katere vplivata izobrazbena stopnja ter socioekonomski položaj v družbi. Pri prežgodnji umrljivosti še vedno najbolj izstopajo nizkoizobraženi moški, medtem ko se je stanje pri visokoizobraženih toliko izboljšalo, da ne zaostajajo več za nizkoizobraženimi ženskami. Velik socialni gradient je prisoten tudi pri umrljivosti zaradi pljučnega raka, zaradi bolezni, povezanih s čezmernim uživanjem alkohola, zaradi poškodb in padcev ter zaradi samomora.

Publikacija poudarja ključne ugotovitve, ki ponujajo pomembna sporočila in napotke za prihodnje javnozdravstveno ukrepanje. Izpostavljene teme spadajo med najbolj pereča vprašanja javnozdravstvenega ukrepanja, ki dejansko vsa zahtevajo multisektorsko in multidisciplinarno sodelovanje. Analitična narava prispevkov in pestrost uporabljenih metod, ki odražajo prilagodljivost specifičnim vprašanjem, potrjuje validnost izsledkov in priporočil.

Pričujoča publikacija bo vsekakor odlično gradivo za razprave s predstavniki ministrstva za zdravje in vseh tistih ministrstev, ki so povezana z zdravjem, pa tudi s poslanci državnega zbora, plačniki zdravstvenih storitev in vsemi tisti, ki jih skrbi zdravje prebivalstva in kako se bo le-to razvijalo naprej.«

Doc. dr. Tit Albreht, dr. med.



Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Telefon: + 386 1 2441 400

E-pošta: info@nijz.si