



Nacionalni inštitut  
za javno zdravje

# Zdravstveno varstvo in organizacija zdravstvene dejavnosti

Načela in nekatere značilnosti v Evropi  
in v Sloveniji

Doc. dr. Tit Albreht, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
e-pošta: [tit.albreht@nijz.si](mailto:tit.albreht@nijz.si)

# STRUKTURA PREDSTAVITVE

- Značilnosti zdravstvenih sistemov in osnovna tipologija
- Ključni partnerji v zdravstvu – razmerja in značilnosti posameznih sistemov
- Javno in zasebno v zdravstvu
- Učinkovitost zdravstvenih sistemov
- Značilnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji
- Politika načrtovanja kadrov v zdravstvu v Sloveniji
- (Finančna) kriza in zdravstveni sistemi

# ZDRAVSTVENI SISTEM

- Načela in osnovni pojmi
- Sedanja zakonska ureditev in dejansko stanje
- Načrtovanje in smernice za prihodnji razvoj

# ZDRAVSTVENI SISTEM

Organizacija zdravstvene dejavnosti je odraz:

- socio-ekonomskih razmer,
- političnega sistema,
- zdravstvenega stanja prebivalstva,
- tradicije,
- geografskih značilnosti.

# ZDRAVSTVENI SISTEM

Socio-ekonomske razmere vplivajo na izbiro:

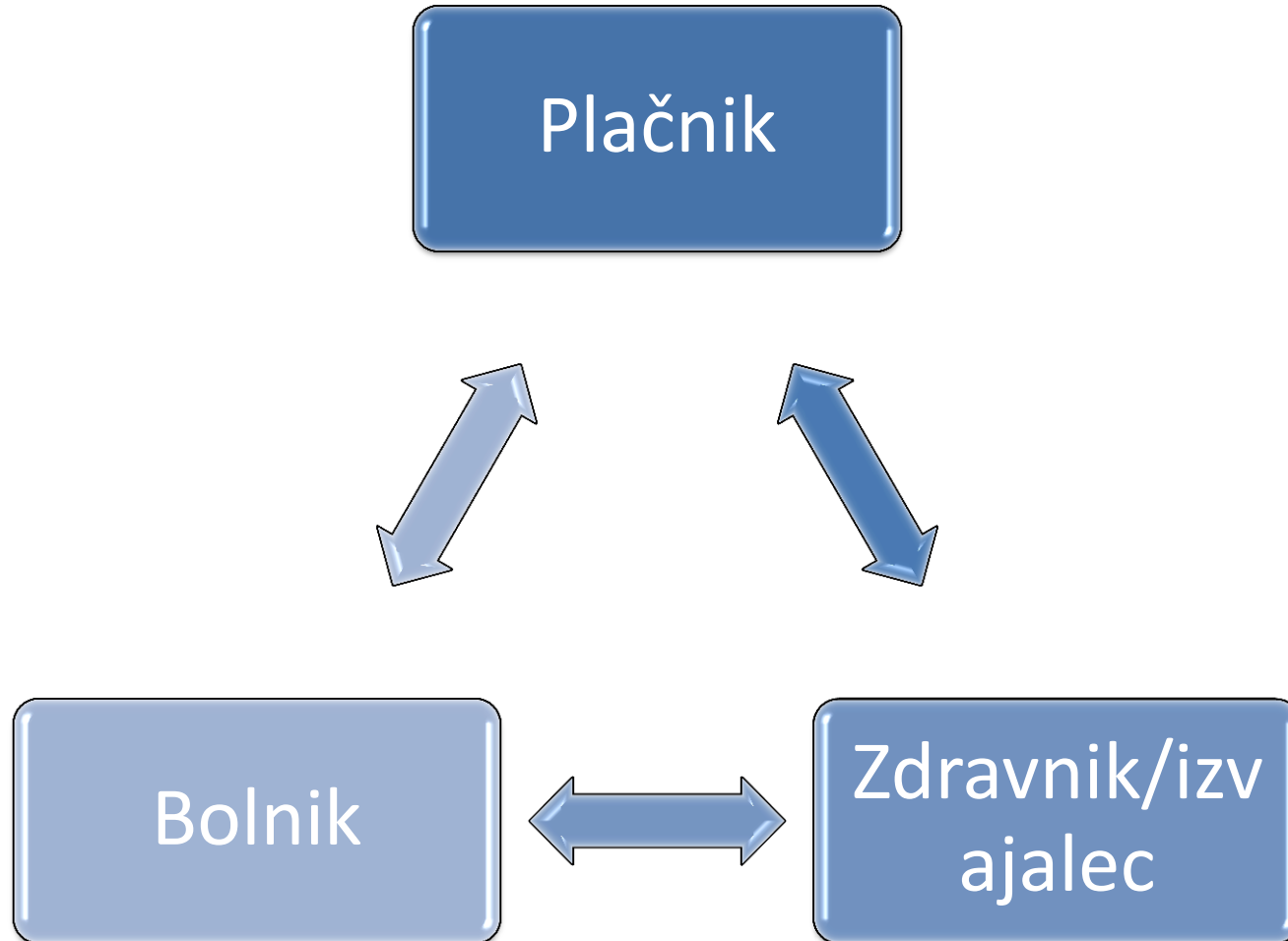
- Ravni zagotavljanja zdravstvenega varstva
- Način vstopa v sistem
- Oblike izbir in poti skozi zdravstveni sistem

# ZDRAVSTVENI SISTEM

Politične razmere vplivajo na:

- Oblike lastništva
- Oblike zdravstvenega zavarovanja
- Status posameznega ključnega partnerja v sistemu

# Osnovna razmerja v organizaciji zdrav.dejavnosti



# ZDRAVSTVENI SISTEM

Sodobne zdravstvene sisteme razdelimo po načinu plačevanja oziroma financiranja zdravstvenih storitev

- Beveridgev sistem
- Bismarckov sistem
- Semaškov sistem
- Tržni ali liberalni zavarovalniški sistem

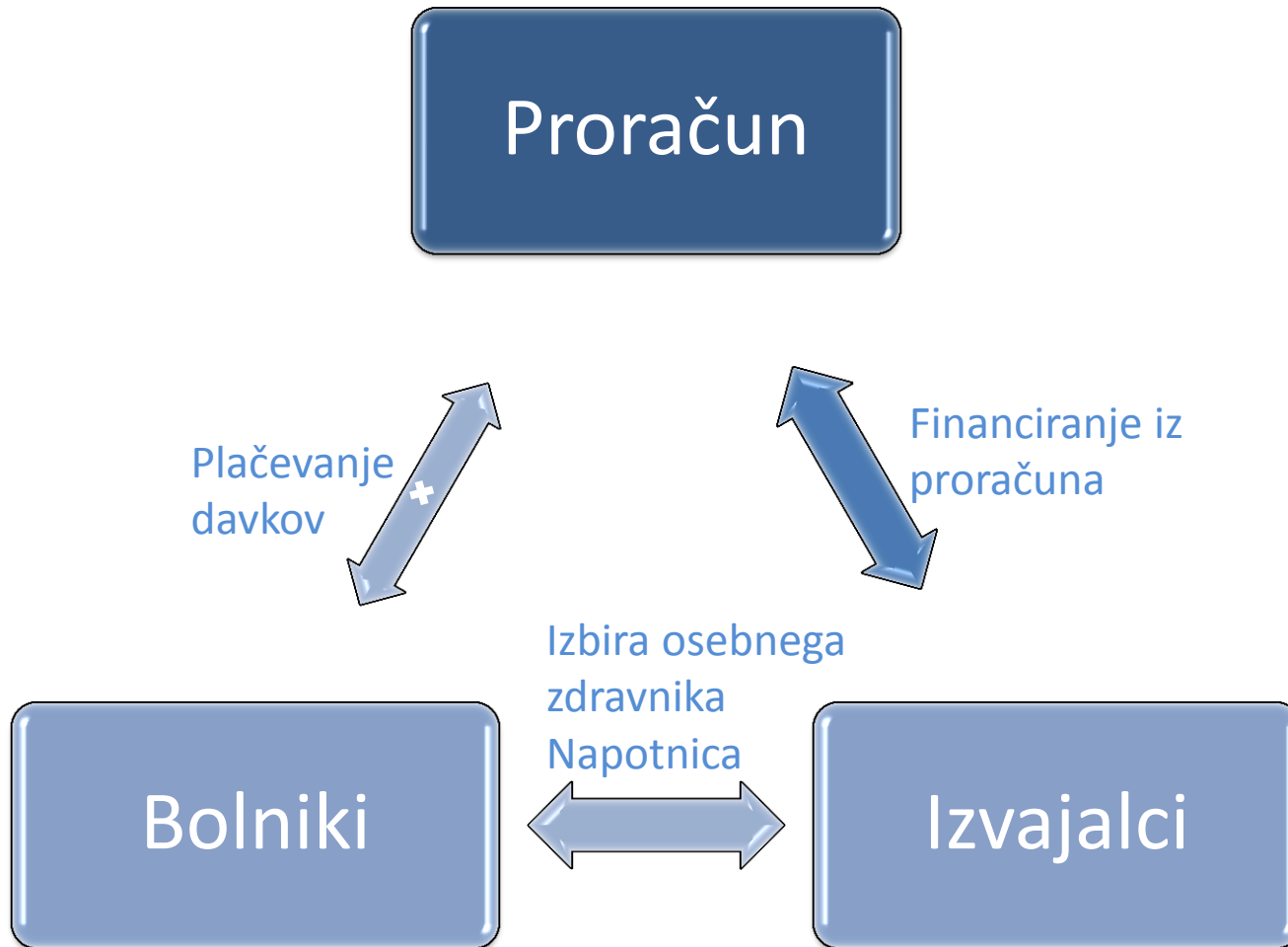


# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem

Ustanovljen leta 1948 v Veliki Britaniji in uveljavljen v nekoliko spremenjeni obliki tudi v nekaterih drugih državah Commonwealtha, v Evropi pa še v Italiji in Španiji, precej modificiran pa v skandinavskih državah

# Beveridgev sistem – Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva



# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem - značilnosti:

- Financiranje je iz enega centralnega vira, ki je običajno državni (lahko tudi regionalni ali lokalni) proračun – zaradi tega je ta sistem včasih poimenovan državno zdravstvo
- Prispevki se zbirajo na podlagi splošnih davkov, zavarovani so vsi po dejstvu, da prebivajo v taki državi
- Izvajanje dejavnosti je močno socializirano oziroma je pod močnim državnim nadzorom

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem – izvajanje:

- Klasičen: država je delodajalec in pomemben lastnik v zdravstvu, zasebna pobuda je omejena
- Modificiran: država še delodajalec, vendar pa so izvajalci tudi zasebniki
- Skandinavski: delodajalec je regija ali občina, izvajalci so praviloma javni

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem – prednosti:

- Sistem je nacionalen, t.j. državen in vsem zagotovljen (po večini sistemskih kazalcev je zato pravičnejši)
- Država ima nadzor nad izvajanjem dejavnosti ter nad splošnimi izdatki za zdravstveno varstvo
- Omogoča hitro uvajanje sprejetih sprememb, saj gre za enovit centraliziran sistem
- Relativno nižji delež BDP za zdravstvo

