

# EKONOMIJA PLUS

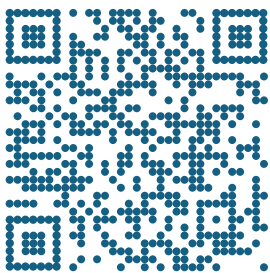
REVIJA DRUŠTVA EKONOMISTOV MARIBOR

DECEMBER 2025, LETNIK 4, ŠTEVILKA 2

ISSN 2820-5847

0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 + 1 1 0 + 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 + 0 1 1 1 0 1 1 0 + 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 + 0 1 1 + 1 1 1 0 0 1 + 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 + 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 + 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 + 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 + 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 + 1 1 + + 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 + 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 1 1 0 1 1 1 + 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 + 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1  
1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0  
1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0  
0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1  
0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1  
1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 1  
1 1 1 1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0

DRUŠTVO EKONOMISTOV MARIBOR



<https://demb.si/>

# KOLOFON

## Glavni in odgovorni urednik

**Dr. Dejan Romih**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta

## Tehnični urednik

**Dr. Dejan Romih**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta

## Uredniški odbor

**Dr. Blaž Frešer**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; **dr. Silvo Dajčman**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; **dr. Žan Jan Oplotnik**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; **dr. Andreja Primec**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; **dr. Daniel Zdolšek**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta

## Recenzenti

**Nejc Fir**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; **Gal Pastirk**, Znanstveno-raziskovalno središče Koper; **dr. Andreja Primec**, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta

## Lektor

**Mitja Brünec**

## Izdajatelj in založnik

**Društvo ekonomistov Maribor**, Razlagova ulica 14, 2000 Maribor, Slovenija

[info@demb.si](mailto:info@demb.si), <https://demb.si/>

## ISSN

**2820-5847**

## Razvid medijev

Zaporedna številka: **2503**

## Spletna stran revije

<https://demb.si/publikacije/ekonomija-plus/>



# UVODNIK

Spoštovani!

Revija Ekonomija plus je strokovna revija, ki jo izdaja Društvo ekonomistov Maribor z namenom popularizacije ekonomske znanosti v družbi. Namenjena je vsem, ki jih zanima ekonomija v najširšem pomenu besede. Revija izhaja od leta 2021, kar pomeni, da bomo naslednje leto praznovali peto obletnico njenega izhajanja, na kar smo člani uredništva zelo ponosni, tudi zato, ker bomo leta 2026 praznovali 75. obletnico delovanja društva.

V drugi letošnji številki objavljamo šest strokovnih člankov, ki obravnavajo različne teme, od finančništva do zdravstva.

Želim vam prijetno branje!

Lep pozdrav

Dr. Dejan Romih, glavni in odgovorni urednik

# KAZALO VSEBINE

## **Priprava indeksa razkritij ESG za slovenske banke**

Sara Gorenjec, Daniel Zdolšek & Sabina Taškar Beloglavec ..... 6

## **Izbrane mednarodne ocene ESG za banke**

Sara Gorenjec, Daniel Zdolšek & Sabina Taškar Beloglavec ..... 15

## **Razvrščanje ameriških zveznih držav v skupine glede na kazalnike duševnega zdravja odraslih**

Dejan Romih ..... 21

## **Umrljivost za rakom v državah evrskega območja**

Dejan Romih & Dominik Škrinjar ..... 32


## **Razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom v državah evrskega območja**

Dejan Romih & Dominik Škrinjar ..... 40

## **Analiza zdravstvenega sistema na Japonskem in v Južni Koreji**

Larisa Rola, Jaka Rodošek, Lana Smrke, Anže Viher & Daniel Zdolšek..... 49

# PRIPRAVA INDEKSA RAZKRITIJ ESG ZA SLOVENSKE BANKE

Sara Gorenjec, Univerza v Mariboru, Slovenija 

Doc. dr. Daniel Zdolšek, Univerza v Mariboru, Slovenija 

Viš. pred. mag. Sabina Taškar Beloglavec, Univerza v Mariboru, Slovenija  

**Povzetek:** V članku predstavljamo pripravo (tj. oblikovanje) indeksa razkritij ESG za slovenske banke, ki temelji na podlagi vsebinske analize letnih in trajnostnih poročil za leto 2024. Indeks zajema 56 kazalnikov, razdeljenih na okoljsko, družbeno in upravljavsko dimenzijo. Rezultati indeksov razkritij ESG za slovenske banke kažejo, da banke v povprečju razkrijejo več kot dve tretjini vseh upoštevanih informacij. Indeks razkritij ESG omogoča enostavno primerjavo med slovenskimi bankami in ponuja pregledno orodje za spremljanje napredka trajnostnega poročanja v slovenskem bančnem sektorju.

**Ključne besede:** indeks razkritij ESG, razkritja, trajnostno poročanje, banke v Sloveniji.

Cobiss: 1.04

## 1 Uvod

V zadnjem desetletju so okoljske, družbene in upravljaljske tematike (angl. *Environmental, Social and Governance, ESG*) postale eno ključnih meril za ocenjevanje trajnostnosti finančnih institucij. Bančna razkritja ESG predstavljajo temeljni vir informacij za vlagatelje, regulatorje in širšo javnost, saj omogočajo vpogled v trajnostne prakse ter vlogo bank pri podpori zelenemu prehodu gospodarstva (KPMG, 2024; Schoenmaker & Schramade, 2019). Njihov pomen je še posebej poudarjen v luči evropskih regulativ, kot so Direktiva o trajnostnem poročanju (CSRD), Uredba o razkritju trajnostnega financiranja (SFDR) ter Uredba o taksonomiji, ki zahtevajo večjo transparentnost in podrobnejša razkritja nefinančnih informacij (European Commission, 2025; Next ESG, 2025).

Slovenski bančni sektor pri tem ni izjema. Čeprav večina bank v Sloveniji deluje kot del večjih mednarodnih skupin, se od njih pričakuje enaka raven trajnostnih razkritij kot od tujih obvladujočih bank. To odpira vprašanje primerljivosti, kakovosti in celovitosti razkritij. Metodologije za merjenje razkritij se v literaturi pogosto opirajo na indeks razkritij (angl. *disclosure index*), ki praviloma temelji na razmerju med dejanskim obsegom razkritij in celotnim možnim obsegom razkritih podatkov. Tak pristop je objektivni, saj vsako razkritje obravnava enakovredno, ne glede na njegovo vsebino (Zdolšek, 2011). V tujini so že razvili podobne indekse, npr. v raziskavi Vóneki & Lamanda (2020), kjer je bil oblikovan lasten seznam kriterijev za ocenjevanje trajnostnih razkritij bank.

V članku predstavljamo lasten razviti indeks razkritij ESG za slovenske banke, ki je bil razvit na podlagi vsebinske analize letnih in trajnostnih poročil za leto 2024. Indeks je oblikovan kot skupek 56 kazalnikov, ki zajemajo tri ključne dimenzije trajnostnega poslovanja (okoljsko, družbeno in upravljaljsko). Metodologija temelji na binarnem vrednotenju razkritij, kar omogoča enostavno, pregledno in objektivno primerjavo.

Glavni namen oblikovanega indeksa razkritij ESG je omogočiti kvantitativno primerjavo obsega razkritij ESG med bankami, ki delujejo v Sloveniji. Banke so pomembni finančni posredniki v gospodarstvu, zato je njihova stopnja transparentnosti na področju trajnostnosti bistvenega pomena tako za regulatorje in vlagatelje kot tudi za širšo skupnost. Razkritja namreč ponujajo vpogled v to, v kolikšni meri banke sledijo evropskim smernicam trajnostnega financiranja, kako vključujejo družbeno odgovornost v svoje poslovanje in kako upravljajo s tveganji ESG.

S pomočjo indeksa razkritij ESG je mogoče osvetliti razlike med posameznimi bankami, saj enotna metodologija omogoča primerljivost. Indeks ne prispeva zgolj k boljši akademski obravnavi razkritij ESG,

temveč ima tudi praktično vrednost, saj lahko služi kot orodje za spremljanje napredka in kot izhodišče za nadaljnje raziskave v bančnem sektorju.

Ta članek ima v nadaljevanju štiri poglavja. V poglavju 2 podajamo metode, v poglavju 3 rezultate, v poglavju 4 razpravo, v poglavju 5 pa sklep.

## 2 Metode

V analizo smo vključili vse banke, ki delujejo v Sloveniji, izvzeli pa smo banko SID, d. d., ki se po svojem poslanstvu in načinu delovanja od ostalih poslovnih bank razlikuje (SID, 2017), in tri hranilnice, ki imajo specifično naravo poslovanja (gl. Breznik, Taškar & Taškar, 2017). Večina od njih ne pripravlja ločenih trajnostnih poročil za slovenske hčerinske družbe, zato smo podatke o razkritjih ESG črpali iz konsolidiranih letnih in trajnostnih poročil bančnih skupin (za leto 2024). S tem smo zagotovili enotno in primerljivo osnovo.

Izhodišče za nabor je bilo letno poročilo Nove Ljubljanske banke (NLB), ki vključuje tudi trajnostno poročilo. NLB je prejela dve nagradi, in sicer nagrado Akademije Finance za 2022 za najboljšo letno poročilo med finančnimi ustanovami (NLB, 2022) in nagrado Ljubljanske borze za najboljšo odnose z vlagatelji, proces dodelitve pa je med drugim preverjal tudi objavo trajnostnega poročila. Naboru poročanih trajnostnih dejavnikov NLB smo dodali tudi razkritja ESG ostalih slovenskih bank, ki smo jih identificirali v njihovih letnih oz. trajnostnih poročilih. Na podlagi vsebinske analize poročil smo oblikovali 56 kazalnikov razkritij ESG, razdeljenih na tri dimenzije. Spodnje tabele, ki razkrivajo posamezne dimenzije ter kazalnike razkritij, so tako nastale na način, kot je nastal nabor razkritij ESG.

Za dimenzijo okolje smo tako identificirali 14, za družbo 29 in upravljanje 13 kazalnikov. Vsak kazalnik smo pri posamezni banki ovrednotili binarno: prisotno razkritje je bilo ocenjeno z 1, odsotnost pa z 0. S tem smo sledili metodologiji indeksa razkritij (Zdolšek, 2011), ki omogoča enostavno in objektivno primerjavo. Ocena 0 torej pomeni, da razkritje sploh ni prisotno ali je premalo opredeljeno za točkovanje.

Za vsako banko smo izračunali dve različici indeksa razkritij ESG, ponderiranega (gl. Gorenjec, Zdolšek & Taškar Beloglavec, 2025) in neponderiranega. V tem prispevku predstavljamo slednjega, kjer ima vsak kazalnik enako težo, rezultat pa predstavlja delež vseh razkritij v odstotkih. Za dimenzijo okolja (E) smo identificirali 14 kazalnikov, npr. strategija doseganja neto ničelnih emisij, energetska učinkovitost ter delež zelenih sredstev. Podrobnosti so podane v spodnji tabeli.

Tabela 1: Opis kazalnikov ESG razkritij za okoljsko dimenzijo (E)

Razkritje ESG		Kazalnik (razkritje)
Okolje	Podnebne spremembe	Strategija doseganja neto ničelnih emisij
		Ciljno leto ogljične nevtralnosti
	Emisije	Skupne emisije CO <sub>2</sub> (obseg TGP 1, 2, 3)
		Emisije CO <sub>2</sub> /št. zaposlenih oz. € prihodkov
	Zelena sredstva	Delež zelenih sredstev v skladu s taksonomijo Evropske unije
	Poraba energije	Skupna poraba energije (kWh)
		Delež iz obnovljivih virov (%)
		Energetska učinkovitost
	Poraba virov	Zmanjšanje porabe papirja
		Zmanjšanje porabe vode
		Zmanjšanje količine odpadkov (vključno z recikriranjem)
	Trajnostno financiranje	Izdane zelene obveznice
		Dani zeleni krediti
	Zeleni vozni park	Vozni park z električnimi in/ali hibridnimi vozili

Vir: Letna oz. trajnostna poročila bank, vključenih v raziskavo (gl. poglavje 3 v prispevku).

Za dimenzijo družbe (S) smo identificirali 29 kazalnikov, npr. skrb za varnost in zdravje zaposlenih, donacije in sponzorstva ter zadovoljstvo strank. Podrobnosti so podane v spodnji tabeli.

Tabela 2: Opis kazalnikov razkritij ESG za dimenzijo družbe (S)

Razkritje ESG		Kazalnik (razkritje)
Družba	Delovni pogoji	Ukrepi za usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja
		Omogočanje fleksibilnega delovnega časa
		Skrb za varnost in zdravje zaposlenih
	Zadovoljstvo zaposlenih	Ankete zadovoljstva zaposlenih
	Razvoj zaposlenih	Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih
	Raznolikost in vključenost zaposlenih	Delež žensk na vodstvenih položajih (%)
		Razlika v plačah glede na spol (%) (angl. <i>gender pay gap</i> )

Razkritje ESG		Kazalnik (razkritje)
		Delež zaposlenih po starostnih skupinah (%)
		Delež zaposlenih z invalidnostjo (%)
	Fluktuacija zaposlenih	Letna fluktuacija zaposlenih (%) (angl. <i>employee turnover</i> )
	Človekove pravice	Politika o človekovih pravicah
		Št. prejetih pritožb/incidentov
	Kibernetska varnost	Ukrepi za zagotavljanje kibernetske varnosti
		Usposabljanje zaposlenih glede kibernetske varnosti oz. zagotavljanja varnosti informacij
		Odzivni načrt za kibernetske napade
		Poskusi kibernetskih napadov
	Digitalna vključenost	Uporaba digitalnih kanalov s strani strank
		Izobraževalni dogodki o digitalnem bančništvu
	Finančna pismenost	Izobraževalni dogodki o finančni pismenosti
		Spletna orodja za izobraževanje o finančnih temah (spletni tečajji, video razlage, kvizi)
	Zadovoljstvo strank	Zadovoljstvo strank
		Kanali za pritožbe strank (angl. <i>customer complaints</i> )
	Skupnost	Donacije, sponzorstva
		Financirani projekti oz. programi v skupnosti
	Certifikati in standardi	Certifikat Top Employer – odlična kadrovska politika in dobrobit zaposlenih
		ISO 45001 – Mednarodni standard za varnost in zdravje pri delu
		ISO 14001 – Standard za okoljsko upravljanje in zmanjšanje vplivov na okolje
ISO 50001 – Standard za upravljanje energetske učinkovitosti in zmanjšanje emisij		
ISO 27001 – Standard za upravljanje informacijske in kibernetske varnosti		

Vir: Letna oz. trajnostna poročila bank, vključenih v raziskavo (gl. poglavje 3 v prispevku).

Za dimenzijo upravljanja (G) smo identificirali 13 kazalnikov, npr. ESG odbor/komisija, kodeks poslovne etike ter politika preprečevanja korupcije in podkupovanja. Podrobnosti so podane v spodnji tabeli.

Tabela 3: Opis kazalnikov razkritij ESG za dimenzijo upravljanja (G)

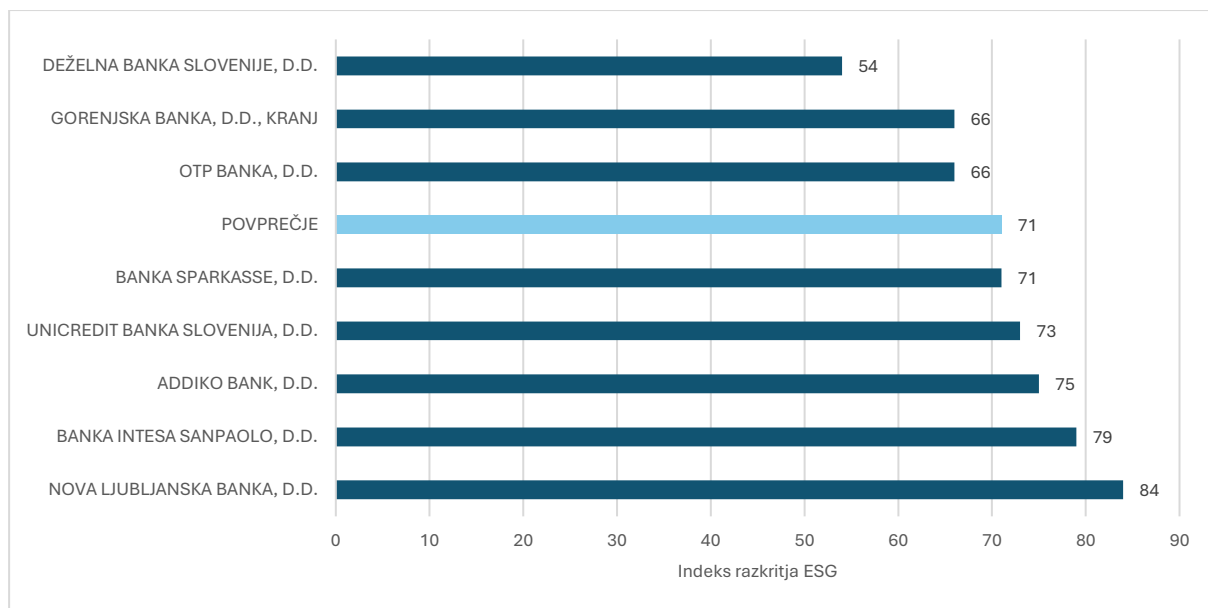
Razkritje ESG		Kazalnik (razkritje)
Upravljanje	Upravna struktura	ESG-odbor/komisija
	Poslovna etika	Kodeks poslovne etike
	Korupcija in podkupovanje	Politika preprečevanja korupcije in podkupovanja
		Usposabljanje zaposlenih glede preprečevanja podkupovanja in korupcije
	Pranje denarja in financiranje terorizma	Politika za preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma
		Usposabljanje zaposlenih glede preprečevanja pranja denarja in financiranja terorizma
	Zaščita prijaviteljev	Zaščita prijaviteljev
		Anonimni kanal za prijave (angl. <i>whistleblowing</i> )
	Tveganja ESG	Upravljanje tveganj ESG
	Davčna transparentnost	Skupni znesek plačanih davkov
		Zaveza k poštenemu plačevanju davkov
	Poročanje o trajnostnem poslovanju	Revizija poročila o nefinančnem poročanju s strani neodvisne tretje osebe
		Dolgoročni cilji ESG

Vir: Letna oz. trajnostna poročila bank, vključenih v raziskavo (gl. poglavje 3 v prispevku).

