

30.

STROKOVNO SREČANJE EKONOMISTOV IN POSLOVODNIH DELAVCEV V ZDRAVSTVU

»ZDRAVSTVO NA PRELOMU«



LAŠKO, 29. in 30. maj 2025



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

»Zdravstvo na prelomu«

**LAŠKO, Thermana,
29. in 30. maj 2025**



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana
Tel.: (05) 922 71 98, Faks: (05) 922 71 99

UPRAVNI ODBOR DRUŠTVA:

Helena Ulčar Šumčič, Bogdan Tušar, Maja Bertoncelj, mag. Sabina Grm, Marjan Javornik,
Damjana Jelačin Ivanovič, Vida Komel, mag. Marjetka Kozar, doc. dr. Denis Tomše, Jana Vučak,
Nino Zajc, Anton Zorko in Matjaž Žura

PROGRAMSKI ODBOR SREČANJA:

Helena Ulčar Šumčič in Bogdan Tušar

ORGANIZACIJSKI ODBOR SREČANJA:

Irena Mrzelj, Jana Vučak in Anton Zorko

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu
Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana
Ljubljana, maj 2025

Lektoriranje: HIERONYMUS prevajanje in lektoriranje,
Nives Mahne Čehovin

Za ogled publikacije lahko uporabite naslednjo povezavo:
<http://www.devz.si/2025/05/21/zbornik-in-prezentacije-30-strokovnega-srecanja-ekonomistov-in-poslovodnih-delavcev-v-zdravstvu-lasko-29-in-30-maj-2025/>

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

COBISS.SI-ID 237274371

ISBN 978-961-95979-5-8 (PDF)

PROGRAM SREČANJA

Četrtek, 29. maj 2025

- 08:30 – 09:30** **Registracija udeležencev**
- 09:30 – 09:40** **Zdravstvo na prelomu - uvodni nagovor**
Helena Ulčar Šumčič,
predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu
- 09:40 – 10:00** **Predstavitev Splošne bolnišnice Celje**
dr. Dragan Kovačič, Splošna bolnišnica Celje
- 10:00 – 10:30** **Reforma zdravstvenega sistema v Nemčiji**
Marc Schreiner, Berlinsko združenje bolnišnic
(predavanje preko AVK bo potekalo v angleškem jeziku)
- 10:30 – 11:00** **Spremljanje stroškov po pacientu:**
vloga v zdravstvenem sistemu in izzivi v praksi
izr. prof. dr. Petra Došenovič Bonča,
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani
- 11:00 – 11:20** **Poslovanje JZZ – včeraj, danes, jutri?**
mag. Vlasta Mežek, Ministrstvo za zdravje
- 11:20 – 11:40** **Vodenje, upravljanje in reorganizacija**
v slovenskem zdravstvu
dr. Erik Brecelj, Janez Poklukar in Gorazd Podbevšek,
Strateški svet za zdravstvo
- 11:40 – 11:50** **Razprava**
- 11:50 – 12:20** **Odmor**
- 12:20 – 12:40** **Kakovost v JZZ na podlagi novega zakona**
Biserka Simčič, Ministrstvo za digitalno preobrazbo
- 12:40 – 13:00** **Razporejanje kadra s pomočjo umetne inteligence**
Petra Rutar, Splošna bolnišnica Jesenice
- 13:00 – 13:20** **Predlogi reformnih ukrepov in oblikovanje novih**
modelov financiranja
mag. Robert Ljoljo, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 13:20 – 13:40** **Kaj (ne)vemo o financiranju lekarniške dejavnosti**
mag. Darja Potočnik Benčič, Lekarniška zbornica Slovenije
- 13:40 – 14:00** **Zdravstvo na terapiji**
Damjan Perne, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
- 14:00 – 16:00** **Odmor za kosilo**
- 16:00 – 19:00** **Izlet**
- 20:00** **Družabni večer**