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem – slabosti:

- Sistem je slabše učinkovit, ker ni neposrednih oblik nadzora
- Velika stopnja političnega nadzora zaradi financiranja iz proračuna
- Majhne možnosti za spodbude, ker so vsi zaposleni v velikem, zagotovljenem kompleksu
- Podfinanciranost nekaterih zadev: investicij, širitve programov, čakalne dobe

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem – deviacije:

- Sistem je zastarel, saj se zelo počasi in mukoma spreminja, reforme pa so šle v zelo različnih smereh
- Prizadevanja za spremembe spremljajo odpori, deloma pa kampanjska ukrepanja (visoki stroški in le prehodna učinkovitost – prim. Health Direct, italijanski DRG/SPP)
- Osiromašenost infrastrukture zaradi zbirokratiziranosti vlaganj in njihovega zadrževanja

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Beveridgev sistem –primeri:

- Velika Britanija
- Španija
- Italija
- Nordijske države
- Portugalska



# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Bismarckov sistem:

- Ustanovljen v Nemčiji v 80.letih 19.stoletja
- Pozneje se je hitro širil po bližnjih državah, prva ga je privzela Avstroogrška
- V slovenskih deželah uveljavljen za ožji krog zavarovancev že manj kot 10 let po Nemčiji

# Bismarckov sistem – Sistem soc. zdravstvenega zavarovanja



# ZDRAVSTVENI SISTEM

Bismarckov sistem - značilnosti:

- Delitev bremen med delodajalce in delojemalce ob državni regulativi
- Praviloma izenačeno breme, linearni prispevki, ki so vsaj zmerno progresivni
- Zavarovani so vsi, samo plačniki zavarovanja so različni
- Poimenovano tudi socialno zdravstveno zavarovanje

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Bismarckov sistem – izvajanje:

- Zavarovalnice sklepajo pogodbe z izvajalci, ki so verificirani ali pri državni ali pri stanovski organizaciji
- Sredstva zbirajo zavarovalnice, ki imajo zakonsko pooblastilo za to in so podložne javnofinančnemu nadzoru
- Vseeno pa v Bismarckovem sistemu sredstva za zdravstveno varstvo niso del proračuna

# ZDRAVSTVENI SISTEM

Bismarckov sistem – prednosti:

- Celovit zajem zavarovancev in nadzor nad njihovimi pravicami, ki je deloma zunaj dosega politike
- Večji vpliv stroke, stanov in potencialno tudi bolnikov
- Socialno korekten in pravičen sistem

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Bismarckov sistem – slabosti:

- Vsi zavarovalniški sistemi so praviloma dražji od Beveridgevih
- Zavarovalnice lahko monopolistično ali kartelno dorečejo za zavarovance neugodne pogoje (ob vrzelih v zakonodaji)
- Namesto politike včasih pretiran vpliv izvajalcev

# ZDRAVSTVENI SISTEM

## Bismarckov sistem – deviacije:

- Vključevanje dodatnih elementov (starostnih ali bolezenskih uteži)
- Uvedba regresivnega modela s kvazi-socialno komponento (S-krivulja)
- Sredstva, ki so sicer namenjena za zdravstveno varstvo, se ob prihrankih lahko pogosto usmerijo za druge namene

# ZDRAVSTVENI SISTEM

Bismarckov sistem – primeri držav:

- Nemčija
- Avstrija
- Nizozemska
- Slovenija
- Vse nove članice EU, razen Latvije
- Belgija in (Francija)



# Primerjava Bismarck vs. Beveridge

Bismarck (sistem socialnega zdr.zavarovanja)	Beveridge (sistema nacionalnega zdr.varstva)
Splošno zavarovanje	Splošna dostopnost
Pravice uveljavljamo na podlagi plačane premije	Pravice na podlagi državljanstva in/ali bivališča
Doplačila, soudeležba na stroških, izjeme	'no fee at point of entry'
Socialno uravnotežen za zaposlene, za ostale je odvisen od korektivov	Socialno uravnotežen, izjeme za osebe brez dohodkov ter z nižjimi ali brez prejemkov

# Kaj je pomembno pri sistemu zdravstvenega varstva in zakaj?

- Pravičnost?
  - V dostopnosti – ekonomski, geografski
  - V pravicah glede na druge značilnosti – starost, socialni status
- Solidarnost?
- Vzajemnost?
- Finančna učinkovitost?

**Table 1. Mortality rate difference between low and high educated (in deaths per 100,000), by country and sex.**

	Men					Women						
	Age group	30–44	45–59	60–69	70–79	30–79	Age group	30–44	45–59	60–69	70–79	30–79
Population												
Finland		291	537	926	1723	<b>615</b>		223	326	834	2188	<b>260</b>
Sweden		139	308	693	1539	<b>418</b>		76	203	431	930	<b>258</b>
Norway		198	438	989	2000	<b>579</b>		93	256	479	1069	<b>304</b>
Denmark		214	495	862	1660	<b>554</b>		103	259	590	970	<b>319</b>
England/W		75	321	662	1723	<b>410</b>		52	95	516	1167	<b>245</b>
Scotland		192	434	885	2112	<b>568</b>		120	240	623	1442	<b>366</b>
Netherlands		62	272	627	2248	<b>430</b>		49	134	382	609	<b>185</b>
Belgium		140	347	776	1646	<b>456</b>		61	131	304	871	<b>200</b>
France		201	507	902	2091	<b>599</b>		90	149	221	456	<b>166</b>
Switzerland		186	421	904	1720	<b>528</b>		72	114	188	666	<b>160</b>
Austria		168	478	958	1784	<b>537</b>		62	146	214	893	<b>193</b>
Barcelona		178	290	452	851	<b>325</b>		74	42	102	413	<b>98</b>
Basque C.		157	251	321	637	<b>262</b>		60	52	–22	251	<b>61</b>
Madrid		176	285	418	804	<b>312</b>		47	10	160	470	<b>90</b>
Turin		105	198	648	944	<b>304</b>		41	65	34	70	<b>51</b>
Tuscany		117	248	506	1011	<b>309</b>		47	64	162	243	<b>90</b>
Hungary		678	2140	2481	3801	<b>1788</b>		211	463	587	883	<b>425</b>
Czech R		207	868	2226	4388	<b>1158</b>		74	288	745	1970	<b>434</b>
Poland		623	1208	1971	3414	<b>1310</b>		180	293	643	1458	<b>413</b>
Lithuania		668	1531	2018	2719	<b>1389</b>		294	575	646	1199	<b>536</b>
Estonia		1039	1680	2423	3028	<b>1679</b>		451	657	858	1532	<b>691</b>
All <sup>#</sup>												

# Median value of all populations included in the analysis.  
doi:10.1371/journal.pone.0110952.t001

Eikemo TA, Hoffmann R, Kulik MC, Kulhánová I, Toch-Marquardt M, et al. (2014) How Can Inequalities in Mortality Be Reduced? A Quantitative Analysis of 6 Risk Factors in 21 European Populations. PLoS ONE 9(11): e110952. doi:10.1371/journal.pone.0110952  
<http://127.0.0.1:8081/plosone/article?id=info:doi/10.1371/journal.pone.0110952>

# Javno vs. zasebno

- Prednosti javnega?
- Prednosti zasebnega?
  
- Ali je v zdravstveni dejavnosti možno delovanje tržnih zakonitosti? In kaj te pomenijo za:
  - Bolnike
  - Izvajalce
  - Zdravstveni sistem

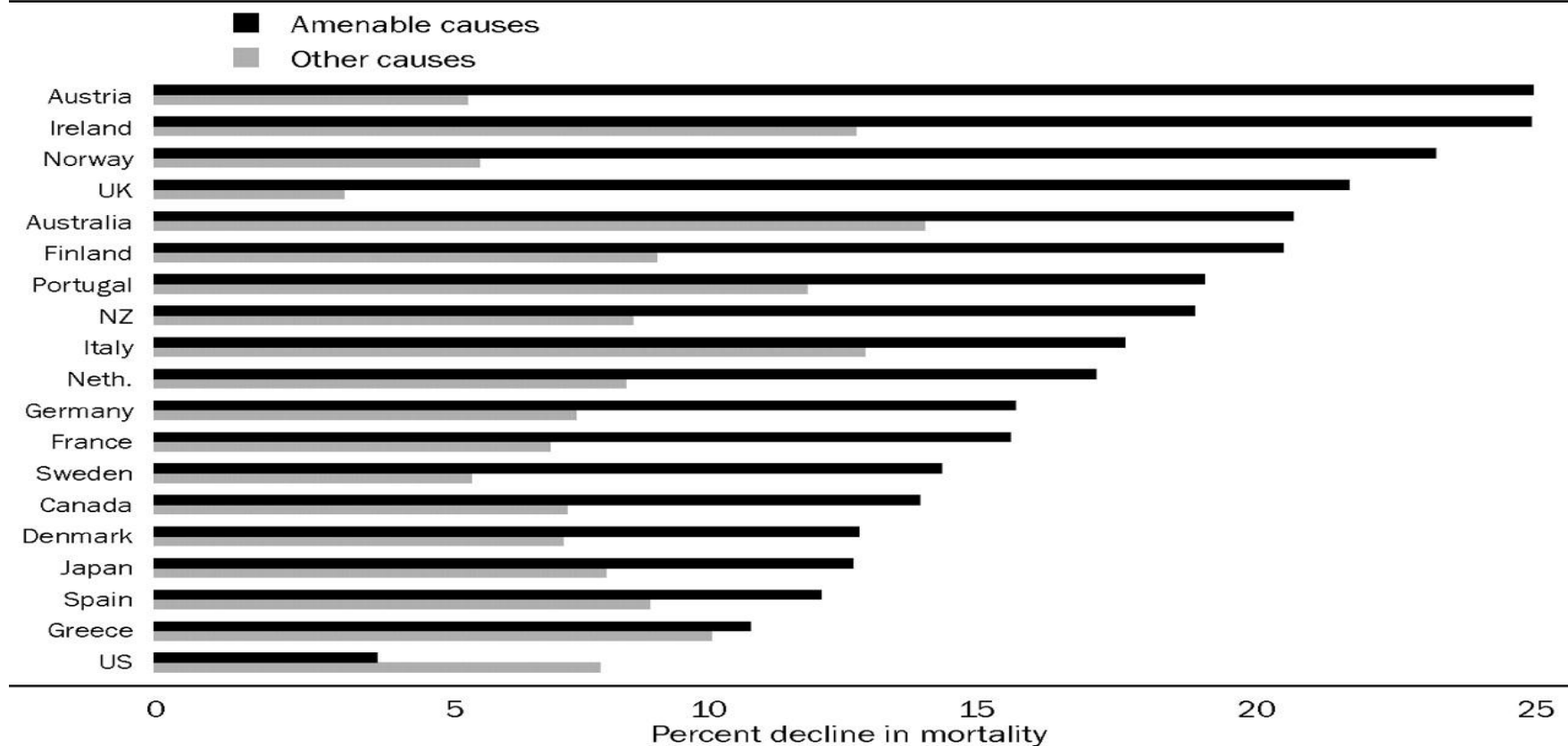
# Zakaj zdravstveni sistem?