### 3 Rezultati

Osem slovenskih bank v povprečju dosega razmeroma visoko raven razkritij ESG, povprečni rezultat znaša pri predstavljenem neponderiranem indeksu 71 %, kar pomeni, da banke po naši metodologiji razkrijejo več kot dve tretjini informacij ESG. To nakazuje, da je trajnostno poročanje v slovenskem bančnem sektorju že precej razvito, čeprav med posameznimi področji in bankami obstajajo razlike.

Grafikon 1: Primerjava vrednosti neponderiranega indeksa razkritij ESG po bankah



Vir: Lastni izračun.

Najvišji indeks razkritij ima NLB. Na drugi strani se na dnu lestvice nahaja Deželna banka Slovenije, kjer je obseg razkritij bistveno manjši. Primerjava rezultatov po dimenzijah pokaže, da so banke najdoslednejše pri razkritjih na področju upravljanja, nekoliko manj pa na področju okolja, kjer so razlike med bankami največje. To nakazuje, da so dejavniki, povezani z okoljem, še vedno manj sistematično obravnavani in tudi težje merljivi in sledljivi.

#### 4 Razprava

Rezultati potrjujejo, da slovenske banke dosegajo razmeroma visoko raven razkritij ESG. V literaturi se podobni pristopi uporabljajo za merjenje obsega razkritij (Tamásné Vóneki & Lamanda, 2020; Zdolšek, 2011), kar potrjuje ustreznost metodologije tudi v primeru slovenskega bančnega sektorja.

Praktični pomen raziskave je večplasten. Za banke indeks predstavlja priložnost, da primerjajo lastna razkritja z razkritji konkurence in prepoznajo področja, kjer so boljše oz. šibkejše. Regulatorjem indeks ponuja pregledno orodje za spremljanje skladnosti bank z zahtevami evropske regulative. Za vlagatelje in javnost pa je pomemben kot dodatna mera transparentnosti, ki olajša presojo trajnostne naravnosti bank.

Kljub temu ima raziskava nekaj omejitev. Analiza temelji izključno na javno dostopnih letnih in trajnostnih poročilih za leto 2024, kar pomeni, da v oceno niso vključene druge oblike razkritij (npr. spletne objave, interni dokumenti). Poleg tega binarna metodologija ocenjevanja zajema zgolj prisotnost ali odsotnost informacij, ne pa njihove kakovosti ali podrobnosti, kar bi lahko bil predmet prihodnjih raziskav. Prav tako gre za presečno analizo, ki ne zajema daljšega časovnega obdobja; razširitev na večletno obdobje bi omogočila spremljanje napredka posameznih bank skozi čas.

Kljub navedenim omejitvam indeks ponuja pomemben vpogled v trenutne prakse razkrivanja ESG v Sloveniji. Predstavlja temelj, na katerem je mogoče graditi nadaljnje raziskave.

## 5 Sklep


V članku smo predstavili lastno metodologijo indeksa razkritij ESG, ki temelji na vsebinski analizi letnih in trajnostnih poročil slovenskih bank za leto 2024. Rezultati kažejo, da banke v povprečju razkrijejo več kot dve tretjini obravnavanih kazalnikov. Indeks ponuja jasen vpogled v obseg trajnostnih razkritij ter omogoča primerjavo med posameznimi bankami. Čeprav analiza zajema zgolj eno leto in meri le prisotnost razkritij, predstavlja pomemben temelj za spremljanje napredka slovenskih bank na področju trajnostnega poročanja in prispeva k večji transparentnosti bančnega sektorja.

## Literatura in viri



1. Breznik, S., Taškar Beloglavec, B. & Taškar Beloglavec, S. (2017). Kako so hranilnice prešle krizo? *Bančni vestnik: revija za denarništv in bančništvo*, 66(1/2), 53–62.
2. European Commission. (2025). *Corporate sustainability reporting*. [https://finance.ec.europa.eu/capital-markets-union-and-financial-markets/company-reporting-and-auditing/company-reporting/corporate-sustainability-reporting\\_en](https://finance.ec.europa.eu/capital-markets-union-and-financial-markets/company-reporting-and-auditing/company-reporting/corporate-sustainability-reporting_en)
3. Gorenjec, S., Zdolšek, D., & Taškar Beloglavec, S. (2025). ESG razkritja in finančna uspešnost bank v Sloveniji (1). *Bančni vestnik: revija za denarništv in bančništvo*. 74(10), 32–38. [https://bv.zbs-giz.si/bancni-vestnik/e-arhiv/2025-10/esg-razkritja-in-finan%C4%8Dna-uspe%C5%A1nost-bank-v-sloveniji-\(1\)](https://bv.zbs-giz.si/bancni-vestnik/e-arhiv/2025-10/esg-razkritja-in-finan%C4%8Dna-uspe%C5%A1nost-bank-v-sloveniji-(1))
4. KPMG. (2024). *ESG in Banking*. <https://kpmg.com/si/en/home/insights/2024/02/ba-esg-in-banking.html>
5. Next ESG. (2025). *Historical context and evolution of sustainable finance*. <https://www.esg.next-agile.co.za/courses/strategies-for-sustainable-investments/lessons/1-introduction-to-esg-financing-2/topics/historical-context-and-evolution-of-sustainable-finance-2/>
6. NLB. (2022, 1. december). *NLB dve nagradi Akademije Finance za letno poročilo in nagrada Ljubljanske borze za najboljše odnose z investitorji*. <https://www.nlbgroup.com/si-sl/media-center/sporocila-za-javnost/2022/sporocilo-za-javnost-1-12-2022>
7. Schoemaker, D., & Schramade, W. (2019). *Principles of Sustainable Finance*. Oxford University Press.
8. Tamásné Vóneki, Z. & Lamanda, G. (2020). Content analysis of bank disclosures related to ESG risks: A snapshot of the disclosure practices of large domestic banks. *Economy and Finance*, 7(4), 412–424. <https://doi.org/10.33908/eF.2020.4.3>

9. Zdolšek, D. (2011). *Razkritja informacij o (po) odsekih v letnih poročilih slovenskih velikih družb (magistrsko delo)*. Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=22355&lang=slv>

# IZBRANE MEDNARODNE OCENE ESG ZA BANKE

Sara Gorenjec, Univerza v Mariboru, Slovenija 

Doc. dr. Daniel Zdolšek, Univerza v Mariboru, Slovenija 

Viš. pred. mag. Sabina Taškar Beloglavec, Univerza v Mariboru, Slovenija  

**Povzetek:** Dejavniki trajnostnosti (ESG – okoljski, družbeni in upravljavski) postajajo nepogrešljiv element ocenjevanja uspešnosti bank. Poleg finančnih kazalnikov so vse pomembnejša tudi razkritja o tem, kako banke obvladujejo vplive na okolje, odnose z deležniki in kakovost upravljanja. V ta namen so bile razvite mednarodne ESG ocene, ki vlagateljem, regulatorjem in širši javnosti omogočajo primerljiv vpogled v trajnostno uspešnost finančnih institucij. V članku so predstavljene metodologije treh ponudnikov mednarodnih ESG ocen (S&P Global, MSCI in Sustainalytics) ter njihove ključne razlike glede ocenjevalnih lestvic, virov podatkov in metodoloških poudarkov. Analiza je pokazala, da se lahko ocene iste banke med ponudniki razlikujejo, kar zmanjšuje primerljivost in zahteva dodatno razumevanje ozadja metodologij. Kljub temu pa ESG ocene bankam prinesejo večje zaupanje vlagateljev in boljši ugled na trgu.

**Ključne besede:** ESG, ocena, razkritje, trajnostno bančništvo.

Cobiss: 1.04

## 1 Uvod

Za finančne institucije postajajo vse pomembnejše priložnosti in tveganja, povezana z okoljem, družbo in upravljanjem, torej z dejavniki ESG (angl. *Environmental, Social and Governance, ESG*). Njihovo upoštevanje ne prispeva zgolj k zmanjšanju negativnih vplivov na okolje in družbo, temveč je večkrat povezano tudi z boljšo ekonomsko uspešnostjo. Bank zato ne skrbi le njihov lastni vpliv ESG, ampak tudi tveganja in priložnosti v povezavi z ESG, ki so jim izpostavljene kot posojilodajalke (KPMG, 2024).

Kot poudarjata Menicucci in Paolucci (2022), bi morala vsaka banka razvijati in izboljševati svoje zaveze do okolja, socialne oz. družbene odgovornosti ter politike kakovostnega upravljanja. Banke imajo namreč posebno vlogo pri trajnostnem prehodu gospodarstva; ne vplivajo zgolj s svojimi internimi praksami, ampak tudi posredno prek projektov in podjetij, ki jih financirajo. Poleg tega ESG predstavlja dodatno razsežnost pri ocenjevanju tveganj in zaznavanju poslovnih priložnosti. Od bank se zato pričakuje, da dejavnike ESG vključujejo v lastne strategije, postopke odločanja in poročanja (Schoenmaker & Schramade, 2019).

Zakonodajni okvir se tudi hitro razvija oziroma spreminja. Evropska unija je najprej uvedla Direktivo o nefinančnem poročanju (NFRD), nadomestila pa jo je Direktiva o trajnostnem poročanju (CSRD), ki uvaja strožje standarde glede razkritij ESG. Poleg tega sta pomembni tudi Uredba o taksonomiji, ki vzpostavlja enoten klasifikacijski sistem oz. okvir, ki zagotavlja enotno podlago za ocenjevanje okoljsko trajnostnih gospodarskih dejavnosti, ter Uredba o razkritju trajnostnega financiranja (SFDR), ki določa pravila preglednosti za udeležence na finančnem trgu o tem, na kakšen način v svoje naložbene odločitve in finančno svetovanje vključujejo dejavnike ESG (European Commission, 2025; Next ESG, 2025).

Zgolj razkritje finančnih kazalnikov danes ni več zadostno, zato se vse večji poudarek namenja tudi nefinančnim kazalnikom. Kot ugotavlja Rodrigues (2020), sta potrebni širša odgovornost do deležnikov in večja preglednost razkritij. Način merjenja, kako določena organizacija izpolnjuje cilje ESG, so t. i. ESG ocene (Hashemi-Pour, 2025). Te kažejo, kako banka obvladuje tveganja in priložnosti, ki so povezana z okoljskimi, družbenimi in upravljavskimi dejavniki. Namen teh ocen je zagotoviti transparenten, konsistenten in primerljiv okvir za analizo, ki dopolnjuje sedanje bonitetne ocene; hkrati omogoča, da vlagatelji bolje razumejo izpostavljenost banke dejavnikom ESG (Creditreform Rating, 2020). V tem okviru so bile razvite mednarodne ESG ocene, ki vlagateljem, regulatorjem in širši javnosti omogočajo primerljiv vpogled v to, kako uspešno banke delujejo na področju trajnostnosti.

Ta članek ima v nadaljevanju štiri poglavja. V poglavju 2 podajamo metode, v poglavju 3 rezultate, v poglavju 4 razpravo, v poglavju 5 pa sklep.

## 2 Metode

Pregledali smo spletna mesta in javno dostopna gradiva treh ponudnikov mednarodnih ESG ocen: S&P Global, MSCI in Sustainalytics, ki se v finančnem sektorju pogosto pojavljajo kot ponudniki ocen ESG (gl. Agosto & Tanda, 2023; Escrig-Olmedo idr., 2019; Wallet Investor, 2025; Yılmaz & Taşkın, 2024). Pri tem smo se osredotočili na njihove metodologije ter analizirali uporabljene ocenjevalne lestvice, poudarke, posebnosti ter vire podatkov, na katerih temeljijo ocene.

Na podlagi pregleda smo pripravili primerjalno tabelo, ki omogoča jasen vpogled v podobnosti in razlike med posameznimi ponudniki. Tabela izpostavlja njihove ključne značilnosti ter prikazuje, kako se metodološki pristopi med seboj razlikujejo, kar je pomembno za razumevanje pomena ESG ocen pri vrednotenju bank.

## 3 Rezultati

Pregled metodologij ESG ocen treh ponudnikov je pokazal, da se njihovi pristopi med seboj razlikujejo glede na ocenjevalno lestvico, vire podatkov in metodološke poudarke.

ESG ocena ponudnika S&P Global nam pove, kako uspešno je podjetje v zvezi s tveganji, priložnostmi in vplivi dejavnikov ESG ter kako z njimi upravlja. Ocenjuje razpoložljivost podatkov ter kakovost, ustreznost in uspešnost na področju trajnostnosti. Obsega 62 vprašalnikov (gre za v angleščini t. i. *Corporate Sustainability Assessment, CSA*), ki so prilagojeni za specifične panoge. ESG ocena je številčna, in sicer daje rezultat od 0 do 100, kjer je 100 najboljša ocena. S&P Global v okviru metodologije CSA za leto 2025 določa tri ključne dimenzije za ocenjevanje ESG uspešnosti bank, in sicer: okoljsko (ponder 16 % v oceni), družbeno (33 %) ter upravljavsko in ekonomsko dimenzijo, ki ima največjo težo (51 %). Te uteži skupaj sestavljajo podlago za skupno ESG oceno banke (S&P Global, 2025).

ESG ocena ponudnika MSCI (angl. *Morgan Stanley Capital International*) kaže, kako so podjetja odporna na tveganja, ki so finančno relevantna in specifična za posamezno panogo ter priložnosti za trajnostni razvoj. Ocena je črkovna, in sicer od AAA (prejme jo podjetje, ki je med vodilnimi v svoji panogi pri upravljanju najpomembnejših tveganj in priložnosti na področju trajnostnosti) do CCC (prejme jo podjetje, ki je najbolj izpostavljeno ter neuspešno upravlja s tveganji na področju trajnostnosti). Ocena je torej odvisna od tega, kako dobro podjetja obvladujejo ta tveganja in priložnosti v primerjavi s konkurenco. Vsebuje tri glavne dimenzije (okoljsko, družbeno in upravljavsko), vsaka pa vključuje podkategorije in ključna vprašanja, ki jih ocenjevalci upoštevajo pri vrednotenju uspešnosti ESG (MSCI, 2025).

ESG ocena ponudnika Sustainalytics je večdimenzionalna ocena izpostavljenosti podjetja bistvenim tveganjem, povezanih z ESG, ter upravljanja teh tveganj; prilagojena je specifičnim panogam. Ocena vključuje več kot 200 kazalnikov; je številčna (od 0 do 100) in podjetja uvršča v eno izmed petih stopenj tveganja; nižja kot je ocena, nižje je tveganje. Ocena tveganja ESG je sestavljena iz treh gradnikov, ki prispevajo k skupni ESG oceni. Sestavljajo jo: pomembna vprašanja ESG (22 vprašanj), osnovna vprašanja ESG ter sistemska in posebna vprašanja ESG (Morningstar Sustainalytics, 2025).

Za boljši pregled so ključne značilnosti teh metodologij prikazane tudi v spodnji tabeli.

Tabela 1: Primerjava ESG ocen po ponudnikih

	MSCI	S&P Global	Sustainalytics
Ocenjevalna lestvica	AAA–CCC	0–100	0–100
Poudarek	Izpostavljenost in upravljanje pomembnih tveganj ESG	ESG ocena je prilagojena specifičnim panogam	ESG ocena tveganja
Ključna posebnost	37 ključnih tem ESG po 10 vsebinskih sklopih	Ocena trajnostnosti podjetij z vprašalniki ( <i>Corporate Sustainability Assessment, CSA</i> )	Dvodimenzionalni okvir (izpostavljenost in upravljanje)
Viri podatkov	Razkritja podjetij, vladni podatki, mediji, specializirane podatkovne zbirke	Vprašalniki CSA, publikacije podjetij, informacije deležnikov	Informacije javnih podjetij, mediji, poročila deležnikov

Vir: ISARCH Team (2025).

## 4 Razprava

Metodologije ESG ocen med ponudniki se pomembno razlikujejo. Razlike se kažejo v izboru kazalnikov, načinu zbiranja podatkov, ocenjevalnih lestvicah ter utežeh posameznih dimenzij ESG. Posledica tega je, da ista banka pri različnih ponudnikih doseže precej različne rezultate, čeprav temeljijo na istih razkritjih.

Eden ključnih razlogov za te razlike je raznolikost virov podatkov. Nekateri ponudniki se opirajo predvsem na javno dostopne informacije in letna poročila, drugi vključujejo tudi specializirane vprašalnike. Razlike se pojavljajo tudi pri ocenjevalnih lestvicah (črkovne, številčne), kar dodatno otežuje neposredno primerjavo ocen. Poleg tega ima vsaka metodologija svoj poudarek – ena bolj na tveganjih, druga na priložnostih in vplivih.

Za banke to pomeni, da ESG ocene ne predstavljajo enoznačnega merila uspešnosti, temveč bolj signal, da različni deležniki razumejo njihovo trajnostno delovanje. Ocene lahko vplivajo na ugled banke, odnos vlagateljev in stroške financiranja, vendar jih je treba vedno obravnavati v kontekstu metodologije, ki stoji

za posamezno oceno. Lu (2024) navaja, da agencije za ocenjevanje ESG delujejo kot varuhi trajnostnega financiranja, vplivajo na odločanje o naložbah, dodeljevanje kreditov in skladnost z zakonodajo v dvojni vlogi, in sicer v vlogi preverjevalca (pogled v preteklost) in vlogi usmerjevalca (pogled v prihodnost). Ti udeleženci finančnih trgov so torej ključni pri določanju dostopa do kapitalskih trgov in oblikovanju vednja finančnega sektorja glede trajnostnih naložb. Podobno vlogo imajo bonitetne agencije pri ocenjevanju kreditnega tveganja.