Petek, 30. maj 2025

- 09:00 – 09:20 Uveljavitev dolgotrajne oskrbe - vidik ZZZS**
mag. Tatjana Kolenc,
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 09:20 – 09:50 Aktualno v zdravstvu**
dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje
- 09:50 – 10:20 Digitalizacija zdravstva**
mag. Teja Batagelj, Ministrstvo za zdravje
- 10:20 – 10:50 Neprekinjena dostopnost – realnost ali utopija?**
doc. dr. Marko Jug, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 10:50 – 11:20 Vpliv ZZdej na dostopnost zdravstvenih storitev**
prim. mag. Dorijan Marušič, Zdravstveni zavod Celjenje
- 11:20 – 11:30 Razprava**
- 11:30 – 12:00 Odmor**
- 12:00 – 12:20 Vpliv ZZdej na poslovanje JZZ**
Tatjana Jevšev, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
- 12:20 – 12:40 Kodiranje – znanje ali umetnost?**
Vanja Aleksejev, Univerzitetni klinični center Maribor
- 12:40 – 13:10 Primerjava zdravstvenih modelov EU z vidika financiranja**
dr. Diana Grad
- 13:10 – 13:20 Razprava in sporočila srečanja**
- 13:20 Zaključek srečanja**

VSEBINA

Zdravstvo na prelomu	7
Helena Ulčar Šumčič, predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu	
Predstavitev Splošne bolnišnice Celje	11
dr. Dragan Kovačič, Splošna bolnišnica Celje	
Poslovanje JZZ – včeraj, danes, jutri?	15
mag. Vlasta Mežek, Ministrstvo za zdravje	
Vodenje in upravljanje javnih zdravstvenih zavodov	23
dr. Erik Breclj, Janez Poklukar in Gorazd Podbevšek, Strateški svet za zdravstvo	
Kakovost v zdravstvenih zavodih na podlagi novega Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu	29
Biserka Simčič, Ministrstvo za digitalno preobrazbo	
Razporejanje kadra s pomočjo umetne inteligence	35
Petra Rupar, Splošna bolnišnica Jesenice	
Kaj vemo o financiranju lekarniške dejavnosti in česa ne	39
mag. Darja Potočnik Benčič, Lekarniška zbornica Slovenije	
Vpliv ZZdej na poslovanje JZZ	47
Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije	
Kodiranje – znanje ali umetnost?	53
Vanja Aleksejev, Univerzitetni klinični center Maribor	
Primerjava zdravstvenih modelov EU z vidika financiranja	63
dr. Diana Grad	



Helena Ulčar Šumčič

Društvo ekonomistov v zdravstvu



»Zdravstvo na prelomu«

Predstavljene teme tokratnega srečanja pomenljivo povezuje rdeča nit z naslovom »Zdravstvo na prelomu«, ki nakazuje osrednjo misel dogodka. A to ni le misel, temveč realnost, v kateri živimo, delamo in odločamo. Ponovno ugotavljamo, da ni več dovolj zgolj razpravljati o težavah; čas je, da ukrepamo. Prelom pomeni spremembo smeri, pomeni odločitev – in zdravstvo danes potrebuje oboje.

Prelom predstavlja več plasti sprememb: finančni prelom – zdravstvo je vse dražje, viri zanj pa ostajajo omejeni. Organizacijski prelom – razkorak med javnimi zavodi in koncesionarji razkriva sistemske pomanjkljivosti, ki ogrožajo koherentnost in pravičnost javne zdravstvene mreže. Tehnološki prelom – digitalizacija ni več izbira, temveč nujnost. In nenazadnje, kulturni prelom – kako razmišljamo o zdravstvu, o pacientih in o odgovornosti vseh deležnikov.

Zdravstveni sistemi po vsem svetu doživljajo velike spremembe – demografski pritiski, tehnološki razvoj, pandemije, porast kroničnih bolezni, migracije zdravstvenega kadra in rast stroškov. Vse to pa so dejavniki, ki na vseh ravneh izzivajo našo sposobnost zagotavljanja dostopnih, kakovostnih in trajnostnih storitev. Slovenija pri tem ni izjema. Naša odgovornost je, da te izzive prepoznamo, jih naslovimo in iz njih oblikujemo podlage, ki bodo zagotovile odporen in učinkovit zdravstveni sistem, prilagojen potrebam prebivalstva danes in v prihodnosti.