- Kaj zdravstveni sistem prinaša v primerjavi z nepovezanimi izvajalci in plačniki?
- Ali zdravstveni sistemi vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva?
- Kakšno je stanje v Sloveniji?

## Odstotni upad umrljivosti zaradi ukrepov dostopnim vzrokom smrti in zaradi drugih vzrokov pri moških, starih 0-74 let, v 19 državah od 1997-98 do 2002-2003.

### EXHIBIT 3

#### Percentage Decline In Mortality From Amenable Causes And Other Causes Of Death Among Males Ages 0-74 In Nineteen Countries From 1997-98 To 2002-03



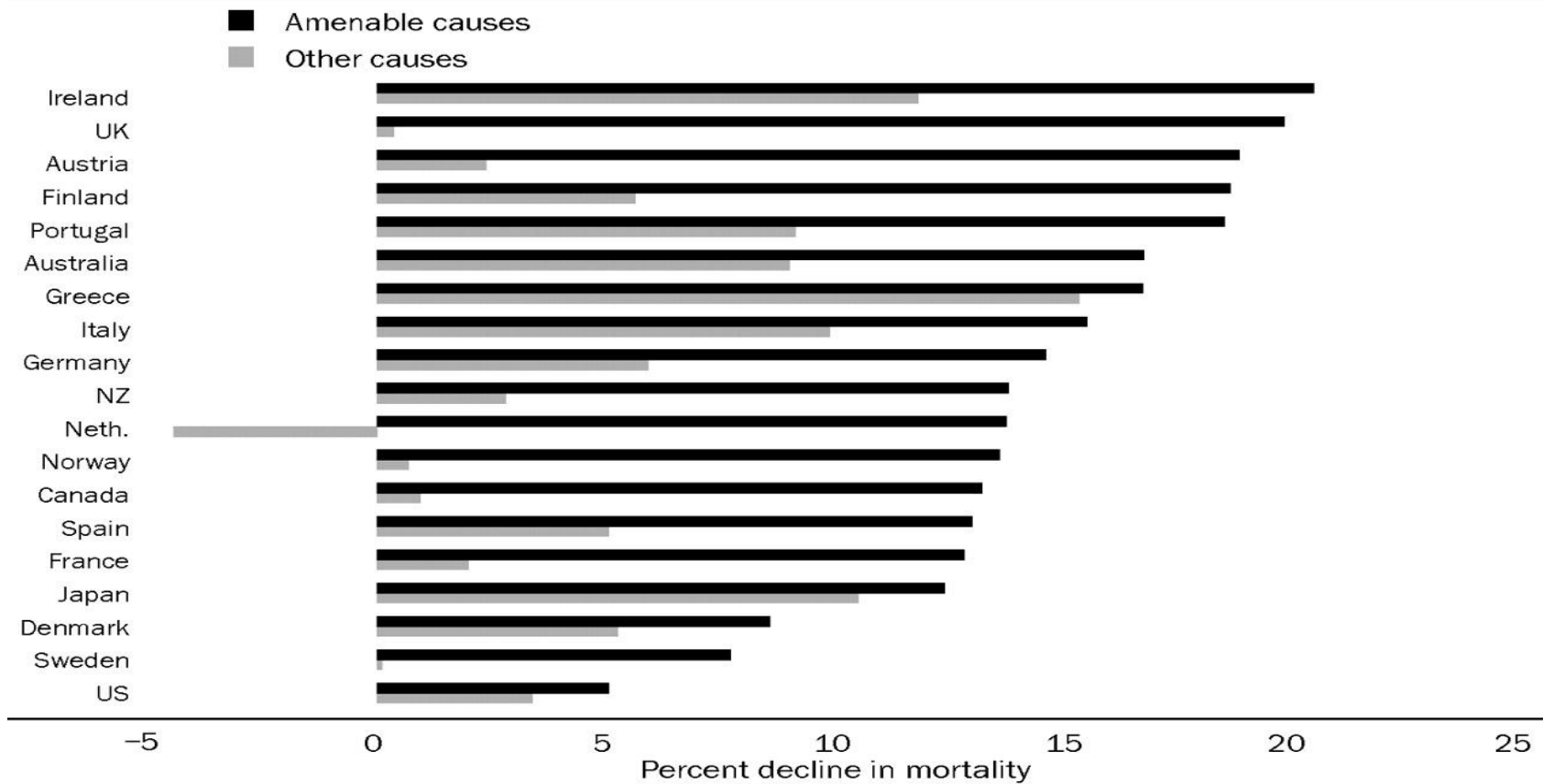
**SOURCE:** Authors' calculations based on data from the World Health Organization mortality database.

**NOTE:** Denmark: 2000-02; Sweden: 2001-02; Italy, US: 2002.

# Odstotni upad umrljivosti zaradi ukrepov dostopnim vzrokom smrti in zaradi drugih vzrokov pri ženskah, starih 0-74 let, v 19 državah od 1997-98 do 2002-2003.

## EXHIBIT 4

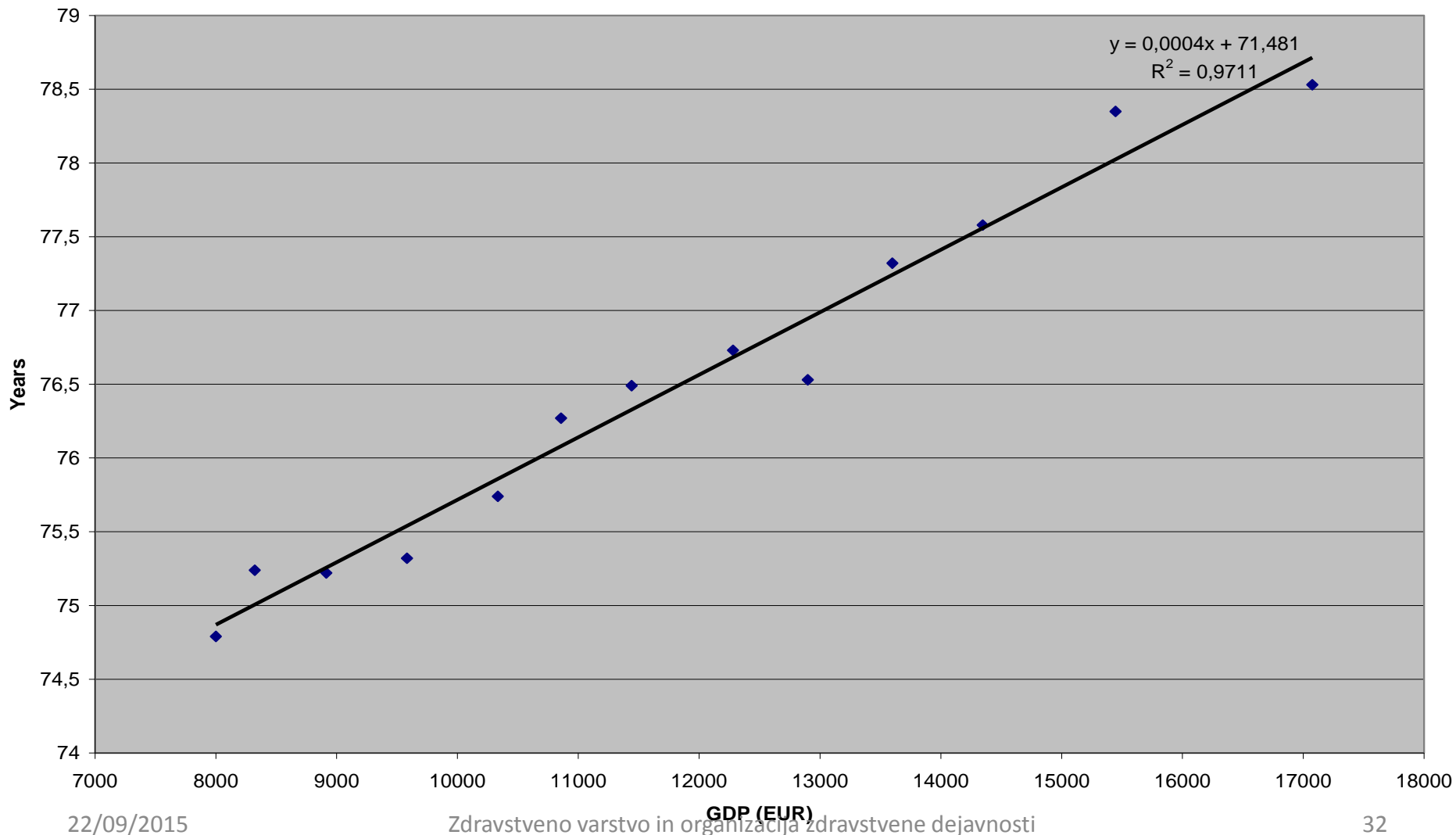
### Percentage Decline In Mortality From Amenable Causes And Other Causes Of Death Among Females Ages 0-74 In Nineteen Countries From 1997-98 To 2002-03