Razlike med metodologijami hkrati opozarjajo na izziv pomanjkanja enotnih standardov. To zmanjšuje primerljivost ocen, kar pri vlagateljih povzroča zmedo. Evropska regulativa stremi k večji enotnosti in preglednosti, kar bi v prihodnje lahko zmanjšalo razhajanja med ponudniki. Do takrat pa je za banke bistveno, da razumejo metodološko ozadje ocen in ga vključijo v svojo komunikacijo z deležniki.

## 5 Sklep

ESG ocene so v zadnjih letih postale nepogrešljiv del vrednotenja bank. Čeprav se metodologije med ponudniki razlikujejo, vse stremijo k istemu cilju: zagotoviti vlagateljem, regulatorjem in širši javnosti vpogled v trajnostno uspešnost finančnih institucij. Za banke so te ocene hkrati izziv in priložnost. Izziv zato, ker razlike med metodologijami otežujejo enotno predstavljanje uspešnosti, priložnost pa, ker lahko višje ocene prispevajo k večjemu zaupanju deležnikov in boljšemu ugledu na trgu.

## Literatura in viri

1. Agosto, A., & Tanda, A. (2023). Divergence and aggregation of ESG ratings: A survey. *Open Research Europe*, 5, 28. <https://doi.org/10.12688/openreseurope.15328.1>
2. Creditreform Rating AG. (2020). *Rating methodology of Creditreform Rating AG environmental, social and governance score for banks (Version 1.0)*.
3. Escrig-Olmedo, E., Fernández-Izquierdo, M. Á., Ferrero-Ferrero, I., Rivera-Lirio, J. M., & Muñoz-Torres, M. J. (2019). Rating the raters: Evaluating how ESG rating agencies integrate sustainability principles. *Sustainability*, 11(3), 915. <https://doi.org/10.3390/su11030915>
4. European Commission. (2025). *Corporate sustainability reporting*. [https://finance.ec.europa.eu/capital-markets-union-and-financial-markets/company-reporting-and-auditing/company-reporting/corporate-sustainability-reporting\\_en](https://finance.ec.europa.eu/capital-markets-union-and-financial-markets/company-reporting-and-auditing/company-reporting/corporate-sustainability-reporting_en)
5. Hashemi-Pour, C., & Kernén, S. M. (2025). *ESG strategy and management: A guide for businesses*. <https://www.techtarget.com/sustainability/definition/ESG-score>
6. ISARCH Team. (2025, 3. marec). *ESG scores calculation: A comprehensive analysis of methodologies*. *ESG Journal*. <https://isarch.org/esg-journal/esg-scores-calculation-a-comprehensive-analysis-of-methodologies/>
7. KPMG. (2024). *ESG in Banking*. <https://kpmg.com/si/en/home/insights/2024/02/ba-esg-in-banking.html>
8. Lu, L. (2024). Regulating ESG rating firms as the gatekeepers for sustainable finance. *Capital Markets Law Journal*, 19(2), 184–206. <https://doi.org/10.1093/cmlj/kmae001>

9. Menicucci, E., & Paolucci, G. (2022). ESG dimensions and bank performance: An empirical investigation in Italy. *Corporate Governance. The International Journal of Buiness and Society*, 23(3), 563–586. <https://doi.org/10.1108/CG-03-2022-0094>
10. Morningstar Sustainalytics. (2025). *2025 ESG top-rated companies – Sustainalytics' list of companies with the best ESG risk rating scores*. <https://www.sustainalytics.com/corporate-solutions/esg-solutions/top-rated-companies>
11. MSCI. (2025). *ESG Ratings. Assess companies on their financially relevant sustainability risks and opportunities*. <https://www.msci.com/data-and-analytics/sustainability-solutions/esg-ratings>
12. Next ESG. (2025). *Historical context and evolution of sustainable finance*. <https://www.esg.next-agile.co.za/courses/strategies-for-sustainable-investments/lessons/1-introduction-to-esg-financing-2/topics/historical-context-and-evolution-of-sustainable-finance-2/>
13. Rodrigues, J. A. (2020). *ESG-related non-financial performance indicators : Evolution and current practice of reporting by ten european banks* (Doctoral dissertation). ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/esg-related-non-financial-performance-indicators/docview/3122665026/se-2>
14. S&P Global. (2025). *ESG Scores and Raw Data*. <https://www.spglobal.com/sustainable1/en/solutions/esg-scores-data>
15. Schoemaker, D., & Schramade, W. (2019). *Principles of sustainable finance*. Oxford University Press.
16. Wallet Investor. (2025, 15. oktober). *The 6 crucial ESG rating agencies: Your definitive guide to unlocking ethical investment success*. <https://walletinvestor.com/magazine/the-6-crucial-esg-rating-agencies-your-definitive-guide-to-unlocking-ethical-investment-success>
17. Yılmaz, Ç., & Taşkın, D. (2024). ESG ratings: An evaluation and discussion. V A. I. Hunjra, & J. W. Goodell (Eds.), *The Palgrave Handbook of Green Finance for Sustainable Development* (str. 303–356). Palgrave Studies in Impact Finance. Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-65756-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-031-65756-6_12)

# RAZVRŠČANJE AMERIŠKIH ZVEZNIH DRŽAV V SKUPINE GLEDE NA KAZALNIKE DUŠEVNEGA ZDRAVJA ODRASLIH

Doc. dr. Dejan Romih, Univerza v Mariboru, Slovenija  

**Povzetek:** V tem članku podajamo rezultate raziskave, v kateri smo ameriške zvezne države glede na kazalnike duševnega zdravja razvrstili v tri skupine z uporabo Wardove metode. V skupini 1 so države z najvišjim odstotkom odraslih z duševno boleznijo, najvišjim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja, najnižjim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja ter najvišjim odstotkom odraslih s samomorilnimi mislimi. V skupini 2 so države s srednjimi vrednostmi, v skupini 3 pa države z najnižjimi vrednostmi kazalnikov duševnega zdravja, razen odstotka odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja. Analiza je pokazala potrebo po pravičnejšem dostopu do zdravstvenega varstva in zavarovanja za odrasle v duševni stiski, in sicer ne glede na kraj bivanja.

**Ključne besede:** duševno zdravje, Združene države Amerike

Cobiss: 1.04

## 1 Uvod

Duševno zdravje (angl. *mental health*) definiramo kot stanje duševnega dobrega počutja (angl. *mental well-being*) brez motenj v delovanju človeškega organizma (Gautam idr., 2024). Raziskave kažejo, da duševno zdravje vpliva na telesno zdravje in obratno (Glew & Chapman, 2016; Mahindru, Patil, & Agrawal, 2023; Ohrnberger, Fichera & Sutton, 2017). Tako ni vseeno, kako se kdo duševno in telesno počuti. Pri tem moramo upoštevati, da se objektivno in subjektivno duševno in telesno počutje razlikujeta (Gautam idr., 2024). Podatki kažejo, da je v obdobju 2022–2023 približno 59 milijonov (23 %) odraslih Američanov imelo duševno bolezen, 46,4 milijona (18,1 %) motnjo zlorabe substanc, 13 milijonov (5,1 %) pa samomorilske misli, kar razkriva razširjenost krize duševnega zdravja v ZDA (Reinert, Nguyen & Fritze, 2025). Alarmantno je tudi, da približno 6,7 milijona (25,2 %) odraslih Američanov z duševno boleznijo ni prejelo zdravljenja, 6,9 milijona pa ni imelo zdravstvenega zavarovanja (ibid.). Podatki kažejo tudi, da je 9,6 % odraslih Američanov z duševno boleznijo imelo zdravstveno zavarovanje, ki pa ni krilo zdravljenja duševne bolezni (ibid.).

Duševno zdravje je še vedno tabu (Cogan idr., 2024; Edward, 2025). Njegova tabuizacija izvira iz časa, ko so bili duševni bolniki stigmatizirani kot neumni ali nevarni, zato so jih izključevali iz skupnosti. Čeprav se stanje izboljšuje, so odrasli z duševno boleznijo še vedno stigmatizirani, kar ovira preventivno in kurativno skrb za duševno zdravje odraslih (Ahad, Sanchez-Gonzalez & Junquera, 2023; Hivet & Bui, 2023; Kågstöm idr., 2025). To potrjujejo tudi izkušnje iz ZDA (Parcesepe & Cabassa, 2013; Okoli, 2023). Zdravljenje ovira tudi samostigmatizacija, zaradi katere odrasli v duševni stiski ne poiščejo pomoči (Alqahtani & Pringle, 2024; Corrigan & Rao, 2012; Harkness & Kroska, 2019; Okoli, 2023). Meiselbach idr. (2024) so na podlagi ankete iz leta 2023 ugotovili, da se 91,8 % odraslih Američanov z znaki zmerno hude ali hude depresije in brez zasebnega zdravstvenega zavarovanja ni odločilo obiskati zdravnika specialista, 54,8 % pa se zaradi stroškov ni odločilo za zdravljenje depresije. Alarmantni so tudi podatki za odrasle Američane z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem. Anketa je pokazala, da se 49,7 % odraslih Američanov z znaki zmerno hude ali hude depresije in z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem ni odločilo obiskati zdravnika specialista, 30,2 % pa se zaradi stroškov ni odločilo za zdravljenje depresije. Jun in Aguila (2021) sta ugotovila, da je tveganje za razvoj depresije pri starejših odraslih Američanih brez zasebnega zdravstvenega zavarovanja večje kot pri tistih z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem. Walker idr. (2015) pa so na podlagi ankete iz leta 2011 ugotovili, da je pri odraslih Američanih z duševno boleznijo in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem 1,63-krat večja verjetnost, da se bodo odločili za zdravljenje kot pri tistih brez zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Podobno velja za odrasle Američane s hudo duševno

bolezni. Anketa je pokazala, da je pri odraslih Američanih s hudo duševno boleznijo in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem 1,65-krat večja verjetnost, da se bodo odločili za zdravljenje kot pri tistih brez zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Avtorji so ugotovili tudi, da je pri odraslih Američanih z duševno boleznijo, vpisanih v program Medicaid, 2,66-krat večja verjetnost, da se bodo odločili za zdravljenje kot pri tistih brez zdravstvenega zavarovanja, pri odraslih Američanih s hudo duševno boleznijo, vpisanih v program Medicaid, pa je ta verjetnost 3,37-krat večja. Maclean, Tello Trillo in Webber (2023) so na podlagi podatkov za Tennessee iz leta 2005 ugotovili, da je bil izpis iz programa Medicaid povezan z zmanjšanim dostopom do bolnišnične psihiatrične oskrbe, zlasti pri odraslih Američanih z motnjo uporabe substanc. Yörük in Han (2024) sta ugotovila, da je izguba zdravstvenega zavarovanja pri mlajših odraslih Američanih ob dopolnjenem 26. letu, ko posamezniki niso več vključeni kot vzdrževani družinski člani, povezana s poslabšanjem nekaterih kazalnikov duševnega zdravja.

Namen tega članka je podati rezultate raziskave, v kateri smo ameriške zvezne države glede na kazalnike duševnega zdravja razvrstili v skupine. S tem želimo spodbuditi razpravo o razlikah med ameriškimi zveznimi državami v dostopu do zdravstvenega varstva in zavarovanja, na katere so opozorili tudi drugi raziskovalci (Canady, 2025; Donnelly & Farina, 2025; Erving idr., 2025).

Ta članek ima še štiri poglavja. V poglavju 2 podajamo metode, v poglavju 3 rezultate, v poglavju 4 razpravo, v poglavju 5 pa sklep.

## 2 Metode

V raziskavi smo uporabili metodo razvrščanja v skupine, s katero smo vse ameriške zvezne države (razen Delawara) razvrstili v skupine glede na kazalnike duševnega zdravja. Postopek smo izvedli v StataNow 19 z ukazom cluster in podukazom wardslinkage, s katerima smo izvedli hierarhično razvrščanje v skupine (Wardova metoda). Uporabili smo štiri spremenljivke:

- odstotek odraslih z duševno boleznijo ( $x_1$ ),
- odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja ( $x_2$ ),
- odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja ( $x_3$ ),
- odstotek odraslih s samomorilnimi mislimi ( $x_4$ ).

Vse štiri spremenljivke smo standardizirali z ukazom egen  $z_x = \text{std}(x)$ . V raziskavi smo uporabili podatke za obdobje 2022–2023, objavljene v The State of Mental Health in America (Reinert, Nguyen & Fritze, 2025).

### 3 Rezultati

V tem poglavju najprej podajamo opisne statistike, nato pa rezultate hierarhičnega razvrščanja. Tabela 1 prikazuje opisne statistike za nestandardizirane in standardizirane spremenljivke. Iz tabele je razvidno, da je v obdobju 2022–2023 povprečni odstotek odraslih z duševno boleznijo v ZDA znašal 24,1, povprečni odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja 25,3, povprečni odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja 8,3, povprečni odstotek odraslih s samomorilskimi mislimi pa 5,4.

Tabela 1: Opisne statistike

Spremenljivka	N	M	SD	Minimum	Maksimum
x1	49	24,13061	2,483966	19,7	30,2
x2	49	25,33265	5,592867	13,1	37,8
x3	49	8,338776	3,955472	3,3	19,4
x4	49	5,406122	0,6612514	4,2	7,6
z_x1	49	-3,16e-09	1	-1,783685	2,443427
z_x2	49	-4,56e-10	1	-2,187188	2,229151
z_x3	49	2,51e-09	1	-1,273875	2,796436
z_x4	49	7,22e-10	1	-1,824	3,317766

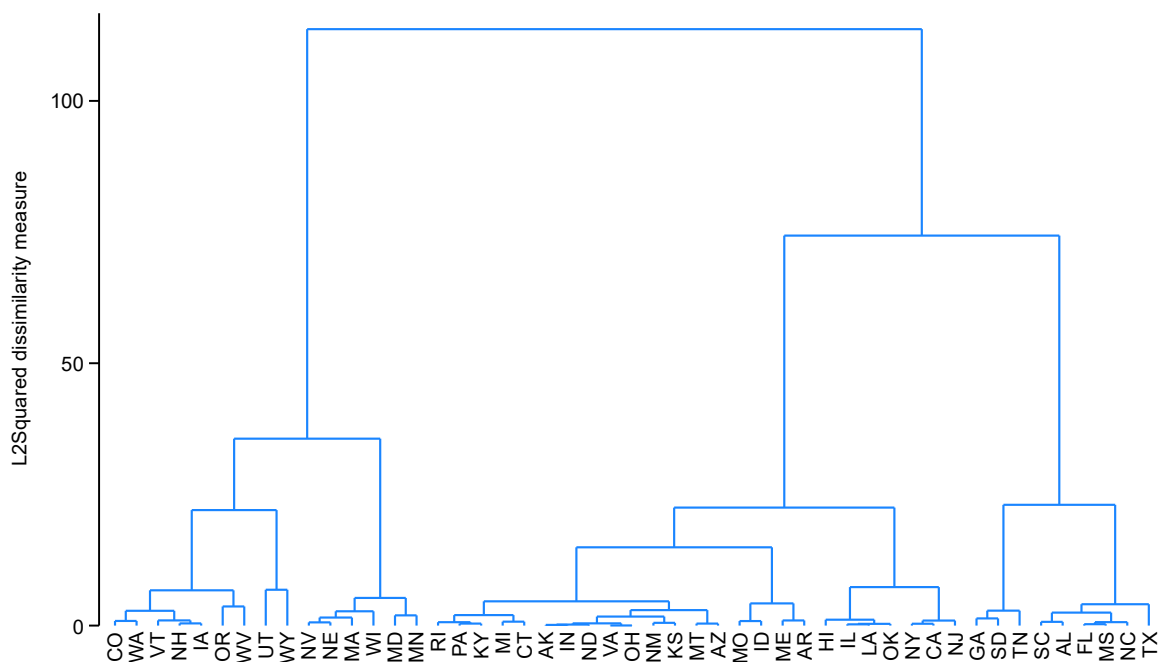
Vir podatkov: Reinert, Nguyen in Fritze (2025), lastni izračuni.

Raziskava je pokazala, da je ameriške zvezne države glede na kazalnike duševnega zdravja mogoče razvrstiti v tri skupine (gl. sliko 1):

- **Skupina 1:** Iowa (IA), Kolorado (CO), Maryland (MD), Massachusetts (MA), Minnesota (MN), Nebraska (NE), Nevada (NV), New Hampshire (NH), Oregon (OR), Utah (UT), Vermont (VT), Zahodna Virginija (WV), Washington (WA), Wisconsin (WI), Wyoming (WY).
- **Skupina 2:** Aljaska (AK), Arizona (AZ), Arkansas (AR), Connecticut (CT), Havaji (HI), Idaho (ID), Illinois (IL), Indiana (IN), Kalifornija (CA), Kansas (KS), Kentucky (KY), Louisiana (LA), Maine (ME), Michigan (MI), Missouri (MO), Montana (MT), New Jersey (NJ), New York (NY), Nova Mehika (NM), Ohio (OH), Oklahoma (OK), Pensilvanija (PA), Rhode Island (RI), Severna Dakota (ND), Virginija (VA).
- **Skupina 3:** Alabama (AL), Florida (FL), Georgia (GA), Južna Dakota (SD), Južna Karolina (SC), Mississippi (MS), Severna Karolina (NC), Teksas (TX), Tennessee (TN).