Slovensko zdravstvo se že več let sooča s strukturnimi neravnovesji. Mnogo bolnišnic je po letu 2008 zdrsnilo v dolgove, predvsem zaradi

kombinacije podfinanciranih storitev, varčevalnih ukrepov in zastarelih sistemov. Danes se, kljub povečanju obsega storitev, številne ustanove še vedno spopadajo z zapadlimi obveznostmi, pomanjkanjem kadra, zastarelo infrastrukturo in visokimi operativnimi stroški. Brez temeljite prenove sistema financiranja bo težko zagotoviti njegovo dolgoročno vzdržnost.

Na letošnjem srečanju zato predstavljamo tudi izkušnje iz tujine, in sicer najnovejšo nemško zdravstveno reformo, ki jo mnogi označujejo za najgloblji poseg v organizacijo zdravstvenega sistema v zadnjih desetletjih. Ta reforma opozarja, da ni dovolj ukrepati le s posameznimi parcialnimi ukrepi – potrebni so celoviti posegi v financiranje, standardizacijo kakovosti in racionalizacijo mreže izvajalcev.

Glavni cilj reforme, ki bo potekala do leta 2029, je prilagoditev sistema potrebam sodobne družbe, s poudarkom na večji operativni učinkovitosti, finančni vzdržnosti in boljši dostopnosti kakovostne zdravstvene obravnave. Ključna novost je prenova sistema financiranja. Tradicionalni model plačevanja po diagnostičnih skupinah (DRG oz. SPP), ki je bil v Nemčiji pogosto kritiziran zaradi spodbujanja nepotrebnih posegov in neučinkovitosti, bo postopno nadomeščen s hibridnim sistemom. V njem bodo bolnišnice 60 % fiksnih sredstev prejele za zagotavljanje kadrovskih in infrastrukturnih pogojev za izvajanje določenih storitev, preostanek pa bo odvisen od kakovosti in količine dejansko opravljenih postopkov. Storitve ne bo več mogoče opravljati kjerkoli – bolnišnice bodo razvrščene v 65 storitvenih skupin na podlagi

merljivih kakovostnih kriterijev, kar bo zagotovilo, da se posamezne storitve izvajajo zgolj tam, kjer za to obstajajo ustrezni kadrovski in infrastrukturni pogoji. Poleg financiranja se reforma osredotoča tudi na večjo preglednost delovanja sistema, spremljanje kakovostnih kazalnikov ter postavljanje jasnih smernic za varnost bolnikov. Ključni element bo javna dostopnost podatkov o uspešnosti posameznih bolnišnic, vključno z izidi zdravljenja, kar bo pacientom omogočilo bolj informirane odločitve, hkrati pa vzpostavilo močan mehanizem spodbud za dvig kakovosti. Velik poudarek reforma namenja digitalizaciji – uvedbi elektronskih zdravstvenih zapisov ter razvoju telemedicine in drugih digitalnih rešitev, ki bodo omogočile boljše povezovanje med bolnišnicami, primarno zdravstveno ravni in specialistično dejavnostjo. Nova reforma namenja velik poudarek financiranju pripravljenosti, in sicer v dveh korakih, najprej testno obdobje leta 2027, nato uvedba v letu 2028. Vzpostavljajo novo obliko financiranja pripravljenosti v bolnišnicah, kjer se ne plačujejo zgolj opravljene storitve, temveč bolnišnice dobijo stalna sredstva za zagotavljanje zmogljivosti – osebje, oprema, prostor (stalna pripravljenost). S tem načinom financiranja želijo zmanjšati pritisk na bolnišnice, da izvajajo čim več storitev iz ekonomskih razlogov.

Reformni ukrepi vključujejo tudi strukturne spremembe – združevanje bolnišnic v regionalne mreže, razvoj specializiranih centrov in centralizacijo storitev za kompleksnejše primere. Manjše, manj učinkovite bolnišnice bodo postopno zaprte, bolniki pa preusmerjeni v zmogljivejše ustanove, kjer jim bosta lahko zagotovljeni višja kakovost in varnost oskrbe. Reforma hkrati nagovarja tudi kadrovske izzive – izboljšanje delovnih pogojev, zmanjšanje preobremenjenosti in večja podpora usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja so ključni ukrepi za ohranitev usposobljenega in motiviranega zdravstvenega osebja. Posebno vlogo ima tudi usklajevanje nalog med zvezno državo in deželami, saj je nemški sistem izredno decentraliziran. Reforma stremi k poenostavitvi regulacijskih postopkov in zmanjšanju birokracije, hkrati pa večjo avtonomijo bolnišnic povezuje z večjo odgovor-

nostjo za kakovost in učinkovitost. Z namenom uresničitve teh ciljev je bil ustanovljen poseben sklad v višini 50 milijard evrov, namenjen posodobitvi infrastrukture, podpori združevanju ustanov, spodbujanju specializacije in drugim strukturnim spremembam.