**SOURCE:** Authors' calculations based on data from the World Health Organization mortality database.

**NOTE:** Denmark: 2000-02; Sweden: 2001-02; Italy, US: 2002.

# Razmerje med BDP in prič.trajanjem življenja v Sloveniji, 1993-2007



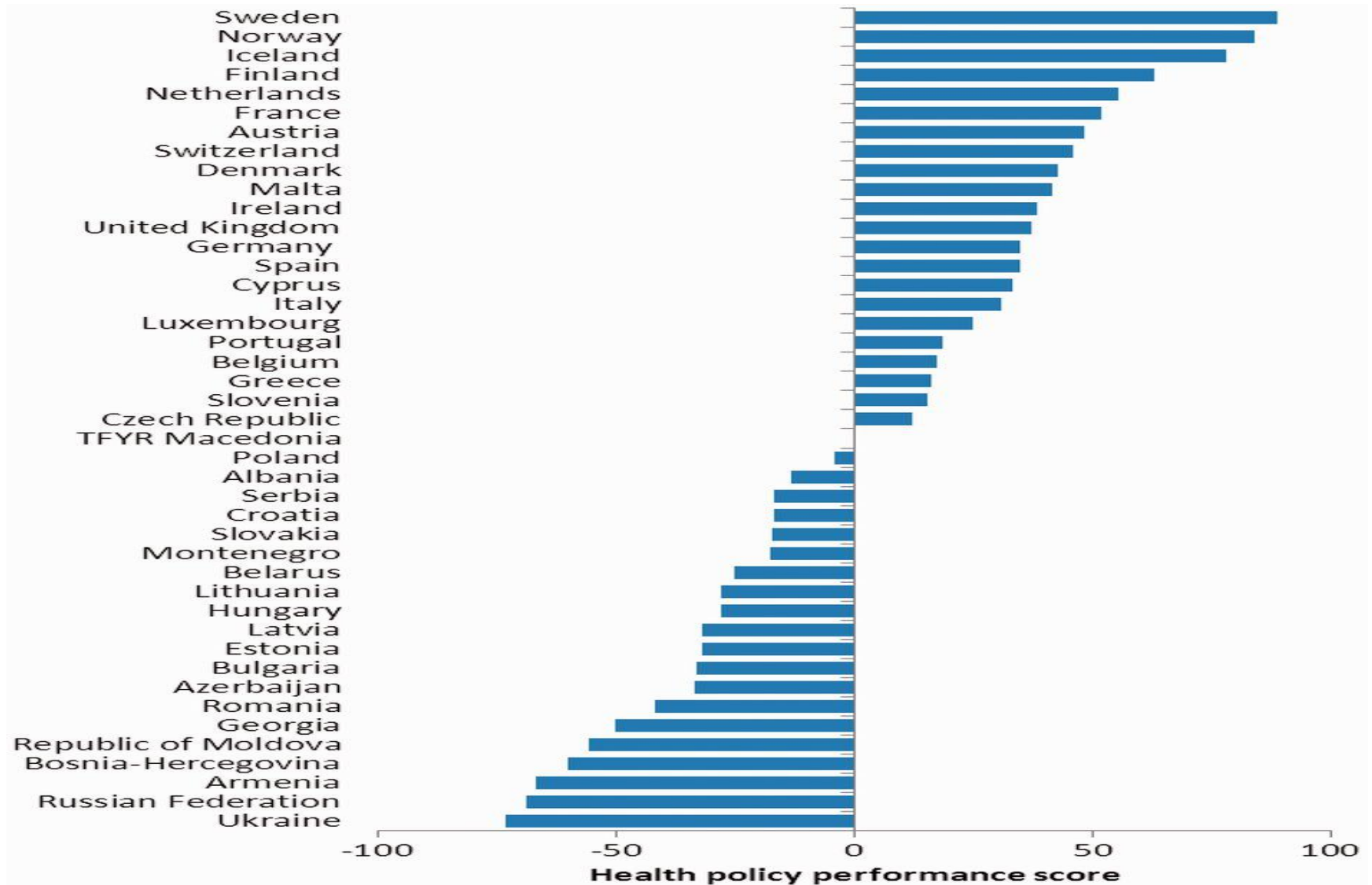


# Merjenje učinkovitosti zdravstvenih sistemov

## ***Zakaj meriti učinkovitost zdravstvenega sistema?***

- Zaradi velikih vlaganj v zdravstvo in njegovo infrastrukturo
- Zaradi ocene vpliva določenih ali celovitih zdravstvenih politik oziroma posameznih ukrepov
- Zaradi ocene vrzeli in potreb po dodatnih ukrepih, usmerjanjih virov in vlaganjih

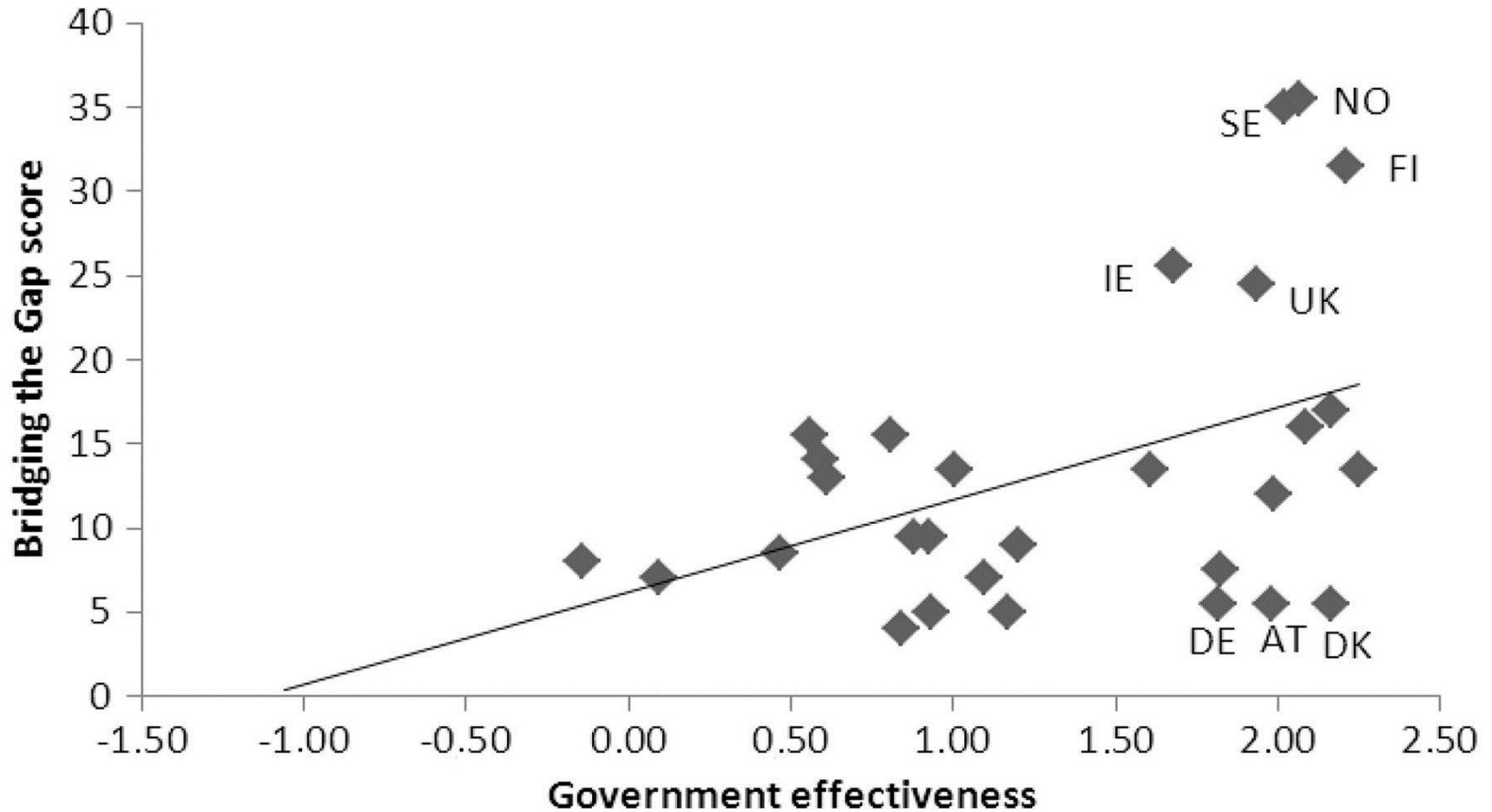
## Kumulativni indeks učinkovitosti zdravstvene politike v evropskih državah.



Mackenbach J P , and McKee M Eur J Public Health 2013;23:195-201

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.

## Razmerje med učinkovitostjo vlad in rezultatom alkoholne politike.



Mackenbach J P , and McKee M Eur J Public Health 2013;23:195-201

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved. Zdravstveno varstveno organizacija zdravstvene dejavnosti

# Rezultati regresijske analize vplivov učinkovitosti zdravstvene politike na morebitne pojasnitvene dejavnike, Mackenbach J, McKee M, EJPH 2013

Indicator	Variable	Beta	Significance	r2
Tobacco control score	Survival	0.419	0.024	0.18
Male smoking	Survival	-0.715	<0.001	0.55
Left parties	-0.432	0.001	0.75	
Male lung cancer	Survival	-0.606	<0.001	0.37
Alcohol policy score	Government eff.	0.435	0.210	0.19
Alcohol consumption	Survival	-0.571	0.002	0.33
<b>Male liver cirrhosis</b>	<b>Survival</b>	<b>-0.819</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.62</b>
Left parties	0.276	0.027	0.69	
Iodine deficiency	None			
Fat as % of energy	Log GDP	0.695	<0.001	0.48
Fruit and vegetable consumption	Log GDP	1.420	<0.001	0.16
Government effectiveness	-1.130	0.004	0.39	
<b>Teenage pregnancy rate</b>	<b>Log GDP</b>	<b>-1.685</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.65</b>
Democracy	-0.411	0.012	0.74	
<b>Neonatal mortality</b>	<b>Democracy</b>	<b>-0.803</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.65</b>
Maternal mortality	Democracy	-0.662	<0.001	0.44
Measles immunization rate	None			
Child safety score	Government eff.	0.438	0.047	0.19
<b>Post-neonatal mortality</b>	<b>Log GDP</b>	<b>-0.496</b>	<b>0.001</b>	<b>0.71</b>
Democracy	-0.468	0.001	0.81	
AIDS incidence	None			
MRSA rate	None			
Influenza vaccination rate	Log GDP	0.758	0.001	0.58
Male systolic blood pressure	Survival	-0.607	<0.001	0.37
<b>Female stroke mortality</b>	<b>Log GDP</b>	<b>-1.770</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.87</b>
<b>Cervical cancer mortality</b>	<b>Log GDP</b>	<b>-1.989</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.80</b>
Seat belt wearing	Government effectiveness	0.575	0.003	0.33
<b>Vehicle occupant mortality</b>	<b>Log GDP</b>	<b>-1.720</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.80</b>
<b>Pedestrian mortality</b>	<b>Log GDP</b>	<b>-0.837</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.70</b>
Sulphur dioxide	Government effectiveness	-0.569	0.002	0.32
Ozone	None			
Summary score	Survival	0.781	<0.001	0.79

# Zdravstveni sistem v Sloveniji

- Temeljne značilnosti
  - Sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na enem samem plačniku/upravljalcu tega zavarovanja
  - Komplementarnost obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja
  - Mešan, javno-zasebni sistem izvajanja dejavnosti
  - Zbornična organiziranost ključnih profilov
  - Koncesioniranje zasebne dejavnosti za javna sredstva
  - Partnerski sistem dogovarjanja

# 'Napake' v sistemu

- 'Odprtost' obveznega zdravstvenega zavarovanja – relativna neopredeljenost določenega obsega
- Dopolnilno zdravstveno zavarovanje kot komplementarni del obveznega
- Deregulacija z zbornično organiziranostjo, ki je privedla do relativno bolj administriranega sistema
- Javni sistem kot prevladujoča oblika organiziranosti z nejasno vizijo prihodnosti

# Zasebno v zdravstvu

- Zasebno izvajanje dejavnosti
- Zasebno zdravstveno zavarovanje
- Zasebno lastništvo
- Zasebno upravljanje (management)
  
- Kaj od tega imamo v Sloveniji?