Zemljevid ameriških zveznih držav po skupinah je prikazan na sliki P.1 v prilogi. Z njega je razvidno, da države iz skupine 1 večinoma ležijo v osrednjem delu ZDA, kjer prevladuje belsko prebivalstvo, države iz skupine 3 pa v južnem delu, kjer prevladuje črnsko prebivalstvo. Erving idr. (2025) menijo, da je boljše stanje na jugu ZDA posledica manjše pojavnosti duševnih bolezni med črnici kot med belci.

Slika 1: Dendrogram

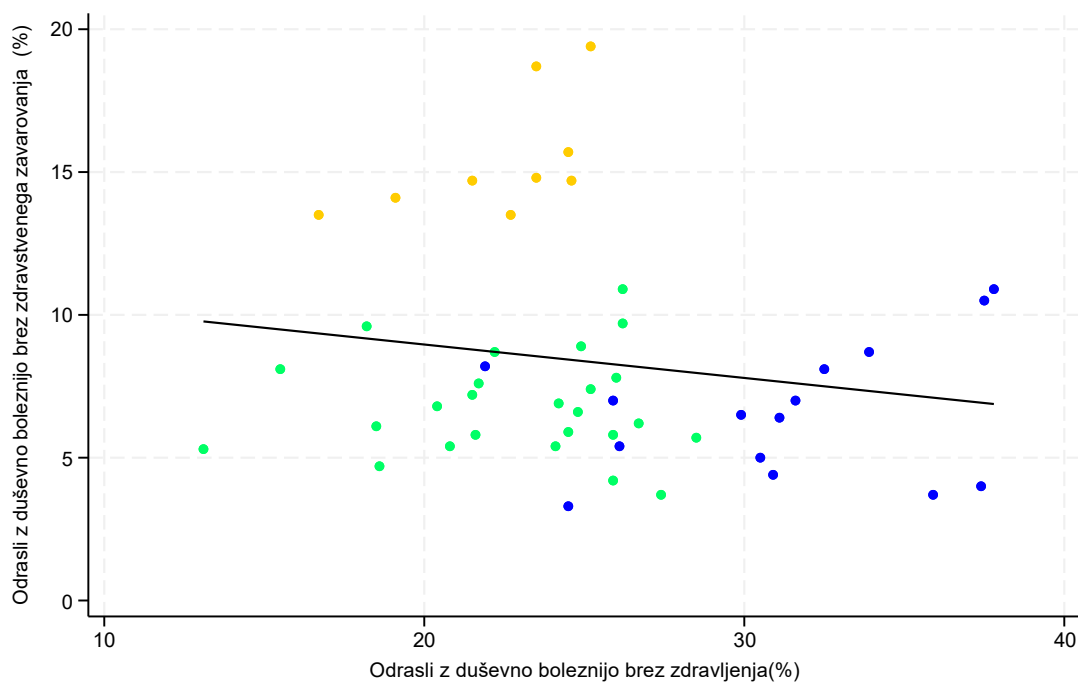


Opomba: L2Squared dissimilarity measure = kvadrirana evklidska razdalja.

Vir podatkov: Reinert, Nguyen in Fritze (2025), lastni izračuni.

Zanimivo je, da imajo države iz skupine 1 najvišji odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in najnižji odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja, medtem ko imajo države iz skupine 3 najnižji odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in najvišji odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja. Glede na sliko 2 bi pričakovali, da bi imele države iz skupine 1 najvišji odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja, države iz skupine 3 pa najnižjega. Iz tabele 1 pa je razvidno, da v praksi srečamo različne kombinacije.

Slika 2: Razsevni grafikon



Opomba: Modra barva označuje države iz skupine 1, zelena barva države iz skupine 2, rumena barva pa države iz skupine 3.

Vir podatkov: Reinert, Nguyen in Fritze (2025).

Ameriške zvezne države je glede na odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja mogoče razvrstiti v štiri skupine (gl. tabelo 1):

- **Skupina 1:** države z visokim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in visokim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja.
- **Skupina 2:** države z nizkim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in visokim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja.
- **Skupina 3:** države z nizkim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in nizkim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja.
- **Skupina 4:** države z visokim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in nizkim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja.

Omeniti velja, da smo pri razvrščanju ameriških zveznih držav upoštevali mediani, kot je razvidno iz tabele 1. Zanimivi sta zlasti skupini 1 in 3. V skupini 1 so večinoma države, ki jih je Wardova metoda v prejšnji

analizi razvrstila v skupino 1, v skupini 3 pa večinoma države, ki jih je Wardova metoda razvrstila v skupino 3.

Tabela 1: Ameriške zvezne države glede na odstotek odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in zavarovanja

		Odrasli z duševno boleznijo brez zdravljenja (%)	
		≤ 24,8 %	> 24,8 %
Odrasli z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja (%)	≤ 7,0 %	<b>Skupina 2</b> Connecticut Havaji Illinois Kalifornija Kentucky Louisiana Maine Oklahoma Vermont Virginija	<b>Skupina 1</b> Iowa Kolorado Maryland Massachusetts Michigan Nevada New Hampshire New Jersey New York Ohio Oregon Pensilvanija Rhode Island Washington Wisconsin
	> 7,0 %	<b>Skupina 3</b> Alabama Arkansas Florida Georgia Idaho Južna Dakota Južna Karolina Kansas Misisipi Missouri Severna Karolina Tennessee Zahodna Virginija	<b>Skupina 4</b> Aljaska Arizona Indiana Minnesota Montana Nebraska Nova Mehika Severna Dakota Teksas Utah Wyoming

Opomba: Modra barva označuje države iz skupine 1, zelena barva države iz skupine 2, rumena barva pa države iz skupine 3.

Vir podatkov: Reinert, Nguyen in Fritze (2025), lastni izračuni.

## 4 Razprava

Kriza duševnega zdravja je opozorila na ovire pri preprečevanju in zdravljenju duševnih bolezni, kot sta

dostop do zdravstvenega varstva in zavarovanja (Abrams, 2024; Bernasek & Perry, 2025; Druss & Rosenheck, 1998; Freed, Humensky & Areán, 2024; Heboyan idr., 2021; Lee & Kim, 2020; Walker idr., 2015; Yörük & Han, 2024). V literaturi so opisane različne determinante duševnega zdravja: biološke<sup>1</sup>, okoljske<sup>2</sup>, politične<sup>3</sup>, psihološke<sup>4</sup>, socialne<sup>5</sup> in tehnološke<sup>6</sup>, ki determinirajo stanje duševnega počutja. Romih in Kumer (2025) sta ugotovila, da med ameriškimi zveznimi državami obstajajo razlike v dostopu do zdravstvenega varstva in zavarovanja, ki bi jih bilo treba odpraviti. Tako ne preseneča, da je raziskava, katere rezultate smo predstavili v prejšnjem poglavju, pokazala, da je ameriške zvezne države mogoče razvrstiti v tri skupine. V prvi skupini so države z visokim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in nizkim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja. V drugi skupini so države s srednjim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in srednjim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja. V tretji skupini pa so države z nizkim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravljenja in visokim odstotkom odraslih z duševno boleznijo brez zdravstvenega zavarovanja. To kaže, da z vidika duševne higijene ni vseeno, v kateri ameriški zvezni državi kdo živi, kar povzroča potrebo po ugotavljanju vzrokov in posledic razlik med njimi. Pri tem moramo upoštevati determinante preventive in kurative (Donnelly & Farina, 2025).

## 5 Sklep

Skrb za ohranjanje zdravih duševnih funkcij bi morala biti prednostna naloga posameznika in družbe, ki sicer posveča premalo pozornosti dejavnikom duševnega zdravja. Lep primer sta dostop do preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva ter zdravstvenega zavarovanja, zlasti na področju duševnega zdravja. Živimo v svetu, kjer so duševne stiske posledica različnih dejavnikov, npr. pretiranih zahtev po uspehu, značilnih za kulturo uspeha (Hudson idr., 2024). Pod pritiskom so tako (mlajši in starejši) otroci kot tudi (mlajši in starejši) odrasli, kar stanje še poslabšuje.

Ta članek ponuja vpogled v stanje v ZDA, ki so v krizi duševnega zdravja, kar se kaže tudi v povečanem številu smrti zaradi predoziranja z zdravili ali psihoaktivnimi substancami ter samomorov. Raziskava med ameriškimi zveznimi državami je pokazala razlike med njimi, ki lahko vplivajo na izide prepoznavanja in

---

<sup>1</sup> Gl. Remes, Mendes in Templeton (2021).

<sup>2</sup> Gl. Barnor (2025), Kambeitz in Meyer-Lindenberg (2025), Makram et al. (2024).

<sup>3</sup> Gl. Shim in Taylor-Desir (2022).

<sup>4</sup> Gl. Remes, Mendes in Templeton (2021).

<sup>5</sup> Gl. Jeste et al. (2025), Kambeitz in Meyer-Lindenberg (2025), Remes, Mendes in Templeton (2021).

<sup>6</sup> Gl. Kim, Xu in Wang (2022).

zdravljenja duševnih bolezni. Pri tem je treba omeniti, da smo upoštevali le podatke za leti 2022 in 2023. Menimo, da bi bilo smiselno raziskavo razširiti na druga leta in upoštevati dinamiko gibanja kazalnikov duševnega zdravja, saj bi to omogočilo poglobljen vpogled v stanje na tem področju. Tema si vsekakor zasluži več pozornosti, saj je duševno zdravje še vedno tabuizirano.

## Literatura in viri


1. Abrams, Z. (2024). How insurance woes are impacting mental health care. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/insurance-mental-health-care>
2. Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: A narrative review. *Cureus*, 15(5), e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>
3. Alqahtani, R., & Pringle, A. (2024). The general impact of self-stigma of mental illness on adult patients with depressive disorders: A systematic review. *BMC Nursing*, 23, 432. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02047-z>
4. Barnor, K. (2025). The impact of air pollution on mental health: Evidence from Texas. *Journal of Environmental Economics and Management*, 133, 103198. <https://doi.org/10.1016/j.jeem.2025.103198>
5. Bernasek, A., & Perry, T. (2025). The corporate capitalist health insurance industry and America's mental health crisis. *Journal of Economic Issues*, 59(2), 381–391. <https://doi.org/10.1080/00213624.2025.2493527>
6. Canady, V. A. (2025). New data reveals uneven growth in U.S. MH provider density. *Mental Health Weekly*, 35, 4–5. <https://doi.org/10.1002/mhw.34532>
7. Cogan, N. A., Liu, X., Chin-Van Chau, Y., Kelly, S. W., Anderson, T., Flynn, C., & Corrigan, P. (2024). The taboo of mental health problems, stigma and fear of disclosure among Asian international students: Implications for help-seeking, guidance and support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 52(4), 697–715. <https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2214307>
8. Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
9. Donnelly, R., & Farina, M. P. (2025). Mapping mental health across US states: The role of economic and social support policies. *Milbank Quarterly*, 103(S1), 16–31. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.70015>
10. Druss, B. G., & Rosenheck, R. A. (1998). Mental disorders and access to medical care in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1775–1777. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1775>
11. Edward, M. (2025). Breaking the silence: Addressing stigma in mental health. *Discover Public Health*, 22, 441. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00803-3>
12. Erving, C. L., Satcher, L. A., Montúfar, S., & Thomas Tobin, C. S. (2025). Does the Black-White mental health paradox persist across U.S. geographical regions? *SSM – Mental Health*, 7, 100431. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100431>
13. Freed, M. C., Humensky, J. L., & Areán, P. A. (2024). PERSPECTIVE: A path to value-based insurance design for mental health services. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 27(1), 23–31.
14. Gautam, S., Jain, A., Chaudhary, J., Gautam, M., Gaur, M., & Grover, S. (2024). *Concept of mental health and mental well-being, its determinants and coping strategies*. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S231–S244. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_707\\_23](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_707_23)

15. Glew, S., & Chapman, B. (2016). Closing the gap between physical and mental health training. *British Journal of General Practice*, 66(651), 506–507. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687157>
16. Harkness, S. K., & Kroska, A. (2019). Self-stigma and the social interactions of mental health patients. In S. R. Thye & E. J. Lawler (Eds.), *Advances in group processes* (pp. 79–94). Emerald Publishing. <https://doi.org/10.1108/S0882-614520190000036007>
17. Heboyan, V., Douglas, M. D., McGregor, B., & Benevides, T. W. (2021). Impact of mental health insurance legislation on mental health treatment in a longitudinal sample of adolescents. *Medical Care*, 59(10), 939–946. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001619>
18. Hivet, C., & Bui, E. (2023). Stigmatization as a barrier to accessing mental health services: An editorial. *International Journal of Mental Health*, 52(2), 100–101. <https://doi.org/10.1080/00207411.2023.2206283>
19. Hudson, E., Pariseau-Legault, P., Cassivi, C., Chouinard, C., & Goulet, M. H. (2024). Mental health crisis: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1908–1920. <https://doi.org/10.1111/inm.13412>
20. Jeste, D. V., Smith, J., Lewis-Fernández, R., idr. (2025). *Addressing social determinants of health in individuals with mental disorders in clinical practice: Review and recommendations*. *Translational Psychiatry*, 15, 120. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03332-4>
21. Jun, H., & Aguila, E. (2021). Private insurance and mental health among older adults with multiple chronic conditions: A longitudinal analysis by race and ethnicity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052615>
22. Kågström, A., Guerrero, Z., Aliev, A. A., Tomášková, H., Rüscher, N., Ouali, U., Thornicroft, G., Sartorius, N., & Winkler, P. (2025). Mental health stigma and its consequences: A systematic scoping review of pathways to discrimination and adverse outcomes. *eClinicalMedicine*, 89, 103588. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103588>
23. Kambeitz, J., & Meyer-Lindenberg, A. (2025). *Modelling the impact of environmental and social determinants on mental health using generative agents*. *npj Digital Medicine*, 8, 36. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01422-z>
24. Kim, H. M., Xu, Y., & Wang, Y. (2022). Overcoming the mental health stigma through m-health apps: Results from the Healthy Minds Study. *Telemedicine and e-Health*, 28(10), 1534–1540. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0418>
25. Lee, J., & Kim, J. (2020). The role of health insurance in mental health care for young adults. *Applied Economics*, 52(42), 4577–4593. <https://doi.org/10.1080/00036846.2020.1738326>
26. Maclean, J. C., Tello-Trillo, S., & Webber, D. (2023). Losing insurance and psychiatric hospitalizations. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 205, 508–527. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.11.001>
27. Mahindru, A., Patil, P., & Agrawal, V. (2023). Role of physical activity on mental health and well-being: A review. *Cureus*, 15(1), e33475. <https://doi.org/10.7759/cureus.33475>
28. Makram, O. M., Pan, A., Maddock, J. E., & Kash, B. A. (2024). Nature and mental health in urban Texas: A NatureScore-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 168. <https://doi.org/10.3390/ijerph21020168>
29. Meiselbach, M. K., Ettman, C. K., Shen, K., Castrucci, B. C., & Galea, S. (2024). Unmet need for mental health care is common across insurance market segments in the United States. *Health Affairs Scholar*, 2(3), qxae032. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae032>
30. Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>



# UMRLJIVOST ZA RAKOM V DRŽAVAH EVRSKEGA OBMOČJA

Doc. dr. Dejan Romih, Univerza v Mariboru, Slovenija  

Dominik Škrinjar, dr. med., Univerza v Mariboru in Univerzitetni klinični center Maribor, Slovenija 

**Povzetek:** Rak je eden glavnih vzrokov prezgodnje smrti in posledično izgub produktivnosti plačanega in neplačanega dela, zato je treba upravljanju raka nameniti več pozornosti. V tem članku predstavljamo rezultate raziskave, v kateri smo analizirali umrljivost za rakom, pri čemer smo se osredotočili na države evrskega območja. Na podlagi podatkov za leto 2022 smo ugotovili, da med opazovanimi državami obstajajo razlike, ki bi jih bilo treba odpraviti. Rak namreč ni strošek le za zdravstvo, temveč tudi za gospodarstvo, zato bi bilo treba uvesti ukrepe za izboljšanje preventivne in kurativne skrbi za zdravje ljudi.

**Ključne besede:** evrsko območje, rak, stopnja umrljivosti

Cobiss: 1.04

## 1 Uvod

Rak je eden glavnih vzrokov prezgodnje smrti in posledično izgub produktivnosti plačanega in neplačanega dela. Podatki kažejo, da je leta 2022 za rakom umrlo 9,7 milijona ljudi (Bray idr., 2024), izgube produktivnosti plačanega in neplačanega dela zaradi prezgodnje smrti zaradi raka pa so znašale 566 milijard ameriških dolarjev (Kong idr., 2025). Od tega so izgube produktivnosti plačanega dela znašale 306 milijard ameriških dolarjev, izgube produktivnosti neplačanega dela pa 260 milijard ameriških dolarjev (ibid.). Kong idr. (2025) so ugotovili, da so bile izgube produktivnosti plačanega dela večje pri moških, izgube produktivnosti neplačanega dela pa večje pri ženskah, kar ne preseneča glede na njihovo tradicionalno skrb za družino in gospodinjstvo (gl. npr. Spitze & Loscocco, 1999; Pacheco Barzallo idr., 2024).

Podatki za leto 2018 kažejo podobno sliko. Ortega-Ortega idr. (2022) so ocenili izgube produktivnosti plačanega in neplačanega dela zaradi prezgodnje smrti zaradi raka leta 2018 v 31 evropskih državah. Izgube produktivnosti plačanega dela so znašale 52,9 milijarde evrov, izgube produktivnosti neplačanega dela pa 51,7 milijarde evrov, skupaj 104,6 milijarde evrov. Enako kot Kong idr. (2025) so ugotovili, da so bile izgube produktivnosti plačanega dela večje pri moških, izgube produktivnosti neplačanega dela pa večje pri ženskah. To potrjuje, da rak ni strošek le za zdravstvo, temveč tudi za gospodarstvo. Del tega bremena izvira iz raka, povezanega s humanimi papiloma virusi (HPV). Sabale idr. (2024) so ocenili, da so izgube produktivnosti dela zaradi prezgodnje smrti zaradi raka, povezanega s HPV, leta 2022 v 14 evropskih državah znašale 653 milijonov evrov, največ v Nemčiji.