Reforma bolnišnic v Nemčiji bo dolgotrajen in kompleksen proces, katerega cilj je reševanje izzivov, ki jih prinaša spreminjajoče se družbeno okolje. Slovenija se medtem sooča z lastnimi sistemskimi težavami, zato nemški primer ponuja dragocene iztočnice za razmislek o domačih rešitvah.

Kako zagotoviti dostopno, kakovostno in vzdržno zdravstveno varstvo, je eno od ključnih vprašanj, s katerim se soočajo vse evropske države. Čeprav si države članice EU delijo temeljne vrednote, kot so solidarnost, univerzalnost in pravičnost, se njihovi zdravstveni sistemi med seboj razlikujejo – predvsem z vidika financiranja in tudi pravic. Razumevanje teh razlik je ključno za presojo učinkovitosti, dostopnosti in odpornosti posameznih sistemov, še posebej v luči staranja prebivalstva in naraščajočih stroškov zdravljenja zaradi razvoja medicinskih tehnologij.

Ne glede na zdravstveni model se danes vse evropske države soočajo s podobnimi izzivi, kot so finančna (ne)vzdržnost sistemov, neenakost v dostopnosti, pomanjkanje kadra in dolge čakalne dobe, napetosti med javnim in zasebnim sektorjem, ki pogosto vodijo v politično polarizacijo, ter družbeni pritiski na širitev obsega pravic ob omejenih sredstvih.

Primerjalne analize med državami kažejo, da idealnega modela ni mogoče enoznačno določiti, vendar se kot učinkovitejše kažejo tiste ureditve, ki združujejo močne javne temelje financiranja z jasno reguliranim in premišljenim vključenim zasebnim sektorjem, ki pa je potreben in ga ne smemo zanemariti. Tak pristop omogoča boljšo odzivnost sistema, večjo učinkovitost in hkrati ohranja temeljno načelo solidarnosti. Sistemi, kjer so plačniki in izvajalci zdravstvenih storitev ločeni, pogosto dose-

gajo večjo preglednost in konkurenčnost, saj se izvajalce spodbuja k večji uspešnosti, medtem ko centralizirani sistemi praviloma zagotavljajo večjo enakost pri dostopu, a so pogosto manj fleksibilni in manj učinkoviti pri odzivanju na spremembe. Kljub tem razlikam pa vse bolj postaja jasno, da dolgoročna stabilnost zdravstvenih sistemov ni odvisna zgolj od izbire modela, temveč predvsem od pripravljenosti držav, da vlagajo v preventivo, uvajajo digitalizacijo in izboljšujejo upravljanje virov. Za prihodnost evropskega zdravstva je zato ključno, da države okrepijo javne vire financiranja in jih dopolnjujejo s pametno vključitvijo zasebnih resursov, vendar le kot dopolnilo javnemu sistemu, ne kot njegova zamenjava. Ob tem je treba ohraniti mehanizme solidarnosti, še posebej za zaščito ranljivih skupin, hkrati pa spodbujati napredne digitalne rešitve in optimizacijo zdravstvenih procesov z namenom zniževanja stroškov in povečanja kakovosti. Pri tem je nujno, da države razvijajo nadzorne mehanizme za učinkovito spremljanje stroškov, nadzor kakovosti in usmerjanje virov tja, kjer so ti najbolj potrebni. Primerjava zdravstvenih modelov v EU skozi prizmo financiranja razkriva kompleksno sliko različnih pristopov, ki pa imajo vsi isti cilj – oblikovanje zdravstvenega sistema, ki bo kos prihodnjim demografskim in finančnim izzivom, hkrati pa bo zagotavljal, da bo vsak državljan, ne glede na socialni ali ekonomski položaj, imel dostop do pravočasne in kakovostne zdravstvene oskrbe. Najuspešnejši bodo tisti modeli, ki bodo znali uskladiti najboljše prakse različnih ureditev, jih prilagoditi lastnim družbenim razmeram in strateško načrtovati prihodnost zdravstva kot enega najpomembnejših stebrov sodobne države blaginje.