# Politika načrtovanja kadrov v zdravstvu

- Kadri so ključen dejavnik uspešnosti zdravstvenega sistema
- Morajo biti visoko usposobljeni, njihovo izobraževanje in podiplomsko ter neprekinjeno usposabljanje pa natančno spremljani
- Glede na različne sisteme predstavljajo med 55% in 75% vseh stroškov v zdravstvu

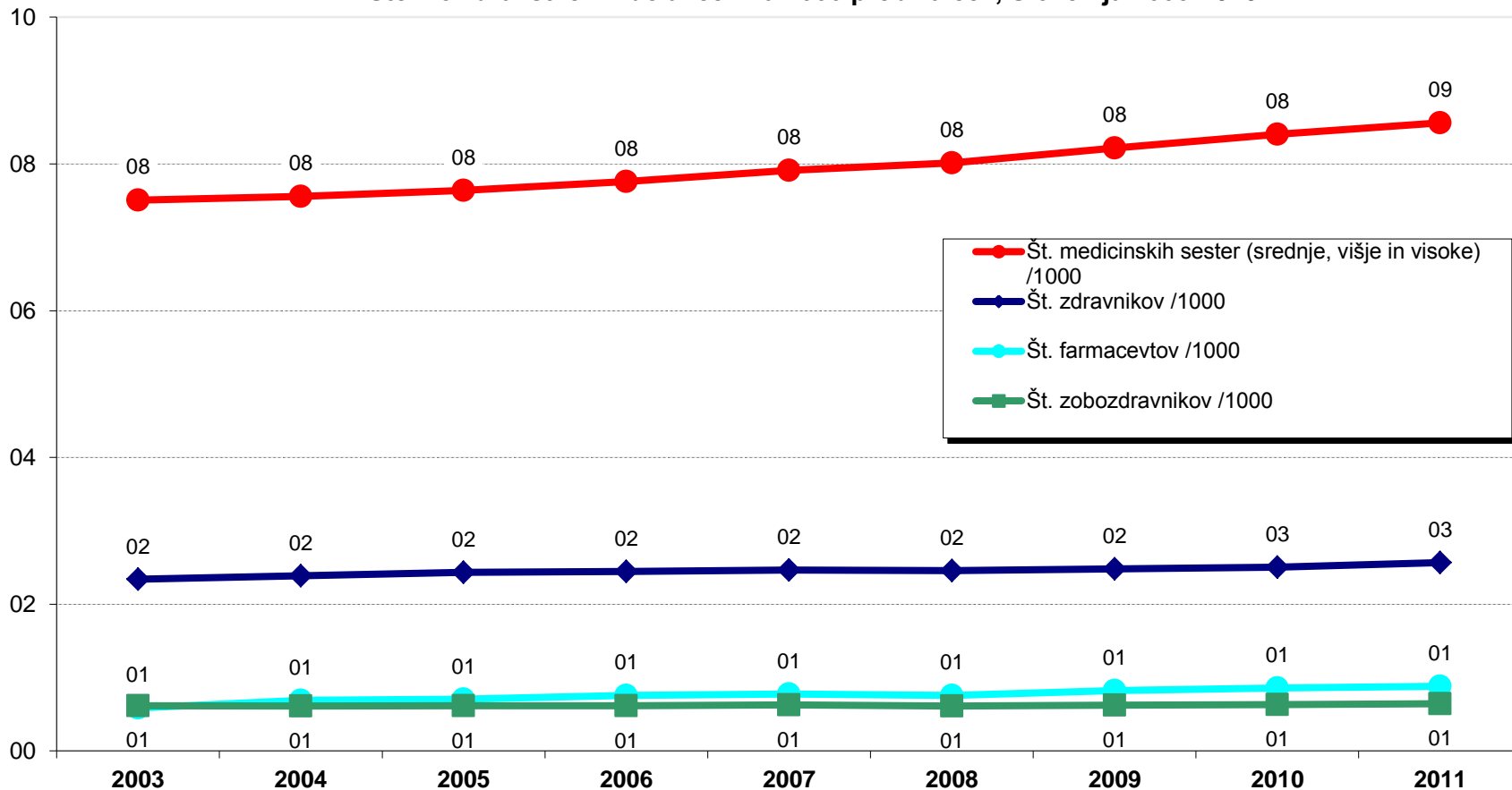


# Zakaj načrtujemo kadre v zdravstvu?

1. Izobraževanje je financirano iz javnih virov
2. Večina zaposlenih bo delovala v javnem sistemu oziroma financirana s strani javnih sredstev
3. Zato ker so cikli izobraževanja in usposabljanja zelo dolgi
4. Ker je izobraževanje kadrov v zdravstvu zelo drago in na koncu daje visokousposobljene, a drage kadre
5. Zaradi načrtovanja in razvoja zmogljivosti in dejavnosti

# Gibanje števila zdravstvenih delavcev v Sloveniji, indeksi, 2003-2011

Število zdravstvenih delavcev na 1000 prebivalcev, Slovenija 2003-2010



# Gibanje števila zdrav.in zobozdr. v Sloveniji, 2003-2011

Število	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Index 2011 /2003
Štev. zdrav.	4671	4767	4873	4910	4981	5015	5069	5132	5272	112,9
Štev. zdrav. v zdravstvu	4485	4589	4692	4740	4814	4854	4915	4979	5121	114,2
Štev. zdrav. v boln.	2502	2634	2725	2759	2781	2811	2822	2841	2937	117,4
Štev. zdrav. v osn.zdr.	1533	1511	1500	1499	1532	1535	1578	1618	1666	108,7
Štev. zobozdr.	1233	1226	1231	1238	1269	1250	1272	1298	1319	107,0
Štev. zobozdr. v zdravstvu	1203	1193	1198	1202	1234	1216	1236	1259	1280	106,4

# Problematika načrtovanja in perspektive

- Sedanje število zdravnikov in dipl./višjih med.sester je že skoraj doseglo tisto, kar zmore naša ekonomija
- Potrebno bo hitro ukrepanje, da bi se izognili strukturni brezposelnosti:
  - Takojšnje zmanjšanje vpisa na obe MF
  - Ukinitev nekaterih zdravstvenih fakultet in srednjih zdravstvenih šol ter splošna omejevalna politika vpisa na študij zdravstvene nege

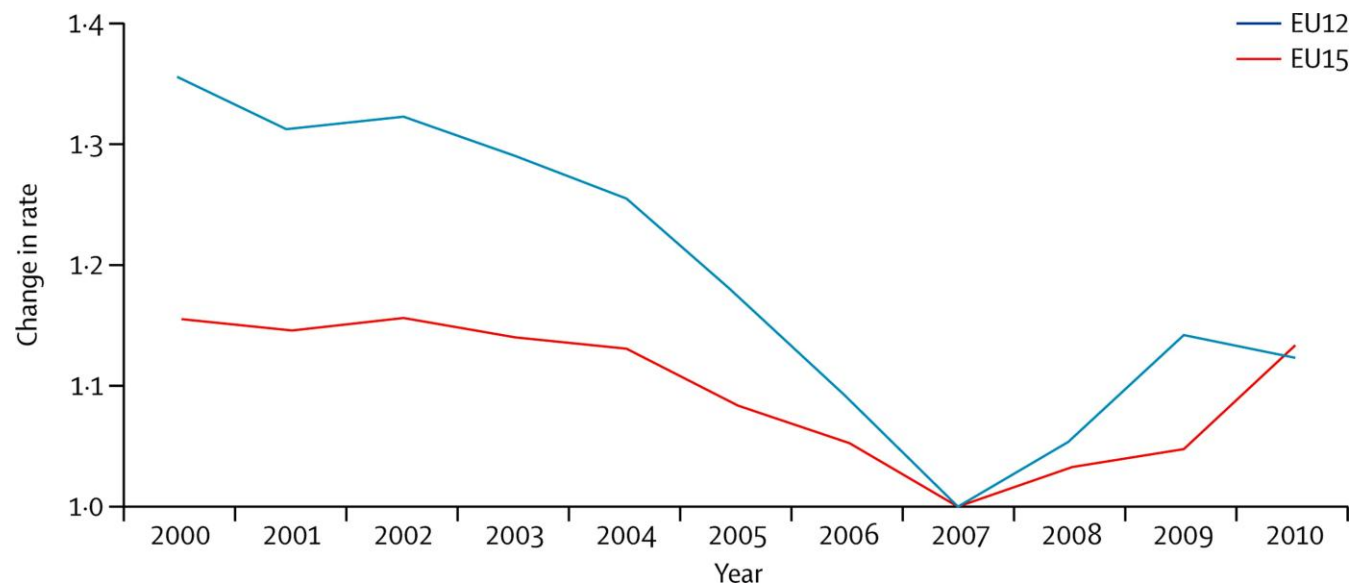
# Problematika načrtovanja in perspektive 2.

- Opredelitev standardov potreb po kadru tako na primarni, kot tudi na sekundarni ravni
- Razmejitev kompetenc med posameznimi profili, predvsem med zdravniki in med.sestrami ter med ginekologi in bobicami
- Omejevanje priliva zdravstvenih delavcev iz tujine

# (Finančna) kriza in zdravstveni sistemi

- Finančna kriza je velik izziv za zdravstvene sisteme.
- Učinki:
  - Zmanjšanje sredstev za zdravstvo
  - Zmanjšanje možnosti za zaposlovanje, izobraževanje in usposabljanje
  - Manjša zaposlenost in kupna moč prebivalstva
  - Večje breme nekaterih bolezni in poškodb kot posledica krize
  - Veliko breme duševnih motenj in odvisnosti

# Letne spremembe v stopnjah umrljivosti zaradi samomora v državah EU



Vir: WHO Mortality Database<sup>62</sup> and Eurostat (for France, Greece, and Luxembourg for 2010).<sup>5</sup> No data were available for Italy and Denmark for 2010. Rate of suicide in 2007=1.



# Zmanjšanje sredstev za zdravstvo

- Tipičen ukrep restriktivne varčevalne politike kot odgovor na ekonomske probleme
- Velik pritisk na izvajalce in na zagotavljanje izvajanje storitev
- Slabšanje dostopnosti – daljše čakalne vrste, odlaganje nenujnih posegov, finančne stiske izvajalcev, uvajanje participacije in samoplačništva
- Postopno zmanjševanje obsega storitev in zmanjševanje proračunov izvajalcev



# Zmanjševanje zaposlenosti in/ali zaposlovanja

- Ukrepi tudi v Sloveniji – Zakon o uravnoveženju javnih financ
- Posledice sprejetja novega Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – daljša delovna doba za že zaposlene starejše
- Situacija podobna kot v obdobju 1990/1991, vendar je takrat bila situacija z zaposlovanjem manj strukturno pogojena

# Manjša zaposlenost in kupna moč prebivalstva

- Dejansko se je število brezposelnih v Sloveniji od septembra 2009, ko jih je bilo 56.000 povečalo na 124.000 v februarju 2013 (neto +68.000 oseb).
- Novi brezposelni ne prispevajo k vplačilom obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar vseeno koristijo zdravstvene storitve
- Splošno se je in se še bo poslabšala kupna moč prebivalstva, kar bo zmanjšalo povpraševanje tudi po samoplačniških storitvah – npr. zobozdravstvo

# Vloga Slovenije v Svetovni zdrav.organizaciji



Ljubljanska listina (1996)