Napoved do leta 2040 ni optimistična. Ortega-Ortega idr. (2023) so ocenili, da bo med letoma 2018 in 2040 v 31 evropskih državah za rakom umrlo 8 milijonov ljudi, izgube produktivnosti dela zaradi prezgodnje smrti zaradi raka pa bodo znašale 1291,4 milijarde evrov, največ v Nemčiji (288 milijard evrov), Franciji (192,1 milijarde evrov) in Združenem kraljestvu (179,5 milijarde evrov).

Stroškov za gospodarstvo ne povzročajo le izgube produktivnosti dela, temveč tudi odsotnosti z dela. Cong idr. (2022) so primerjali odsotnost z dela pri bolnikih z rakom v ZDA eno leto po diagnozi. Ugotovili so, da so bili bolniki z metastazami v povprečju odsotni z dela 106 dni, bolniki brez metastaz pa 46 dni.

V tem članku predstavljamo rezultate raziskave, v kateri smo analizirali umrljivost za rakom, pri čemer smo se osredotočili na države evrskega območja, vključno z Bolgarijo, ki je evro uvedla leta 2026.

Ta članek ima še štiri poglavja. V poglavju 2 podajamo metode, v poglavju 3 rezultate, v poglavju 4 razpravo, v poglavju 5 pa sklep.

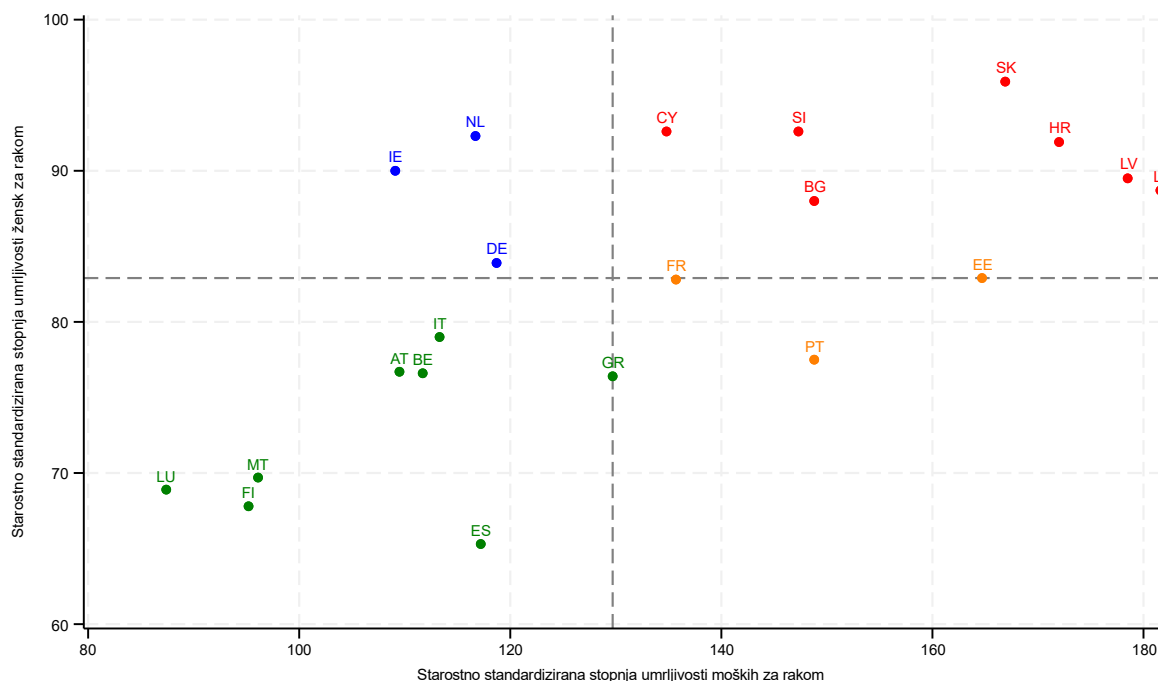
## 2 Metode

V raziskavi smo uporabili podatke o starostno standardizirani stopnji umrljivosti moških in žensk za rakom leta 2022, ki so dostopni na World Population Review (2025). Omejili smo se na države evrskega območja (21), med katerimi je od leta 2007 tudi Slovenija. Te države smo izbrali, da bi zapolnili vrzel v literaturi. Rezultate analize umrljivosti moških in žensk za rakom leta 2022 smo dopolnili z napovedjo števila umrlih za rakom in izgub produktivnosti dela zaradi prezgodnje smrti zaradi raka med letoma 2018 in 2040, ki so jo pripravili Ortega-Ortega idr. (2023).

## 3 Rezultati

Raziskava je pokazala, da je leta 2022 v evrskem območju za rakom umrlo 1.022.269 ljudi, največ v Nemčiji (253.170), Italiji (193.706) in Franciji (190.612). Med umrliimi je bilo 568.678 moških (55,6 %) in 453.591 žensk (44,4 %). Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev je za moške znašala od 87,4 v Luksemburgu do 181,6 v Litvi, za ženske pa od 65,3 v Španiji do 95,9 na Slovaškem. V vseh državah evrskega območja je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti najvišja pri moških (prim. Ortega-Ortega idr., 2023). Leta 2022 je v Sloveniji za rakom umrlo 6.898 ljudi, od tega 3.876 moških (56,2 %) in 3.022 žensk (43,8 %). V raziskavi smo primerjali starostno standardizirane stopnje umrljivosti za moške in ženske ter države evrskega območja glede na mediani razvrstili v štiri skupine (gl. sliko 1). V skupini 1 so države z visoko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti za rakom pri moških in ženskah (označene z rdečo): Ciper, Hrvaška, Latvija, Litva, Bolgarija, Slovenija in Slovaška. V skupini 2 so države z nizko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti za rakom pri moških in visoko pri ženskah (označene z modro): Irska, Nemčija in Nizozemska. V skupini 3 so države z visoko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti za rakom pri moških in nizko pri ženskah (označene z zeleno): Estonija, Francija in Portugalska. V skupini 4 so države z nizko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti za rakom pri moških in ženskah (označene z oranžno): Avstrija, Belgija, Finska, Grčija, Italija, Luksemburg, Malta in Španija. Najbolj problematične so zlasti vzhodne članice evrskega območja, vključno s Slovenijo (skupina 1). To zahteva ukrepanje. Zlasti ozaveščanje javnosti o pomenu zdravega načina življenja in izvajanje preventivnih presejalnih pregledov.

Slika 1: Starostno standardizirana umrljivost moških in žensk leta 2022 po državah evrskega območja



Vir podatkov: World Population Review (2025).

Raziskava, ki so jo izvedli Ortega-Ortega idr. (2023), je pokazala, da naj bi med letoma 2018 in 2040 v evrskem območju za rakom umrlo 5.240.652 ljudi, od tega 3.046.714 moških (58,1 %) in 2.193.938 žensk (41,9 %). Največ ljudi naj bi umrlo v Nemčiji (1.233.866), Franciji (1.007.048), Italiji (777.990) in Španiji (707.114), ki so najštevilčnejše članice evrskega območja. Avtorji ocenjujejo, da naj bi v istem obdobju v Sloveniji za rakom umrlo 36.070 ljudi, od tega 21.756 moških (60,3 %) in 14.314 žensk (39,7 %). Izgube produktivnosti dela na umrlega naj bi bile največje v Luksemburgu (269.259 evrov), na Irskem (242.319 evrov) in na Nizozemskem (242.283 evrov). V Sloveniji naj bi znašale 92.578 evrov.

Tabela 1: Napoved števila umrlih za rakom in izgub produktivnosti dela zaradi prezgodnje smrti zaradi raka med letoma 2018 in 2040 po državah evrskega območja

	Skupina	Število umrlih – moški	Število umrlih – ženske	Število umrlih – skupaj	Izgube produktivnosti dela (v milijonih evrov) – moški	Izgube produktivnosti dela (v milijonih evrov) – ženske	Izgube produktivnosti dela (v milijonih evrov) – skupaj	Izgube produktivnosti dela na umrlega (v evrih) – moški	Izgube produktivnosti dela na umrlega (v evrih) – ženske	Izgube produktivnosti dela na umrlega (v evrih) – skupaj
AT	●	69.813	54.981	124.794	18.000	8.600	26.600	257.477	156.479	212.980
BE	●	91.731	71.196	162.927	21.800	14.000	35.800	237.325	196.384	219.435
BG	●	88.304	56.624	144.928	2.920	1.870	4.790	33.058	33.100	33.074

HR	●	49.203	30.710	79.913	2.750	1.480	4.230	55.955	48.061	52.921
CY	●	9.052	6.672	15.724	1.620	737	2.357	178.500	110.529	149.658
EE	●	13.055	8.619	21.674	1.030	631	1.661	79.099	73.276	76.783
FI	●	28.747	24.051	52.798	7.380	5.130	12.510	256.754	213.506	237.053
FR	●	611.541	395.507	1.007.048	125.000	67.100	192.100	203.669	169.743	190.345
DE	●	700.824	533.042	1.233.866	186.000	102.000	288.000	264.723	192.245	233.412
GR	●	113.173	67.328	180.501	11.600	4.400	16.000	102.456	65.336	88.610
IE	●	30.607	31.691	62.298	8.930	6.160	15.090	291.799	194.532	242.319
IT	●	426.227	351.763	777.990	82.000	39.200	121.200	192.409	111.399	155.781
LV	●	22.485	14.746	37.231	1.340	895	2.235	59.817	60.711	60.171
LT	●	36.041	21.256	57.297	1.910	1.090	3.000	53.020	51.084	52.301
LU	●	4.149	3.390	7.539	1.240	788	2.028	299.150	232.676	269.259
MT	●	3.460	2.440	5.900	431	164	595	124.565	67.183	100.834
NL	●	116.587	124.709	241.296	34.500	23.900	58.400	296.037	192.030	242.283
PT	●	112.351	56.512	168.863	13.700	4.880	18.580	121.897	86.441	110.031
SK	●	68.467	46.414	114.881	4.650	2.510	7.160	67.953	54.014	62.321
SI	●	21.756	14.314	36.070	2.090	1.250	3.340	95.997	87.381	92.578
ES	●	429.141	277.973	707.114	61.500	29.500	91.000	143.278	106.178	128.694

Vir podatkov: Ortega-Ortega idr. (2023).

#### 4 Razprava

Rezultati so pokazali, da se je starostno standardizirana stopnja umrljivosti za rakom pri moških in ženskah leta 2022 med državami evrskega območja razlikovala. Strokovnjaki (Chacko & Ankri, 2024; Chhatwal idr., 2025; Crosby idr., 2022; Lin idr., 2025; Schiffman, Fisher & Gibbs, 2015) se strinjajo, da je zgodnje odkrivanje raka najučinkovitejši način za zmanjšanje umrljivosti. Raka je namreč lažje zdraviti, če ga odkrijemo dovolj zgodaj (Chhatwal idr., 2025). Pri tem si lahko pomagamo z umetno inteligenco (Ahmad & Alqurashi, 2024; Martin-Alonso idr., 2026).

Ortega-Ortega idr. (2022, 2023) so ugotovili, da so stopnje umrljivosti za rakom višje v vzhodnoevropskih kot v zahodnoevropskih državah. Enako je pokazala tudi naša raziskava, zlasti pri moških. Tudi druge raziskave (He idr., 2022; Najari idr., 2013) so pokazale, da je stopnja umrljivosti za rakom pri moških višja kot pri ženskah (prim. Rodet idr., 2025), kar povzroča potrebo po ukrepanju.

Te razlike pa niso posledica le demografskih dejavnikov, temveč tudi razlik v dostopu do preventivnega in

kurativnega zdravljenja ter organiziranih presejalnih programov, ki so se izkazali za učinkovite. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*) poudarja, da je zgodnje odkrivanje raka najučinkovitejši način za zmanjšanje umrljivosti, pri čemer organizirani presejalni programi povečujejo možnost preživetja (OECD, 2024). Zielonke idr. (2020) so ugotovili, da je uvedba organiziranega presejanja dojk zmanjšala umrljivost žensk za to boleznijo.

Kljub učinkovitosti organiziranih presejalnih programov med državami še vedno obstajajo razlike v dostopu do teh programov. Po podatkih Evropske komisije se delež presejanih oseb med državami razlikuje: za raka dojk znaša od 6 % do 90 %, za raka materničnega vratu pa od 25 % do 80 %, kar kaže na razlike v presejalnih politikah (European Commission, 2025a).

Po podatkih Evropskega informacijskega sistema o raku (angl. *European Cancer Information System*) je tveganje za smrt zaradi raka večje pri moških kot pri ženskah (13 % proti 8 %), kar deloma odraža razlike v izpostavljenosti dejavnikom tveganja, kot sta alkohol in kajenje, ter manjšo udeležbo moških v presejalnih programih (Joint Research Centre, 2025). Poročilo Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj poudarja, da moški z nižjo izobrazbo dosegajo višje stopnje umrljivosti kot moški z višjo izobrazbo, kar kaže na pomembno vlogo socialnih determinant zdravja (OECD, 2024).

Poleg tradicionalnih presejalnih metod je v evropskem prostoru vse več razprav o vključevanju umetne inteligence. Čeprav je uporaba UI še v zgodnji fazi in jo trenutno uporablja le nekaj držav, začetni projekti kažejo, da lahko umetna inteligenca optimizira zaznavanje raka (npr. pri mamografiji) in zmanjša obremenitev zdravstvenih delavcev, kar lahko izboljša učinkovitost presejalnih programov (Silva idr., 2023).

Celoviti programi, kot je EUCanScreen, ki delujejo v okviru Europe's Beating Cancer Plan, si prizadevajo standardizirati presejalne programe po vsej EU, vključiti personalizirano presejanje in metode, temelječe na tveganju, ter podpreti stroškovno učinkovitost in trajnost teh programov. To bi lahko pomembno prispevalo k zmanjšanju neenakosti v umrljivosti in izboljšanju izidov zdravljenja (European Commission, 2025b).

Te ugotovitve poudarjajo, da sta preventiva in zgodnje odkrivanje raka s sodobnimi presejalnimi orodji ključna za zmanjševanje umrljivosti in neenakosti med evropskimi državami. Integracija teh pristopov v nacionalne zdravstvene sisteme ter odprava neenakosti v dostopu bosta odločilnega pomena za nadaljnje izboljšanje zdravstvenih izidov onkoloških bolnikov.

## 5 Sklep

Namen tega članka je predstaviti stanje na področju umrljivosti za rakom v evrskem območju. Ugotovili smo, da med članicami obstajajo razlike, ki bi jih bilo treba odpraviti. To povzroča potrebo po uvedbi preventivnih in kurativnih ukrepov, prilagojenih spolu, starosti in drugim dejavnikom tveganja. Rak namreč povzroča stroške za družbo kot celoto, zato bi bilo treba sprejeti ukrepe, ki bi v celotnem življenjskem ciklusu zmanjševali tveganje za nastanek raka. To bi pozitivno vplivalo na zdravstvo in gospodarstvo.


## Literatura in viri

1. Ahmad, I., & Alqurashi, F. (2024). Early cancer detection using deep learning and medical imaging: A survey. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 204, 104528. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2024.104528>
2. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., idr. (2024). *Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
3. Chacko, N., & Ankri, R. (2024). Non-invasive early-stage cancer detection: Current methods and future perspectives. *Clinical and Experimental Medicine*, 25(1), 17. <https://doi.org/10.1007/s10238-024-01513-x>
4. Chhatwal, J., Xiao, J., ElHabr, A., Tyson, C., Cao, X., Raoof, S., Fendrick, A. M., Ozbay, A. B., Limburg, P. J., Beer, T. M., Deshmukh, A., & Briggs, A. (2025). The potential of multi-cancer early detection screening in reducing cancer incidence and mortality in high-risk groups: A modeling study. *Journal of Clinical Oncology*, 43(16\_suppl), 10542. [https://doi.org/10.1200/JCO.2025.43.16\\_suppl.10542](https://doi.org/10.1200/JCO.2025.43.16_suppl.10542)
5. Cong, Z., Tran, O., Nelson, J., Silver, M., & Chung, K. (2022). Productivity loss and indirect costs for patients newly diagnosed with early- versus late-stage cancer in the USA: A large-scale observational research study. *Applied Health Economics and Health Policy*, 20(6), 845–856. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00753-w>
6. Crosby, D., Bhatia, S., Brindle, K. M., Coussens, L. M., Dive, C., Emberton, M., Esener, S., Fitzgerald, R. C., Gambhir, S. S., Kuhn, P., Rebbeck, T. R., & Balasubramanian, S. (2022). Early detection of cancer. *Science*, 375(6586), eaay9040. <https://doi.org/10.1126/science.aay9040>
7. European Commission. (2025a). *A cancer plan for Europe*. [https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union/cancer-plan-europe\\_en](https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union/cancer-plan-europe_en)
8. European Commission. (2025b). *EUCanScreen: United for effective cancer screening*. [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer/europes-beating-cancer-plan-eu4health-financed-projects/projects/eucanscreen\\_en](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer/europes-beating-cancer-plan-eu4health-financed-projects/projects/eucanscreen_en)
9. He, Y., Su, Y., Zeng, J., et al. (2022). Cancer-specific survival after diagnosis in men versus women: A pan-cancer analysis. *MedComm*, 3, e145. <https://doi.org/10.1002/mco2.145>
10. Joint Research Centre. (2025, December 17). *The latest EU cancer data: what is new?* European Commission – Joint Research Centre. [https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/latest-eu-cancer-data-what-new-2025-12-17\\_en](https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/latest-eu-cancer-data-what-new-2025-12-17_en)
11. Kong, Y.-C., Niyigaba, J., Tran, P. B., Vignat, J., Bray, F., Gauvreau, C. L., Hanly, P., Pearce, A., de Camargo Cancela, M., Ortega-Ortega, M., Bhoo-Pathy, N., Ilbawi, A., Meheus, F., & Soerjomataram, I. (2025). Global paid and unpaid productivity losses

- due to cancer-related mortality. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 117(12), 2612–2620. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaf193>
12. Lin, S., Liu, Q., Yin, L., et al. (2025). Global, regional, and national trends and inequality analysis of the total cancers and 29 cancer types from 1990 to 2021. *BMC Public Health*, 25, 3494. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24671-3>
  13. Martin-Alonso, C., Alamdari, S., Samad, T. S., et al. (2026). Deep learning guided design of protease substrates. *Nature Communications*, 17, 54. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-67226-1>
  14. Najari, B. B., Rink, M., Li, P. S., Karakiewicz, P. I., Scherr, D. S., Shabsigh, R., Meryn, S., Schlegel, P. N., & Shariat, S. F. (2013). Sex disparities in cancer mortality: The risks of being a man in the United States. *The Journal of Urology*, 189(4), 1470–1474. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.11.153>
  15. OECD. (2024). *Beating cancer inequalities in the EU: Spotlight on cancer prevention and early detection* (OECD Health Policy Studies). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>
  16. Ortega-Ortega, M., Hanly, P., Pearce, A., Soerjomataram, I., & Sharp, L. (2022). Paid and unpaid productivity losses due to premature mortality from cancer in Europe in 2018. *International Journal of Cancer*, 150(4), 580–593. <https://doi.org/10.1002/ijc.33826>
  17. Ortega-Ortega, M., Hanly, P., Pearce, A., Soerjomataram, I., & Sharp, L. (2023). Projected impact on labour productivity costs of cancer-related premature mortality in Europe 2018–2040. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21, 877–889. <https://doi.org/10.1007/s40258-023-00824-6>
  18. Pacheco Barzallo, D., Schnyder, A., Zanini, C., et al. (2024). Gender differences in family caregiving: Do female caregivers do more or undertake different tasks? *BMC Health Services Research*, 24, 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11191-w>
  19. Rodet, N., Zahed, H., Colombet, M., Bray, F., & McCormack, V. (2025). Understanding age and sex differentials in cancer incidence and mortality: An international population-based study. *International Journal of Cancer*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ijc.70244>
  20. Sabale, U., Bencina, G., Subash, V., Meiwald, A., Hughes, R., Fox, A., & Jariene, K. (2024). The productivity loss associated with HPV-related cancer mortality in Europe: Years of life lost and productivity costs. *Journal of Medical Economics*, 27(Suppl. 2), 62–74. <https://doi.org/10.1080/13696998.2025.2528518>
  21. Schiffman, J. D., Fisher, P. G., & Gibbs, P. (2015). Early detection of cancer: Past, present, and future. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 35, 57–65. [https://doi.org/10.14694/EdBook\\_AM.2015.35.57](https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2015.35.57)
  22. Silva, H. E. C. D., Santos, G. N. M., Leite, A. F., Mesquita, C. R. M., Figueiredo, P. T. S., Stefani, C. M., & de Melo, N. S. (2023). The use of artificial intelligence tools in cancer detection compared to the traditional diagnostic imaging methods: An overview of the systematic reviews. *PLOS ONE*, 18(10), e0292063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292063>
  23. Spitze, G., & Loscocco, K. (1999). *Women's position in the household*. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 39(5), 647–661. [https://doi.org/10.1016/S1062-9769\(99\)00022-8](https://doi.org/10.1016/S1062-9769(99)00022-8)
  24. World Population Review. (2025). *Cancer rates by country 2025*. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/cancer-rates-by-country>
  25. Zielonke, N., Gini, A., Jansen, E. E. L., Anttila, A., Segnan, N., Ponti, A., Veerus, P., de Koning, H. J., van Ravesteyn, N. T., Heijnsdijk, E. A. M., & EU-TOPIA consortium. (2020). Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 127, 191–206. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.010>

# RAZMERJE MED POJAVNOSTJO IN UMRLJIVOSTJO ZA RAKOM V DRŽAVAH EVRSKEGA OBMOČJA

Doc. dr. Dejan Romih, Univerza v Mariboru, Slovenija  

Dominik Škrinjar, dr. med., Univerza v Mariboru in Univerzitetni klinični center Maribor, Slovenija 

**Povzetek:** V tem članku analiziramo razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom v državah evrskega območja, pri čemer uporabljamo podatke za leto 2022, dostopne na spletišču Global Cancer Observatory. Ugotovili smo, da se države evrskega območja razlikujejo v stopnji pojavnosti in umrljivosti moških in žensk za rakom ter v razmerju med njima, kar kaže na potrebo po ukrepanju. Rezultati t-testov so pokazali, da sta bili starostno standardizirani stopnji pojavnosti in umrljivosti za rakom v državah evrskega območja statistično značilno višji pri moških kot pri ženskah, razmerje med njima pa je bilo statistično značilno nižje pri moških kot pri ženskah.

**Ključne besede:** evrsko območje, rak, stopnja umrljivosti

Cobiss: 1.04

## 1 Uvod

Rak je bolezen, za katero je zbolelo in umrlo že veliko ljudi (Elmadani idr., 2025; Siegel idr., 2026). Leta 2022 je v evrskem območju za rakom zbolelo 2.427.999 ljudi, od tega 1.312.764 moških (54,1 %) in 1.115.235 žensk (45,9 %), umrlo pa je 1.022.269 ljudi, od tega 568.678 moških (55,6 %) in 453.591 žensk (44,4 %) (International Agency for Research on Cancer, 2025). Tako ne preseneča, da se o raku veliko govori in piše.

Namen tega članka je analizirati razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom v državah evrskega območja ter položaj Slovenije na tem področju. Podatki namreč kažejo, da sta leta 2022 v Sloveniji za rakom zboleli 14.402 osebi, od tega 7.838 moških (54,4 %) in 6.564 žensk (45,6 %), umrlo pa je 6.898 ljudi, od tega 3.876 moških (56,2 %) in 3.022 žensk (43,8 %) (International Agency for Research on Cancer, 2025). To Slovenijo postavlja v slab položaj. Pri moških je prevladoval rak prostate (22,5 %), sledila sta rak pljuč (13,3 %) in rak debelega črevesa (12,2 %), pri ženskah pa rak dojk (25,3 %), sledila sta rak pljuč (10,5 %) in rak debelega črevesa (9,5 %), podobno kot pri moških (International Agency for Research on Cancer, 2024a). Največ ljudi (19,0 %) je umrlo za rakom pljuč, sledila sta rak debelega črevesa (10,7 %) in rak prostate (7,0 %). Za rakom pljuč je umrlo 1.312 ljudi (prav tam).

Ta članek ima še štiri poglavja. V poglavju 2 podajamo metode, v poglavju 3 rezultate, v poglavju 4 razpravo, v poglavju 5 pa sklep.

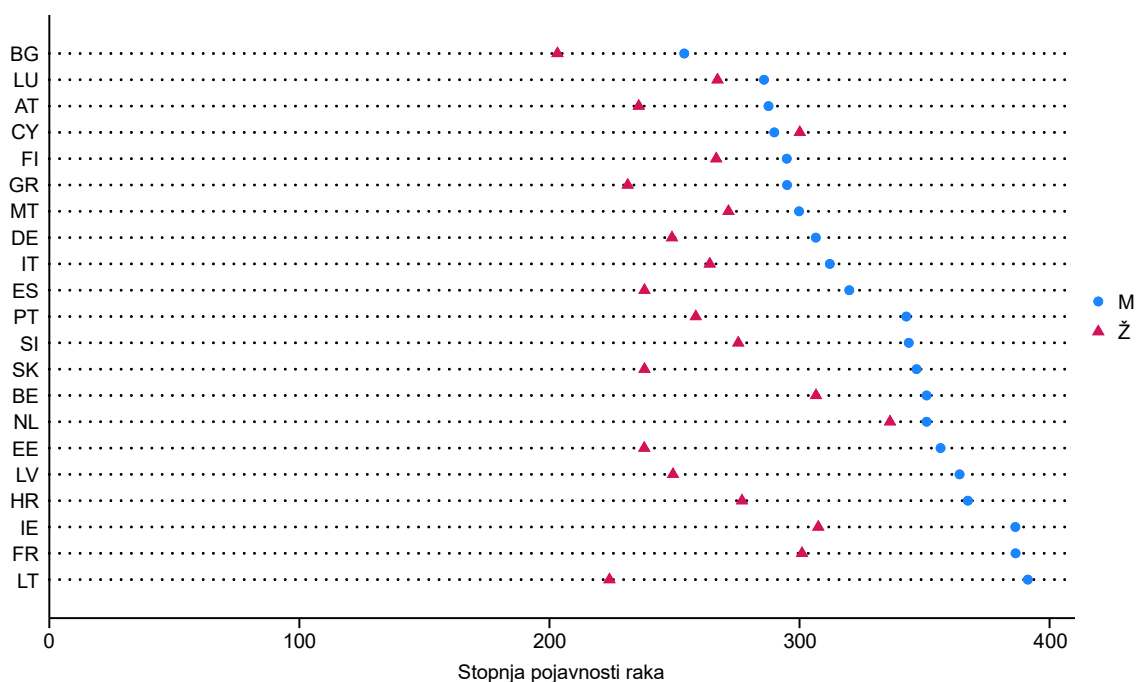
## 2 Metode

Ta članek temelji na raziskavi, v kateri smo primerjali stopnje pojavnosti in umrljivosti ter razmerja med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom v državah evrskega območja. Uporabili smo podatke o starostno standardizirani stopnji pojavnosti raka, starostno standardizirani stopnji umrljivosti za rakom ter razmerju med njima, ki so dostopni na spletišču Global Cancer Observatory (<https://gco.iarc.fr/>). V raziskavi smo opazovali naslednje države: Avstrijo, Belgijo, Bolgarijo, Ciper, Estonijo, Finsko, Francijo, Grčijo, Hrvaško, Irsko, Italijo, Latvijo, Litvo, Luksemburg, Malto, Nemčijo, Nizozemsko, Portugalsko, Slovaško, Slovenijo in Španijo. Razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom smo izračunali tako, da smo starostno standardizirano stopnjo pojavnosti delili s starostno standardizirano stopnjo umrljivosti. Vse izračune smo opravili v programu StataNow 19.5 (StataCorp LLC, 2025), vključno s testi normalnosti in parnimi t-testi.

### 3 Rezultati

Raziskava je pokazala, da je bila starostno standardizirana stopnja pojavnosti raka na 100.000 prebivalcev leta 2022 v vseh državah evrskega območja, razen na Cipru, pri moških višja kot pri ženskah. Pri moških je znašala od 253,9 v Bolgariji do 391,3 v Litvi, pri ženskah pa od 203,2 v Bolgariji do 336,2 na Nizozemskem. V Sloveniji je starostno standardizirana stopnja pojavnosti raka na 100.000 prebivalcev pri moških znašala 343,7, pri ženskah pa 275,5, kar Slovenijo po obeh kazalnikih uvršča v zgornjo polovico držav. Mediana pri moških je znašala 342,7, pri ženskah pa 264,1. Rezultati parnega t-testa so pokazali, da je bila starostno standardizirana stopnja pojavnosti raka v državah evrskega območja statistično značilno višja pri moških kot pri ženskah ( $t(20) = 7,40, p < 0,001$ ), in sicer s povprečno razliko 66,35 na 100.000 prebivalcev (95-odstotni interval zaupanja [47,64, 85,06]).<sup>1</sup>

Slika 1: Stopnja pojavnosti raka po državah evrskega območja



Vir podatkov: International Agency for Research on Cancer (2025).

<sup>1</sup> Normalnost porazdelitve razlik smo preverili s Shapiro–Wilkovim testom, ki ni pokazal statistično značilnega odstopanja od normalne porazdelitve ( $W = 0,98; p = 0,95$ ), zato smo uporabili parni t-test.

Romih in Škrinjar (2025) sta ugotovila, da je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti za rakom na 100.000 prebivalcev leta 2022 v vseh državah evrskega območja pri moških višja kot pri ženskah. Pri moških je znašala od 87,4 v Luksemburgu do 181,6 v Litvi, pri ženskah pa od 65,3 v Španiji do 95,9 na Slovaškem. To je razvidno s slike 2. Rezultati parnega t-testa so pokazali, da je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti za rakom v državah evrskega območja statistično značilno višja pri moških kot pri ženskah ( $t(20) = 9,79, p < 0,001$ ), in sicer s povprečno razliko 50,22 na 100.000 prebivalcev (95-odstotni interval zaupanja [39,52; 60,93]).<sup>2</sup>

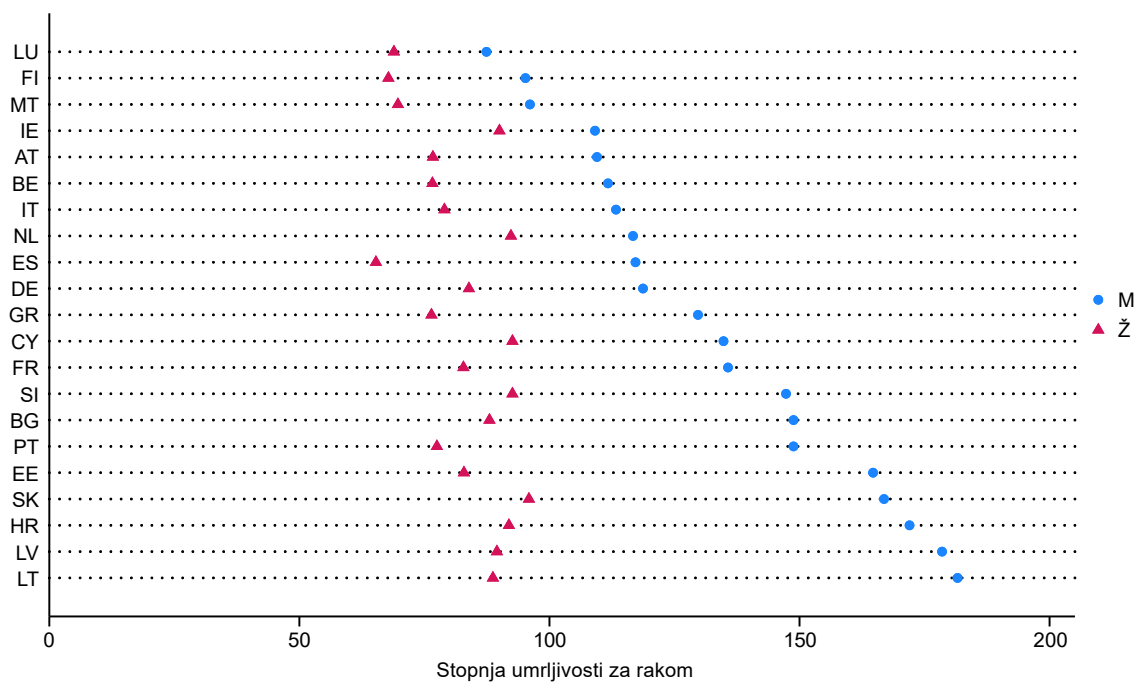
V Sloveniji je starostno standardizirana stopnja umrljivosti za rakom na 100.000 prebivalcev pri moških znašala 147,3, pri ženskah pa 92,6, kar Slovenijo ponovno uvršča v zgornjo polovico držav (mediana pri moških je znašala 129,7, pri ženskah pa 82,9). Alarmantno je, da je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti za rakom v Sloveniji pri moških približno 1,6-krat višja kot pri ženskah. To zahteva ugotavljanje vzrokov in sprejemanje ukrepov za zmanjšanje razlik med spoloma, npr. personalizirano presejanje raka (The Lancet Public Health, 2025), ki ima prednosti in pomanjkljivosti (Dunlop idr., 2024; Tan idr., 2025). Ena od prednosti je tudi gospodarna raba virov.

S slike 2 je razvidno, da je bila najmanjša razlika med spoloma v Luksemburgu, največja pa v Litvi. Stanje v Luksemburgu je zlasti posledica izvajanja organiziranih populacijskih presejalnih programov za raka, ki so prispevali k zmanjšanju umrljivosti za spolno specifičnimi vrstami raka (Mafra idr., 2024). Leta 2022 je v Luksemburgu za rakom umrlo 1.093 ljudi, od tega 268 za rakom pljuč (24,5 %), 120 za rakom debelega črevesa (11,0 %), 105 za rakom dojk (9,6 %), 88 za rakom trebušne slinavke (8,1 %) in 62 za rakom prostate (5,7 %) (International Agency for Research on Cancer, 2024b).

---

<sup>2</sup> Normalnost porazdelitve razlik smo preverili s Shapiro–Wilkovim testom, ki ni pokazal statistično značilnega odstopanja od normalne porazdelitve ( $W = 0,93; p = 0,160$ ), zato smo uporabili parni t-test.