Evropski akcijski plan za krepitev javnega zdravja

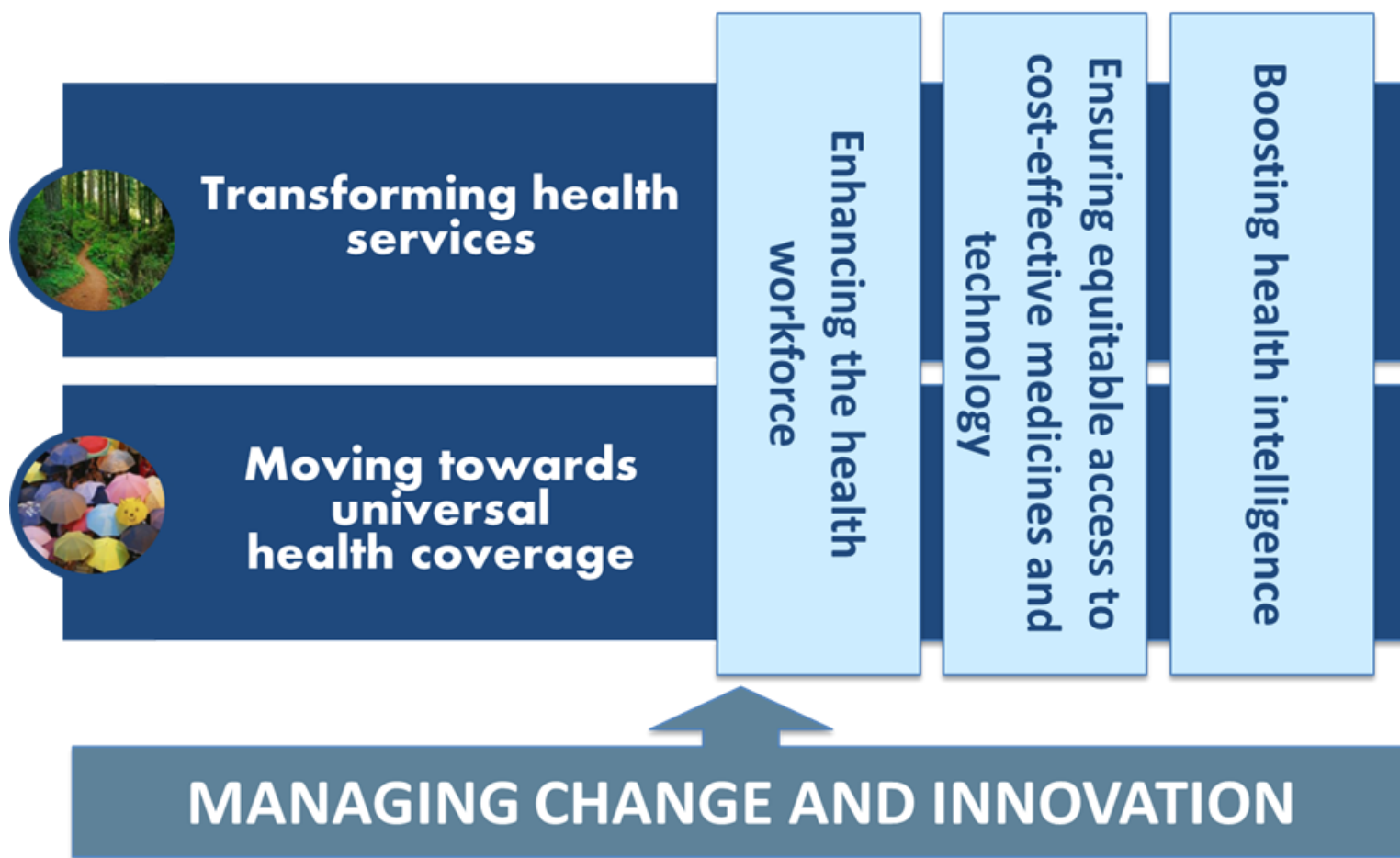


Uveljavljanje Talinske listine (2008)



Vrednotenje učinkovitosti zdravstvenega sistema

# Prioritete evropskega urada SZO



# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## **Zdravstveno varstvo**

je skupek ponudnikov oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti, njenih plačnikov, zavarovalcev in zavarovancev ter vseh sektorjev, služb in dejavnosti, ki omogočajo njegovo delovanje. Poleg tega pa tudi dejavnosti, ki so povezane z ohranjanjem zdravja in preprečevanjem bolezni v širšem smislu.

# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Mreža javne zdravstvene službe

- Izvajalci zdravstvenega varstva, ki delujejo za javno-finančne vire. Sem sodijo tudi zasebni izvajalci s koncesijo in pogodbo s plačnikom, ki se financira iz javnih financ.
- Mreža javne zdravstvene službe= javni zdr. zavodi + zasebni zdravstveni zavodi s koncesijo+ zasebni samostojni izvajalci s koncesijo
- V mrežo javne zdravstvene službe NE sodijo zasebniki, ki nimajo koncesijske pogodbe.

# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Zdravstvena dejavnost

Tvorijo jo izvajalci zdravstvenega varstva, organizirani na treh ravneh: primarni, sekundarni in terciarni. Njen predmet delovanja je obravnava bolnikov in drugih uporabnikov storitev povezanih z zdravljenjem bolezni ali njihovim preprečevanjem v ožjem smislu.

# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Koncesioniranje

Koncesija je javno pooblastilo za izvajanje določene dejavnosti. Glede na urejanje medsebojnih razmerij pri tem ločimo dva ključna partnerja:

- Koncesionar - tisti, ki koncesijo potrebuje (ali jo želi) in se mu jo dodeli
- Koncedent - tisti, ki koncesijo podeljuje

Medsebojna razmerja koncesionar in koncedent urejata s koncesijsko pogodbo.



# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## **Sistem zdravstvenega varstva**

Sistem zdravstvenega varstva je skupek formalnih prizadevanj, zavez, osebja, ustanov, ekonomskih virov in raziskovalnih prizadevanj, ki jih država namenja za obvladovanje:

- bolezni,
- prezgodnje umrljivosti,
- oviranosti,
- preventive,
- rehabilitacije, ter za druge probleme povezane z zdravjem prebivalstva.

# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Partnerji - 'igralci'

- bolniki (pacienti)
- izvajalci zdravstvenega varstva: zdravstveni delavci in ustanove
- plačniki ('financerji'): vladni, zasebni
- vlada: zakonodajna funkcija, plačnik, lastnik, delodajalec
- delodajalci in delojemalci

# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Okolje ('scenografija')

- zdravstveno stanje (epidemiološki podatki)
- kultura
- znanje in zmogljivosti izvajalcev
- ekonomija
- zgodovina
- politika

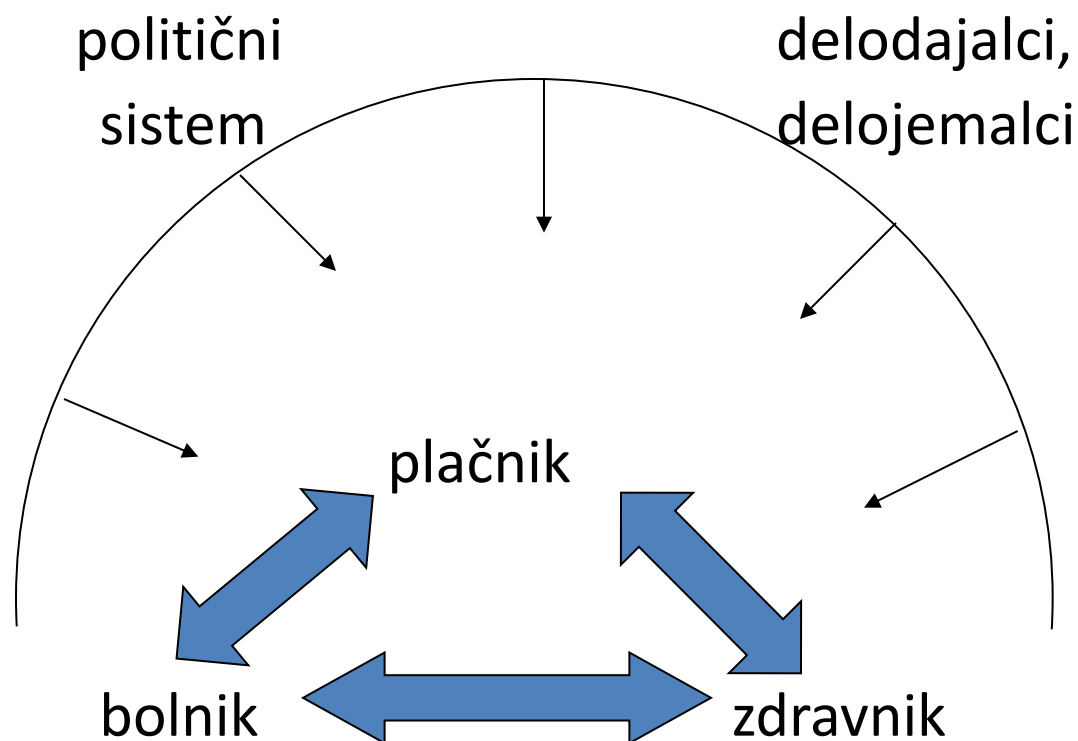
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

**Značilnosti sistema zdr. varstva** opišemo z:

- vedenjem bolnikov ('pacientov') oziroma porabnikov
- profesionalizacijo
- institucionalizacijo in organizacijskim razvojem
- vizijo glede financiranja in plačevanja (zdravstveno tržišče)
- (de)regulacijo in (de)centralizacijo

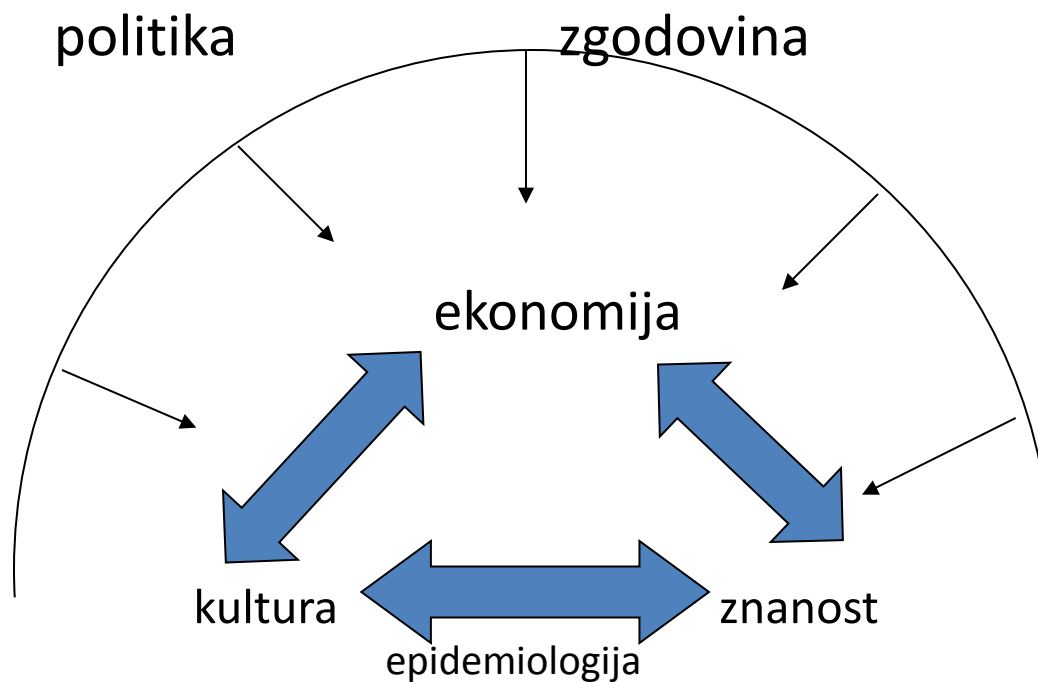
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Partnerji - shematična ponazoritev