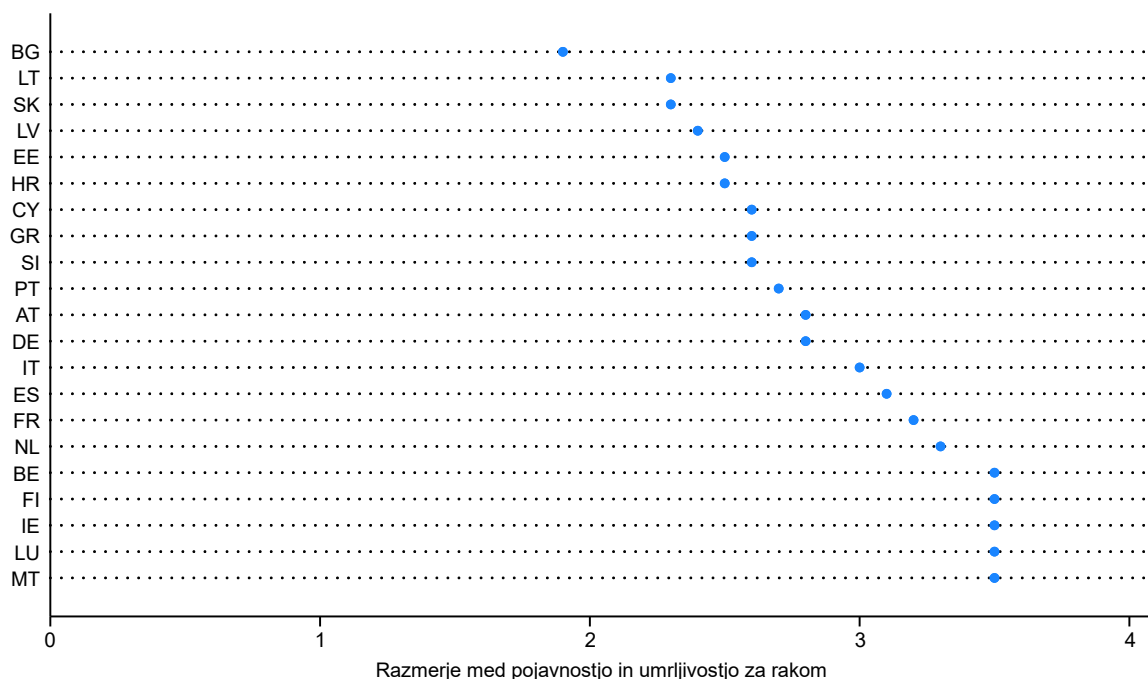
Slika 2: Stopnja umrljivosti za rakom po državah evrskega območja



Vir podatkov: International Agency for Research on Cancer (2025).

Slika 3 prikazuje razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom leta 2022. S slike je razvidno, da je bilo to razmerje najnižje v Bolgariji (1,9), najvišje pa v petih državah evrskega območja: v Belgiji (3,5), na Finskem (3,5), Irskem (3,5), v Luksemburgu (3,5) in na Malti (3,5). V Sloveniji je razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom znašalo 2,6, kar Slovenijo uvršča v spodnjo polovico držav. Mediana je namreč znašala 2,8. V spodnji polovici so tudi Avstrija, Bolgarija, Ciper, Estonija, Grčija, Hrvaška, Latvija, Litva, Nemčija, Portugalska in Slovaška.

Slika 3: Razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom po državah evrskega območja

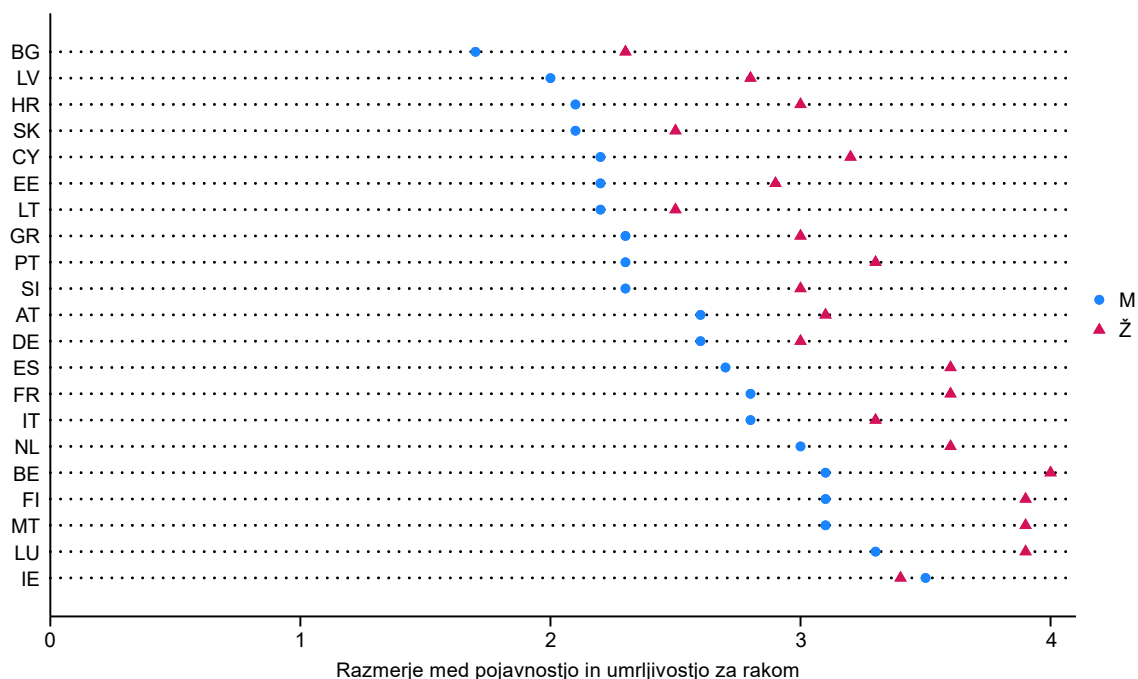


Vir podatkov: International Agency for Research on Cancer (2025).

Slika 4 prikazuje razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom pri moških in ženskah leta 2022. S slike je razvidno, da je bilo razmerje pri moških najnižje v Bolgariji (1,7) in najvišje na Irskem (3,5), pri ženskah pa najnižje v Bolgariji (2,3) in najvišje v Belgiji (4,0). V Sloveniji je razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom pri moških znašalo 2,3, pri ženskah pa 3,0, kar Slovenijo ponovno uvršča v spodnjo polovico držav. Mediana pri moških je namreč znašala 2,6, pri ženskah pa 3,2. Najmanjša razlika med spoloma je bila na Irskem, največja pa na Cipru in Portugalskem. Rezultati parnega t-testa so pokazali, da je bilo razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom v državah evrskega območja statistično značilno nižje pri moških kot pri ženskah ( $t(20) = -11,42, p < 0,001$ ), in sicer s povprečno razliko  $-0,66$  (95-odstotni interval zaupanja  $[-0,78; -0,54]$ ).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Normalnost porazdelitve razlik smo preverili s Shapiro–Wilkovim testom, ki ni pokazal statistično značilnega odstopanja od normalne porazdelitve ( $W = 0,92; p = 0,089$ ), zato smo uporabili parni t-test.

Slika 4: Razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom pri moških in ženskah po državah evrskega območja



Vir podatkov: International Agency for Research on Cancer (2025).

#### 4 Razprava

Raziskava je potrdila, da se države evrskega območja razlikujejo v stopnji pojavnosti in umrljivosti moških in žensk za rakom ter v razmerju med njima, kar je bilo pričakovano glede na literaturo (gl. npr. Elmadani idr., 2025). To postavlja pod vprašaj njihovo sposobnost obvladovanja raka. Lep primer je Bolgarija, ki kljub dejavnikom tveganja ne izvaja organiziranega populacijskega presejanja raka. Leta 2022 je v Bolgariji za rakom umrlo 18.794 ljudi, od tega 10.763 moških in 8.031 žensk (International Agency for Research on Cancer, 2024c). Pri moških je prevladoval rak prostate, pri ženskah pa rak dojk (prav tam), podobno kot v Sloveniji. Takšna razmerja po spolu so skladna s trendi, ki jih opažamo tudi v drugih evropskih državah, vključno s Slovenijo, kjer prevladujeta rak dojk in rak prostate (OECD, 2023). Raziskovalci (Grancharova idr., 2023; Sokolova, Hadzhideleva & Gavrailova, 2021; Vasileva-Slaveva, 2025) se strinjajo, da bi zgodnje odkrivanje raka povečalo možnosti za preživetje bolnikov.

Kljub temu da rak dojk in rak prostate sodita med vodilne vzroke umrljivosti za rakom, se učinkovitost presejalnih programov med državami razlikuje. Organizirani populacijski presejalni programi za posamezne vrste raka so prispevali k zmanjšanju umrljivosti za temi boleznimi, zlasti v državah, kjer so ustrezno organizirani in dosegajo visoko udeležbo ciljne populacije. Nasprotno pa organizirano presejanje raka

prostate v večini evropskih držav še ni enotno uveljavljeno, kar se odraža v razlikah v obvladovanju bolezni. V številnih evropskih državah je organizirano presejanje raka dojk povezano z zmanjšano umrljivostjo, vendar med državami še vedno obstajajo pomembne razlike v obsegu izvajanja in doseženi učinkovitosti presejalnih programov (Zielonke idr., 2020).

## 5 Sklep

Analiza podatkov o pojavnosti in umrljivosti za rakom v državah evrskega območja je pokazala razlike med spoloma, ki bi jih bilo treba odpraviti ali vsaj zmanjšati. To povzroča potrebo po učinkovitejšem upravljanju z rakom, vključno z ozaveščanjem javnosti o pomenu zdravega načina življenja. Prav tako bi bilo treba podati pregled dobre prakse v evrskem območju, saj podatki o starostno standardizirani stopnji pojavnosti in umrljivosti zaradi raka kažejo razlike v upravljanju z rakom.

Rezultati raziskave so pokazali tudi, da je razmerje med pojavnostjo in umrljivostjo za rakom pri moških navadno manjše kot pri ženskah, kar zahteva ugotavljanje vzrokov za to. Problem predstavljata tudi stigmatizacija bolnikov z rakom in strah pred stigmatizacijo (Johnson & Samson, 2024).


## Literatura in viri

1. Dunlop, K. L. A., Smit, A. K., Keogh, L. A., Newson, A. J., Rankin, N. M., & Cust, A. E. (2024). *Acceptability of risk-tailored cancer screening among Australian GPs: A qualitative study*. *British Journal of General Practice*, 74(740), e156–e164. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0117>
2. Elmadani, M., Mokaya, P. O., Omer, A. A. A., Kiptulon, E. K., Klara, S., & Orsolya, M. (2025). Cancer burden in Europe: A systematic analysis of the GLOBOCAN database (2022). *BMC Cancer*, 25(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-13862-1>
3. Grancharova, G., Aleksandrova-Yankulovska, S., Draganova, M., Saleva, M., Anov, A., Statev, K., Seizov, A., & Stateva, A. (2023). Trends in incidence of main types of cancer in Bulgarian women (2010–2021). *European Journal of Public Health*, 33(Supplement\_2), ckad160.1556. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1556>
4. International Agency for Research on Cancer. (2024a). *GLOBOCAN 2022: Slovenia fact sheet* (version 1.1). World Health Organization. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/705-slovenia-fact-sheet.pdf>
5. International Agency for Research on Cancer. (2024b). *GLOBOCAN 2022 Luxembourg fact sheet* (version 1.1) [PDF]. World Health Organization. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/442-luxembourg-fact-sheet.pdf>
6. International Agency for Research on Cancer. (2024c). *GLOBOCAN 2022: Bulgaria fact sheet* (version 1.1). World Health Organization. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/100-bulgaria-fact-sheet.pdf>
7. International Agency for Research on Cancer. (2025). *Global Cancer Observatory: Cancer today*. <https://gco.iarc.who.int/today/en>

8. Johnson, S. E., & Samson, M. (2024). Cancer stigma: The need for policy and programmatic action. *JNCI Monographs*, 2024(63), 45–50. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgae014>
9. Mafra, A., Weiss, J., Saleh, S., Weber, G., & Backes, C. (2024). Cancer mortality trends in Luxembourg: A 24-year descriptive study (1998–2021). *Cancer Epidemiology*, 93, 102648. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102648>
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *EU country cancer profile: Slovenia 2023*. OECD Publishing.   
[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/sl/publications/reports/2023/02/eu-country-cancer-profile-slovenia-2023\\_a9958054/fd31a438-sl.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/sl/publications/reports/2023/02/eu-country-cancer-profile-slovenia-2023_a9958054/fd31a438-sl.pdf)
11. Romih, D., & Škrinjar, D. (2025). Umrljivost za rakom v državah evrskega območja. *Ekonomija plus*, 4(2), 32–39.
12. Siegel, R. L., Kratzer, T. B., Wagle, N. S., Sung, H., & Jemal, A. (2026). *Cancer statistics, 2026*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, e70043. <https://doi.org/10.3322/caac.70043>
13. Sokolova, I., Hadzhideleva, D., & Gavrailova, D. (2021). Prevention of breast cancer in Bulgaria: Problems and priorities. *KNOWLEDGE – International Journal*, 49(4), 873–878. <https://ojs.ikm.mk/index.php/kij/article/view/4580>
14. StataCorp LLC. (2025). *Stata statistical software: Release 19.5* [Computer software]. <https://www.stata.com>
15. Tan, N. Q. P., Nargund, R. S., Douglas, E. E., Lopez-Olivo, M. A., Resong, P. J., Ishizawa, S., Nofal, S., Krause, K., Volk, R. J., & Toumazis, I. (2025). Acceptability and perceptions of personalised risk-based cancer screening among health-care professionals and the general public: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 10(2), e85–e96. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00278-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00278-0)
16. The Lancet Public Health. (2025). *Cancer screening: Putting people at the centre*. *The Lancet Public Health*, 10(2), e71. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00016-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00016-7)
17. Vasileva-Slaveva, M., Kostova-Lefterova, D., Simeonov, F., Yordanov, A., & Metodiev, M. (2025). Breast cancer in Bulgaria prior implementation of a national breast cancer screening program and certified breast centers. *Journal of Cancer Policy*, 43, 100531. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2024.100531>
18. Zielonke, N., Gini, A., Jansen, E. E. L., Anttila, A., Segnan, N., Ponti, A., Veerus, P., de Koning, H. J., van Ravesteyn, N. T., Heijnsdijk, E. A. M., & EU-TOPIA Consortium. (2020). Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 127, 191–206. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.010>

# Analiza zdravstvenega sistema na Japonskem in v Južni Koreji

Larisa Rola, študentka, Univerza v Mariboru, Slovenija

Jaka Rodošek, dipl. ekon. (UN), študent, Univerza v Mariboru, Slovenija 

Lana Smrke, študentka, Univerza v Mariboru, Slovenija

Anže Viher, dipl. ekon. (UN), študent, Univerza v Mariboru, Slovenija 

Doc. dr. Daniel Zdolšek, Univerza v Mariboru, Slovenija  

**Povzetek:** V prispevku predstavljamo primerjalno analizo zdravstvenih sistemov Japonske in Južne Koreje na podlagi izbranih kazalnikov. Obe izbrani državi sta gospodarsko visoko razviti in primerljivi, vendar se razlikujeta v obsegu javnega financiranja zdravstva. Rezultati kažejo, da imata Japonska in Južna Koreja podobno število zdravnikov na deset tisoč prebivalcev, a se pomembno razlikujeta v sestavi zdravstvenega osebja ter razpoložljivosti drugih zdravstvenih virov. Japonska izstopa po višjih javnih izdatkih za zdravstvo in zelo razviti zdravstveni infrastrukturi, medtem ko Južna Koreja dosega višji indeks zdravstvenega varstva in boljše ocene učinkovitosti ter tehnološke naprednosti sistema. Nadaljnja analiza dodatno pokaže, da državi sledita različnim razvojnim prioritetam kljub primerljivi ravni splošne razvitosti. Ugotoviti je mogoče, da sta zdravstvena sistema obeh držav primerljiva, a sta različno organizirana in usmerjena. Na podlagi ugotovitev iz raziskave so podana priporočila za oblikovalce zdravstvenih politik v obravnavanih državah.

**Ključne besede:** indeks zdravstvenega varstva, primerjalna analiza, zdravstvena infrastruktura, zdravstveni sistem

Cobiss: 1.04

## 1 Uvod

Japonska je otoška država v vzhodni Aziji, ki ima visoko stopnjo gospodarske razvitosti in ima eno največjih svetovnih gospodarstev. Južna Koreja je celinska država v vzhodni Aziji, in sicer na Korejskem polotoku. V obeh državah ima zgodovinska tradicija izjemen pomen ter pomembno oblikuje njuno družbo in kulturo. Obe državi sta med drugim znani po visoki stopnji industrijskega razvoja, tehnoloških inovacijah, pa tudi izvozni usmerjenosti njunih gospodarstev.

Po družbenih in gospodarskih kazalnikih primerjava Japonske in Južne Koreje pokaže naslednje. Japonska je imela leta 2024 približno 124 milijonov prebivalcev, kar je več kot dvakrat toliko kot Južna Koreja z okoli 52 milijonov prebivalcev. Bruto družbeni proizvod (BDP) na prebivalca je bil na Japonskem 32,5 tisoč ameriških dolarjev na prebivalca, v Južni Koreji pa nekoliko višji, 33 tisoč ameriških dolarjev na prebivalca. Stopnja brezposelnosti je bila v obeh državah enaka (2,6-odstotna), prav tako je indeks človeškega razvoja (angl. *Human Development Index, HDI*) v obeh državah primerljiv (v Južni Koreji je dosegel 0,94, na Japonskem pa 0,93). V primerjavi z njima ima Slovenija bistveno manj prebivalcev (dva milijona). Ima pa Slovenija nekoliko višji BDP na prebivalca (34 tisoč ameriških dolarjev na prebivalca), višjo stopnjo brezposelnosti (3,4-odstotno) ter indeks človeškega razvoja na primerljivi vrednosti 0,93 (The World Bank, 2025; United Nations Development Programme, 2025).

Po gospodarskih kazalnikih sta državi Daljnega vzhoda primerljivi. Domnevati bi bilo, da je potem takem tudi obseg javnih izdatkov posamezne države za zdravstvo primerljiv, vendar ni tako. Japonska je leta 2022 za zdravstvo namenila 23 % vseh javnih izdatkov (npr. Hirose et al., 2023, zapišejo, da je bil japonski zdravstveni sistem leta 2000 na prvem mestu glede na takratno poročilo Svetovne zdravstvene organizacije, angl. *World Health Organisation, WHO*), kar je občutno več kot Južna Koreja, kjer je ta delež znašal 14 % (pri čemer npr. Yoo et al., 2025, opozarjajo na visok porast javnih izdatkov v zdravstvo v zadnjem obdobju). V primerjavi z njima je delež javnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji 15-odstoten, kar je precej manj od Japonske, a na primerljivi ravni kot v Južni Koreji (World Health Organization, 2025). Glede na podatek o različnih vlaganjih javnih izdatkov v zdravstvo v izbranih državah je zato raziskovalno vprašanje naslednje. Ali sta zdravstvena sistema Japonske in Južne Koreje primerljiva po izbranih kazalnikih, povezanih z zdravstvenim sistemom?