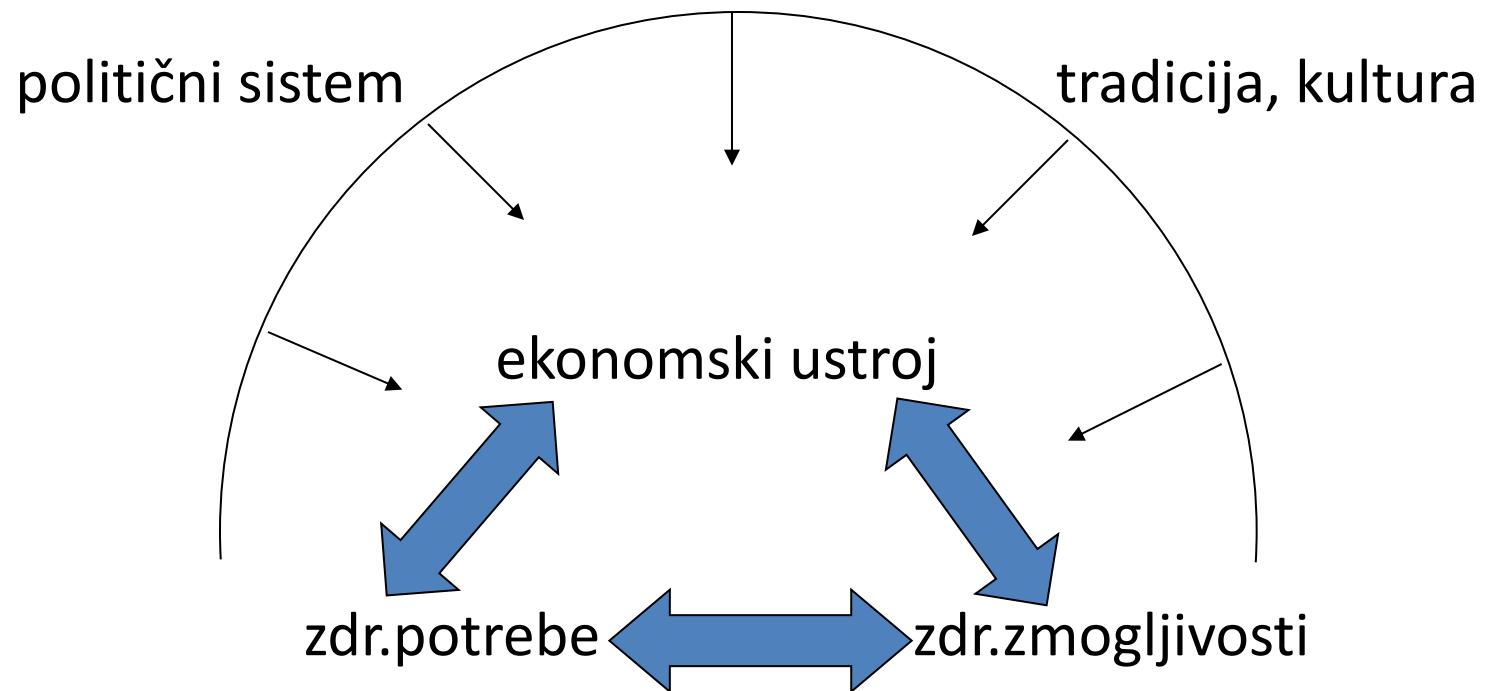
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Okolje - shematična ponazoritev



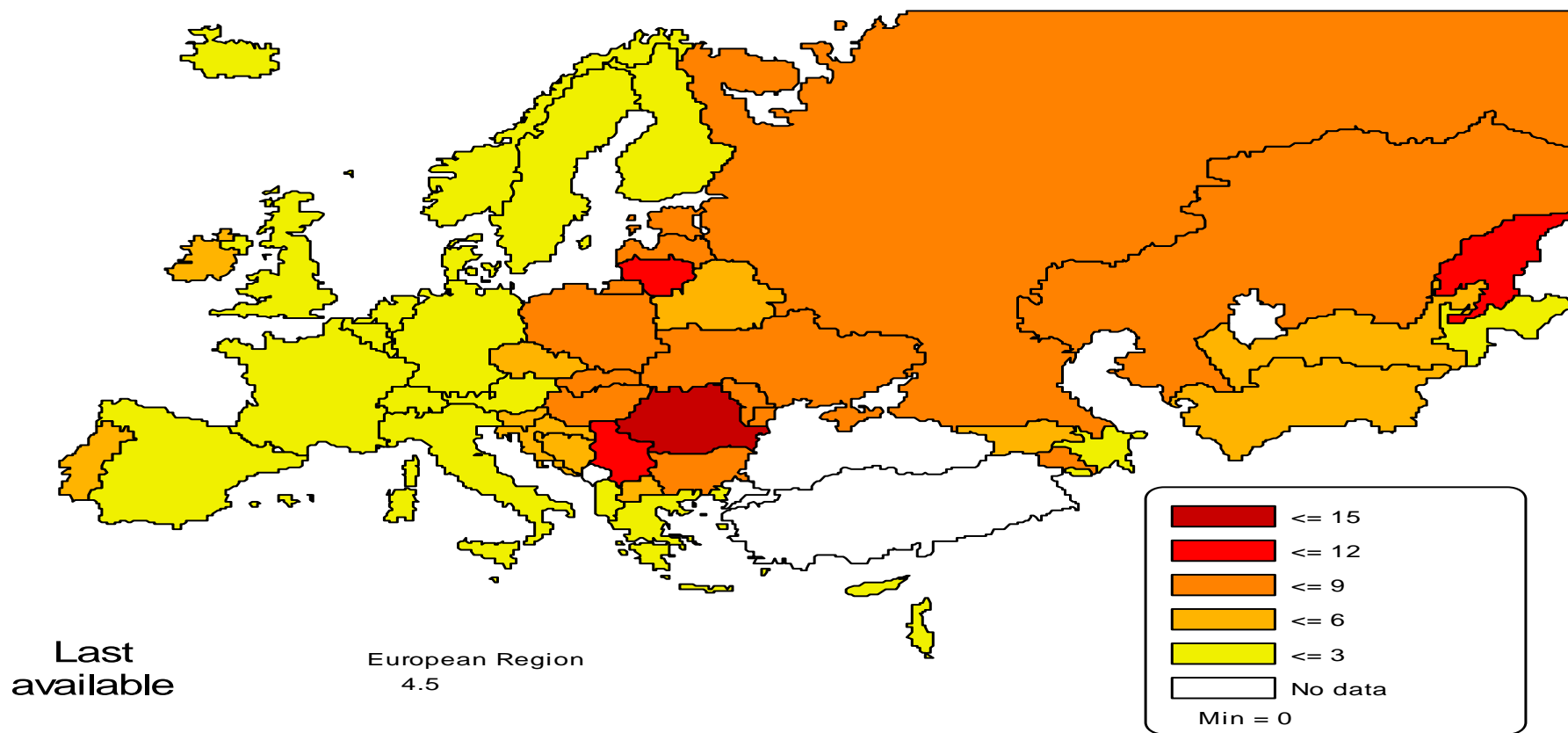
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

## Sistem zdr.varstva - shematična ponazoritev



# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

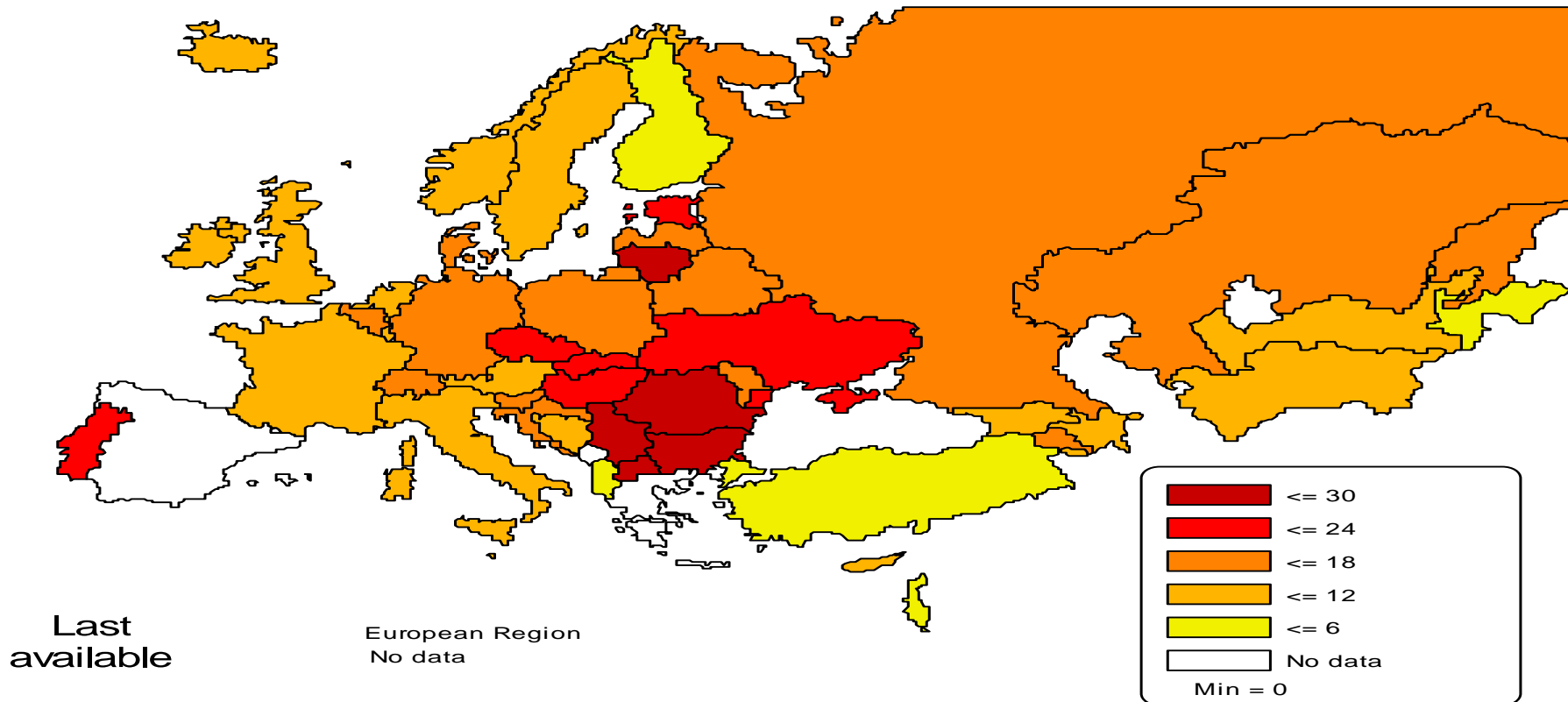
SDR, cancer of the cervix, all ages, per 100000





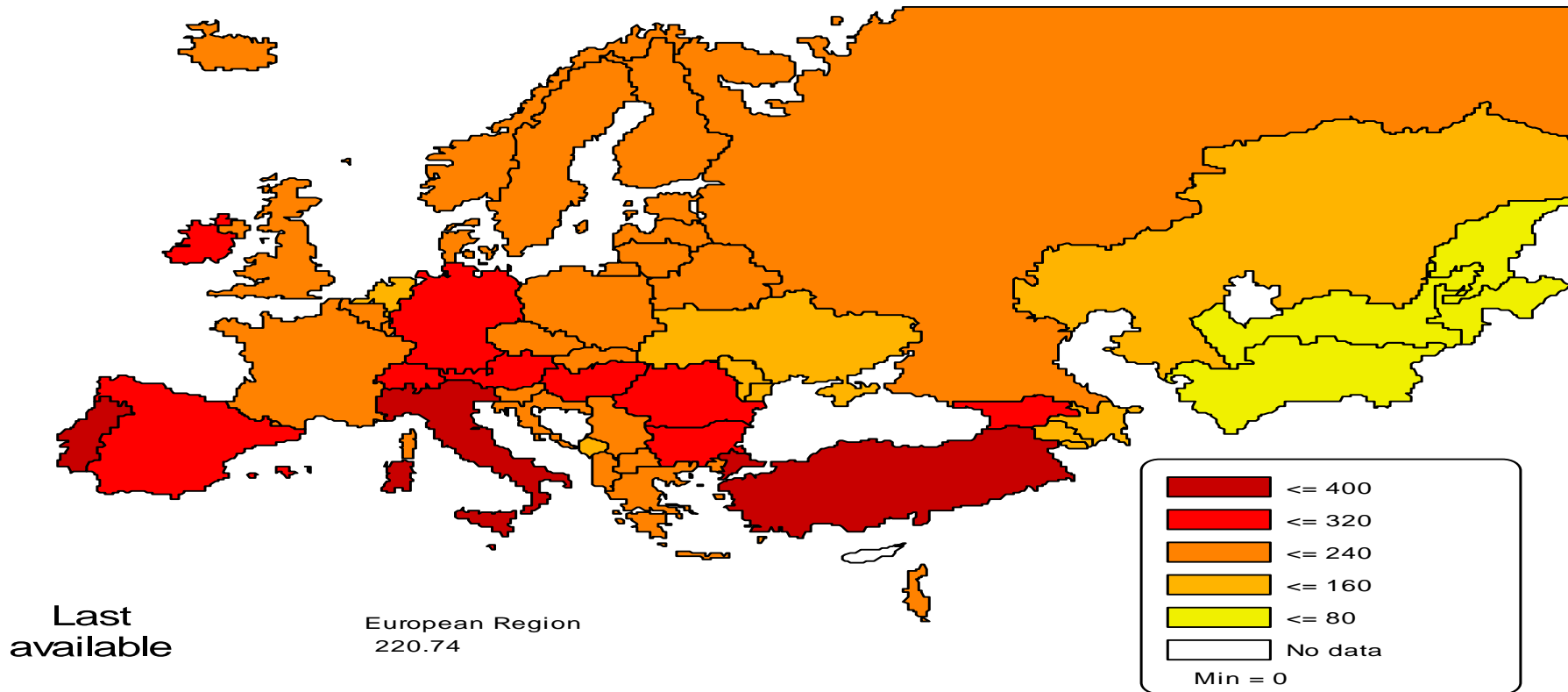
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Cervix uteri cancer incidence per 100000



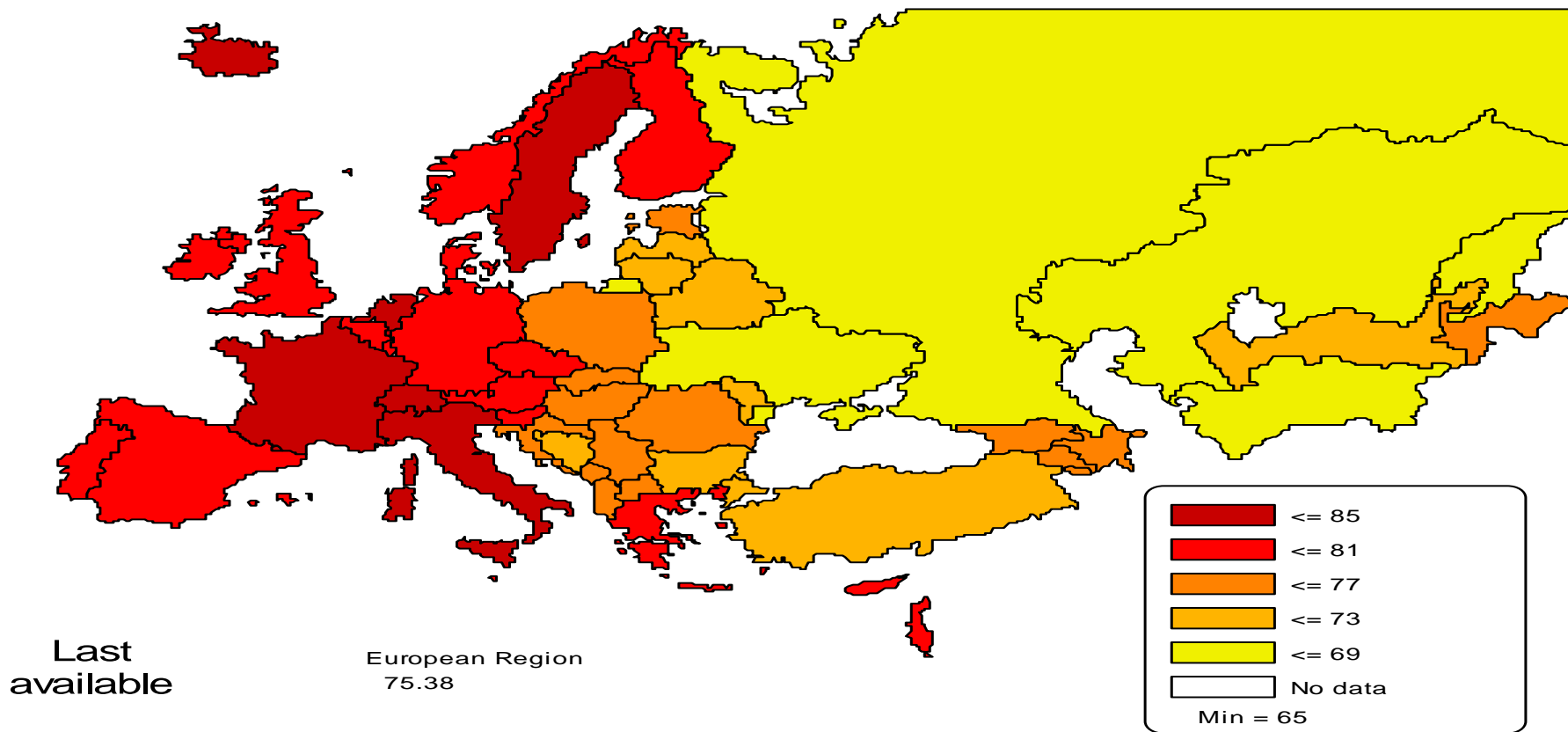
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Caesarean sections per 1000 live births



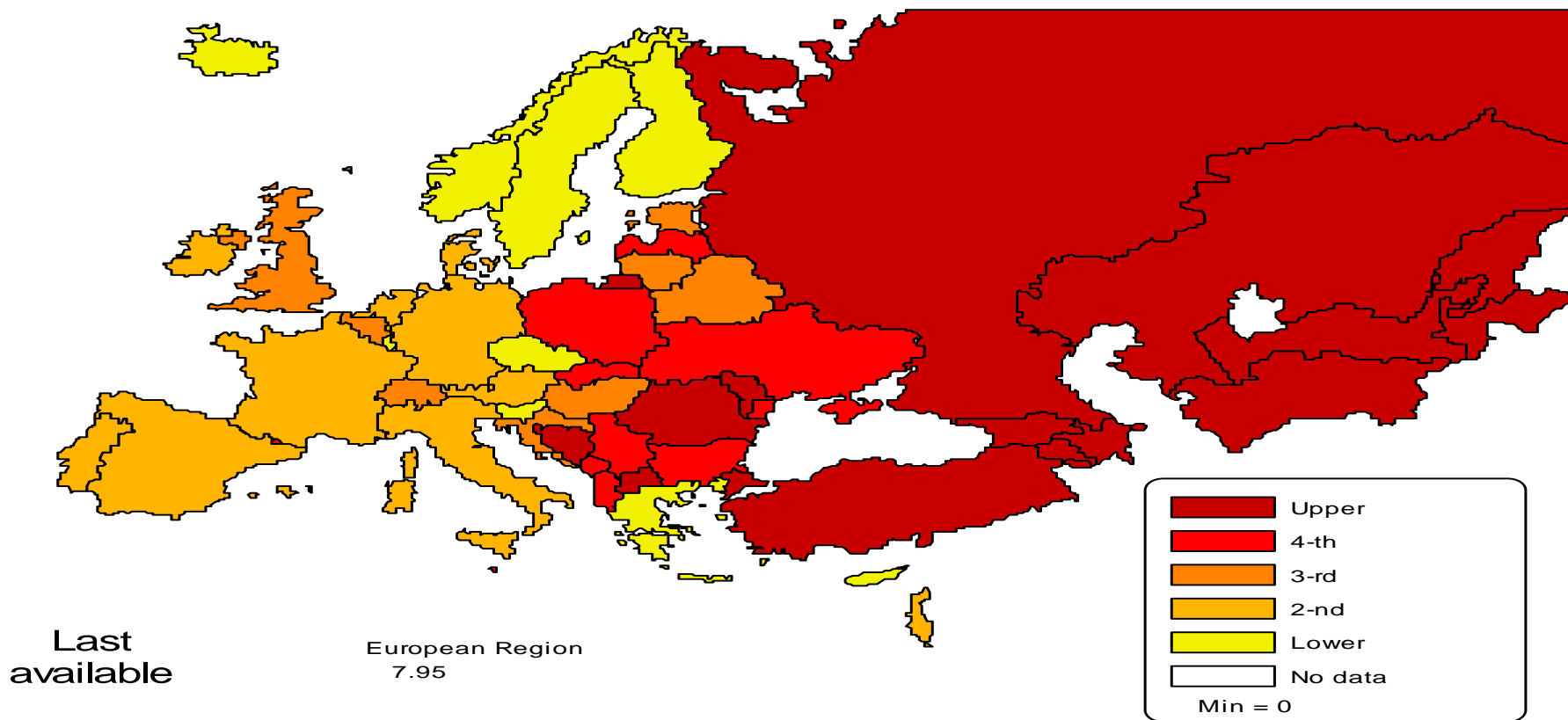
# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Life expectancy at birth, in years



# ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Infant deaths per 1000 live births



Last available