Ta prispevek ima v nadaljevanju štiri poglavja. V poglavju 2 predstavimo uporabljene metode v raziskavi, v poglavju 3 predstavimo rezultate primerjave izbranih držav, v poglavju 4 pa to dopolnimo z razpravo. V poglavju 5 predstavimo sklepno misel.

## 2 Metode

V primerjalno analizo smo vključili razviti državi Daljnega vzhoda, Japonsko in Južno Korejo. Pri izvedbi raziskave smo se poslužili analitičnega pristopa, in sicer z izvedbo proučitve različnih podatkovnih virov, metodo komparacije (npr. s primerjavo izbranih kazalnikov s ciljem ugotavljanja podobnosti, razlik in strukturnih značilnosti med obema državama) ter sintezo. Primerjalna analiza je omogočila prepoznavanje prednosti in slabosti ter drugih sistemskih značilnosti posamezne izbrane države. Primerjavo dopolnjuje interpretacija rezultatov v širšem družbenoekonomskem in institucionalnem kontekstu. Pri izvedbi raziskave so uporabljeni sekundarni viri, predvsem iz virov, ki omogočajo primerjavo med državami.

## 3 Rezultati primerjave

V raziskavi smo primerjali Japonsko in Južno Korejo po več različnih kazalnikih, povezanih z zdravstvenim sistemom. K rezultatom primerjave je v tabelah dodana tudi primerjava s Slovenijo (kjer je to smiselno).

Rezultati v tabeli 1 kažejo, da imata Japonska in Južna Koreja zelo podobno število zdravnikov na deset tisoč prebivalcev, kar nakazuje na primerljivo razpoložljivost zdravniškega kadra. Razlike pa so izrazitejši pri drugih profilih zdravstvenega osebja, saj Japonska izstopa z bistveno večjim številom zdravstvenonegovalnega in babiškega osebja ter farmacevtov, kar lahko prispeva k bolj celostni in kontinuirani obravnavi pacientov. Južna Koreja ima v primerjavi z Japonsko manj zobozdravnikov in zdravstvenonegovalnega osebja, kar lahko pomeni v tej državi njihovo večjo obremenitev. Bistveno manj od Japonske ima Južna Koreja farmacevtov na deset tisoč prebivalcev. Na splošno rezultati potrjujejo, da se državi razlikujeta po sestavi zdravstvenega osebja, kar ima pomembne implikacije za organizacijo in učinkovitost nacionalnega zdravstvenega sistema.

Tabela 1: Število različnih profilov zdravstvenega osebja na deset tisoč prebivalcev v izbranih državah

Kazalnik	Japonska	Južna Koreja	Slovenija
Število zdravnikov	26,5	26,1	33,7
Število zobozdravnikov	8,2	5,4	7,4
Število zdravstveno-negovalnega in babiškega osebja	129,8	90,9	105,6
Število farmacevtov	20,3	8,0	7,3

Opomba: Podatki so za leto 2022.

Vir podatkov: WHO (2025).

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati primerjave med Japonsko in Južno Korejo po izbranih kazalnikih, povezanih z zdravstvenim sistemom. Japonska ima bistveno večji delež javnih izdatkov za zdravstvo kot Južna Koreja, kar odraža večjo vlogo države pri financiranju zdravstvenega sistema. Kljub temu imata obe državi velik delež prebivalstva, ki se sooča z visokimi lastnimi izdatki za zdravstvo, pri čemer sta ta deleža nekoliko večja v Južni Koreji. Japonska dosega nekoliko daljšo pričakovano življenjsko dobo pri obeh spolih. Zanimivo je, da ima hkrati Japonska tudi zelo visoko oceno zdravstvene infrastrukture, dostopnosti zdravil in pripravljenosti vlade. Južna Koreja na teh področjih zaostaja za Japonsko, vendar ima kljub temu visok skupni indeks zdravstvenega varstva. Indeks zdravstvenega varstva kaže učinkovitost zdravstvenega sistema in uporabniško izkušnjo pacienta v tem sistemu. Skupaj rezultati po izbranih kazalnikih kažejo, da Japonska izstopa po obsegu in razvitosti sistema, ima pa nizek indeks zdravstvenega varstva, Južna Koreja pa izstopa po relativni učinkovitosti in zaznani kakovosti zdravstvenega varstva.

Tabela 2: Izbrani kazalniki za zdravstveni sistem posamezne države

Kazalnik	Japonska	Južna Koreja	Slovenija
Delež domačih javnih izdatkov za zdravstvo v skupnih javnih izdatkih države <sup>*</sup>	23,4 %	14,1 %	15,0 %
Delež prebivalstva z izdatki za zdravstvo, večjimi od 10 % njihovega gospodinskega proračuna <sup>**</sup>	11 %	12 %	3,7 %
Delež prebivalstva z izdatki za zdravstvo, večjimi od 25 % njihovega gospodinskega proračuna <sup>**</sup>	2,0 %	2,9 %	0,3 %
Pričakovana življenjska doba ob rojstvu – skupaj oba spola (leta) <sup>**</sup>	84,5	83,8	80,4
Pričakovana življenjska doba ob rojstvu – moški (leta) <sup>**</sup>	81,7	80,7	77,5
Pričakovana življenjska doba ob rojstvu – ženske (leta) <sup>**</sup>	87,5	86,7	83,4
Zdravstvena infrastruktura in strokovnjaki (indeks) <sup>***</sup>	98,7	79,1	67,5
Dostopnost in stroški zdravil (indeks) <sup>***</sup>	95,0	78,4	56,8
Pripravljenost vlade (indeks) <sup>***</sup>	98,7	79,0	60,7
Indeks zdravstvenega varstva <sup>***</sup>	59,5	77,7	45,3

Opombe: \* Podatki so za leto 2022. \*\* Podatki so za leto 2021. \*\*\* Podatki so iz raziskave, objavljene leta 2025 (Miller, 2025), v kateri pa ni razkrito, na katero leto se prikazani podatki nanašajo.

Vir podatkov: WHO (2025); Miller (2025).

Rezultati v tabeli 3 kažejo, da Japonska in Južna Koreja dosejata visoke ocene kakovosti zdravstvenih storitev, pri čemer Južna Koreja praviloma dosega višje vrednosti pri tehnično-organizacijskih vidikih sistema. Južna Koreja izstopa zlasti pri hitrosti pregledov, opremljenosti za sodobno diagnostiko in zdravljenje ter pri odzivnosti zdravstvenih ustanov, kar kaže na večjo operativno učinkovitost sistema. Japonska pa dosega višje ocene pri prijaznosti in vljudnosti osebja ter nekoliko boljši zaznani natančnosti in

doslednosti poročanja. Razlike med državama nakazujejo, da Japonska večji poudarek namenja kakovosti odnosa do pacientov, medtem ko Južna Koreja izstopa po tehnološki naprednosti in dostopnosti storitev. Skupaj rezultati potrjujejo, da sta oba sistema kakovostna, vendar z različnimi prednostmi v strukturi in organizaciji zdravstvene oskrbe.

Tabela 3: Izbrani kazalniki kakovosti zdravstvenega sistema posamezne države

Kazalnik	Japonska*	Južna Koreja*
Spretnosti in usposobljenost medicinskega osebja	79,8	83,0
Hitrost pregledov in priprave poročil	81,7	86,0
Opremljenost za sodobno diagnostiko in zdravljenje	85,7	90,3
Natančnost in doslednost poročil	81,1	82,4
Prijaznost in vljudnost osebja	85,3	79,3
Odzivnost (čakalne dobe)	72,8	79,3
Zadovoljstvo s stroški storitev	75,9	79,1
Priročnost oz. dostopnost lokacije	82,5	87,4

Opomba: \*Podatki so povzeti z Numbeo (2025) in so iz decembra 2025. Podatki se nanašajo na leto 2025.

Vir podatkov: Numbeo (2025).

## 4 Razprava

Glede na razpoložljive vire je mogoče analizirati državi tudi po njihovih prednostih (angl. *strengths*) in slabostih (angl. *weaknesses*) ter priložnostih (angl. *opportunities*) in nevarnostih (angl. *threats*), s katerimi se soočata njuna zdravstvena sistema. Gre za t. i. analizo SWOT, ki se uporabi kot pripomoček pri ocenitvi zmogljivosti zdravstvenih storitev, razpoložljivosti virov, kakovosti oskrbe ter zunanjih pritiskov, kot so demografske spremembe, tehnološki razvoj in finančne omejitve.

Pri prvi dimenziji prednosti primerjava med Japonsko in Južno Korejo razkriva različne poudarke v organizaciji njihovih zdravstvenih sistemov. Japonska izstopa po visoki dostopnosti, preventivni usmerjenosti, univerzalnem zdravstvenem sistemu in zelo razviti infrastrukturi (Matsuda, 2020), Južna Koreja pa po močni kulturi preventive, univerzalnem nacionalnem zdravstvenem zavarovanju ter visoki stopnji digitalizacije zdravstva (OECD, 2020; Park, 2023). Pri drugi dimenziji slabosti primerjava kaže, da se obe državi soočata z resnimi, deloma primerljivimi izzivi. Japonsko zaznamujejo naraščajoči zdravstveni izdatki, dolge hospitalizacije in pomanjkljivosti na področju duševnega zdravja (Matsuda, 2020), medtem ko

Južna Koreja izpostavlja preobremenjenost zdravstvenih delavcev, neenakomerno dostopnost storitev in stigmatizacijo duševnega zdravja (Park, 2023; OECD, 2020; gl. tudi npr. Heo et al., 2019, Yun et al., 2024).

Pri tretji dimenziji priložnosti primerjava med Japonsko in Južno Korejo kaže na velik razvojni potencial, vendar z različnimi strateškimi poudarki. Japonska priložnosti vidi predvsem v digitalizaciji zdravstva, uvažanju umetne inteligence, razvoju zdravstvenega turizma in krepitvi vloge splošnih zdravnikov (Matsuda, 2020), medtem ko Južna Koreja izpostavlja uporabo robotike in umetne inteligence, zdravstveni turizem ter mednarodno sodelovanje (OECD, 2020). Pri četrti dimenziji groženj se obe državi soočata z izrazitimi demografskimi in sistemskimi izzivi. Japonsko bremenijo hitro starajoče se prebivalstvo, rast zdravstvenih izdatkov in pomanjkanje kadra (Matsuyama, 2014), Južna Koreja pa je dodatno izpostavljena tveganjem zaradi večje vloge zasebnih ponudnikov (Yoo et al., 2025; OECD, 2020).

## 5 Sklep

V prispevku smo predstavili primerjavo po izbranih kazalnikih zdravstvenega sistema za izbrani državi Japonsko in Južno Korejo. Državi imata različno sestavo zdravstvenega osebja, a hkrati zelo podobno število zdravnikov (26) na deset tisoč prebivalcev. Japonska ima bistveno večji delež javnih izdatkov za zdravstvo kot Južna Koreja, posledično pa tudi zelo visoko oceno zdravstvene infrastrukture, dostopnosti zdravil in pripravljenosti vlade. Na drugi strani pa ima Japonska nizek indeks zdravstvenega varstva, medtem ko je pri Južni Koreji ta visok. Skupaj rezultati tako kažejo, da Japonska izstopa po obsegu in razvitosti sistema, Južna Koreja pa izstopa po relativni učinkovitosti in zaznani kakovosti zdravstvenega varstva. Obe državi dosejata visoke ocene kakovosti zdravstvenih storitev, vendar kazalniki nakazujejo, da imata državi različne prioritete glede strukture in organizacije zdravstvene oskrbe.

V raziskavi je raziskovalno vprašanje, ali sta zdravstvena sistema Japonske in Južne Koreje primerljiva po izbranih kazalnikih, povezanih z zdravstvenim sistemom. Na podlagi opravljene primerjave ugotovimo, da sta zdravstvena sistema Japonske in Južne Koreje po izbranih kazalnikih primerljiva, vendar se razlikujeta v načinu organizacije in zaznani učinkovitosti, pa tudi obsegu državnega financiranja. Japonska izstopa po obsegu javnega financiranja in razvitosti infrastrukture, medtem ko Južna Koreja dosega višje ocene splošnega indeksa zdravstvenega varstva in zaznane kakovosti storitev. Rezultati kažejo, da državi sledita različnim razvojnim in organizacijskim prioriteta v zdravstvenem sistemu (kljub podobni razpoložljivosti zdravnikov).

Ugotovitve iz raziskave so lahko primerna podlaga za oblikovanje priporočil za oblikovalce zdravstvenih politik v obravnavanih državah. Nedvoumno je, da morata Japonska in Južna Koreja zagotavljati finančno

vzdržnost njunega zdravstvenega sistema ob starajočem se prebivalstvu. Glede na njuno demografijo bo to v prihodnje še bolj pereč izziv. Ukrepi lahko segajo na različna področja (opomba: seznam ni vseobsegajoč): razvoj oz. razvijanje programov hospitalizacije, rehabilitacije in dolgotrajne oskrbe (npr. s pomočjo sistema finančnih spodbud), poglobitev digitalizacije v zdravstvenem sistemu (npr. digitalni individualni preventivni karton pacienta/-ke, ki vključuje tveganja za nastanek obolenj), krepitev vloge primarnega zdravstva (npr. uvedba oz. povečanje učinkovitosti pri presejalnih programih) pa tudi ukrepi, ki bodo pomenili večanje potrebnega števila zdravstvenega osebja v sistemu. Z vidika financiranja pa je odprto vprašanje obsega privatizacije v zdravstvenem sistemu (tj. koliko bo javnega in koliko zasebnega financiranja zdravstvenih storitev). Posredni javnofinančni ukrepi so povezani z izboljšanjem učinkovitosti zdravstvenega sistema (npr. digitalizacija zdravstva, izboljšanje nabavnih politik, boljše vodenje naložb v zdravstvu ipd.). Poleg običajnih virov za javno financiranje zdravstva pa je morebitni ukrep lahko tudi zelo ciljno usmerjen. Gre za poseben davek oz. prispevek (npr. davek na presladke pijače, prispevek za dolgotrajno oskrbo ipd.), ki bremeni prebivalstvo oz. pravne subjekte.

## Literatura in viri

1. Heo, Y. C., Kahng, S. K., & Kim, S. (2019). Mental health system at the community level in Korea: Development, recent reforms and challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(9), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0266-y>
2. Hirose, M., Imanaka, Y., Ishizaki, T., & Evans, E. (2003). How can we improve the quality of health care in Japan?: Learning from JCQHC Hospital Accreditation. *Health policy*, 66(1), 29–49. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(03\)00043-5](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(03)00043-5)
3. Matsuda, R. (2020). The Japanese Health Care System. In Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialosm, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (Eds.): *International profiles of health care systems*, pp. 127–136. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International\\_Profiles\\_of\\_Health\\_Care\\_Systems\\_Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf)
4. Matsuyama, Y. (2014). Aging and the governance of the healthcare system in Japan. Bruegel Working Paper (No. 2014/14). <https://www.jstor.org/stable/resrep50568>
5. Miller, C. (2025). Countries with the best health care systems, 2025. *CEOWORLD Magazine*. <https://ceoworld.biz/2025/09/21/countries-with-the-best-health-care-systems-2025/>
6. Numbeo. (2025). Health care comparison between two countries. [https://www.numbeo.com/health-care/compare\\_countries.jsp](https://www.numbeo.com/health-care/compare_countries.jsp)
7. OECD. (2020). *OECD Reviews of public health: Korea: A healthier tomorrow*. OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/be2b7063-en>
8. Park, S. C. (2023). Psychiatry in South Korea. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 37(4), 157–167. [https://doi.org/10.4103/TPSY.TPSY\\_35\\_23](https://doi.org/10.4103/TPSY.TPSY_35_23)
9. The World Bank. (2025). Countries | Data. <https://data.worldbank.org/country>
10. United Nations Development Programme. (2025). *Human Development Report 2025: A matter of choice: People and possibilities in the age of AI*. <https://digitallibrary.un.org/record/4082930?v=pdf>

11. World Health Organization. (2025). Indicators. World Health Organization. <https://data.who.int/indicators>
12. Yoo, K. J., Lee, Y., Park, S., Cha, Y., Kim, J., Lee, T., Patenaude, B., & Bishai, D. (2025). South Korea's healthcare expenditure: a comprehensive study of public and private spending across health conditions, demographics, and payer types (2011–2020). *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, *54*, 101269. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101269>
13. Yun., I., Kim, H., & Park, E.-C. (2024). Impact of continuity of care on older adults diagnosed with mental and behavioural disorders at risk of death due to intentional self-harm: a retrospective Korean cohort study. *Public Health*, *229*, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.025>

0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 + 1 1 0 + 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 + 0 1 1 1 0 1 1 0 + 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 + 0 1 1 + 1 1 1 0 0 1 + 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 + 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 + 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 + 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 + 1 1 + + 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 + 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 1 + 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 0 0 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 + 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 1 1  
1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0  
1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0  
0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1  
0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1  
1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 1  
1 1 1 1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0

# Društvo ekonomistov Maribor

0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 + 1 1 0 + 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 + 0 1 1 1 0 1 1 0 + 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 + 0 1 1 + 1 1 1 0 0 1 + 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 + 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 + 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 + 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 + 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 + 1 1 + + 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 + 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 + 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 + 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 0 + 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 1 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 + 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0  
0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1  
1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0  
1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0  
0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1  
0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1  
0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1  
1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 1  
1 1 1 1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1  
1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0