Eden izmed ključnih, a pogosto spregledanih vidikov zdravstvene reforme je tudi kakovost oskrbe. V zadnjih letih se je na tem področju veliko razpravljalo, vendar sistematičnih in celovitih ukrepov še vedno primanjkuje. Spremljanje kakovosti ne sme ostati le administrativna zahteva – je temeljna naloga vsakega sodobnega zdravstvenega sistema. Potrebujemo sistem, ki bo temeljil na zaupanju, učenju in merljivih izboljšavah, potrebujemo kulturo, ki nagrajuje

učenje iz napak, spodbuja notranje izboljšave in paciente vključuje v oblikovanje storitev. V času zdravstvenih reform imamo priložnost kakovost postaviti v središče – ne kot dodatno zahtevo, temveč kot ključni pogoj za varno, učinkovito in dostojanstveno obravnavo vseh pacientov. Samo sprejetje zakona ne bo dovolj, zagotoviti bo treba njegovo dosledno izvajanje v praksi, ustrezno usposobiti kadre, vzpostaviti kulturo stalnega izboljševanja ter zagotoviti mehanizme za spremljanje in evalvacijo sprejetih ukrepov. Zakon kot tak za izvajalce pomeni večjo odgovornost, za odločevalce pa sistemski ukrep k spremljanju izidov. Vsi vemo, da bo to zahteven proces, vendar je nujen, če želimo ohraniti zaupanje državljanov v javni zdravstveni sistem.

Digitalne rešitve ponujajo priložnost za večjo učinkovitost in preglednost. A brez spremembe organizacijske kulture in ustreznega izobraževanja kadra so tehnologije lahko tudi breme. Digitalizacija mora biti sredstvo, ne cilj. Smiselno jo je uvajati tam, kjer resnično prispeva k razbremenitvi osebja, večji varnosti pacientov in boljšemu upravljanju virov. Potrebujemo modele, ki bodo povezovali podatke, ne pa ustvarjali dodatne ločnice med oddelki in ustanovami.

Čas je tudi, da poudarimo pomembnost lekarniške dejavnosti, ki pogosto ostaja v senci razprav o bolnišnicah in zdravstvenih domovih. Lekarne so prva stična točka za mnoge ljudi – še posebej v manjših krajih. Farmacevti ne delijo zgolj zdravil, temveč znanje, svetovanje in podporo pri obvladovanju bolezni. A sistem, v katerem delujejo, se ni bistveno spremenil že desetletja. Novi časi terjajo nov pristop – od kadrovskega okvira do vrednotenja storitev in učinkovitega vključevanja lekarniške dejavnosti v celotno verigo zdravstvene oskrbe. Če želimo, da bodo lahko še naprej opravljali to pomembno vlogo, jih moramo tudi sistemsko podpreti.

Imamo znanje, imamo predanost zdravstvenih delavcev in imamo institucije z dolgo tradicijo. A imamo tudi sistem, ki ga je vse težje usklajevati z realnostjo: razdrobljeno regulativo, omejeno preglednost, kadrovske stiske in pogosto premalo posluha za razvoj, ki bi izhajal iz po-

treb ljudi. Še vedno preveč odločitev sprejemamo, kot da imamo na voljo neskončno časa. A čas se izteka.

Naj prelom ne pomeni razpadanja, temveč preobrazbo. Kjer ekonomika zdravstva ni le upravljanje stroškov, ampak ustvarjanje vrednosti za bolnika. Kjer sistem ni zaprt krog težav, temveč odprt prostor rešitev.

Spoštovane kolegice in kolegi, če želimo zdravstvo, ki bo odzivno, vzdržno in pravično, potrebujemo več kot le dobre namene. Potrebujemo jasne cilje, politični pogum in predvsem sposobnost sodelovanja. Premalo se zavedamo, da vsi deležniki – od zdravstvenih delavcev do oblikovalcev politik in pacientov – sedimo v istem čolnu. Ko izgubimo občutek skupnega interesa, zdravstvo razpade na parcialne bitke. Ko ga ponovno vzpostavimo, zgradimo sistem, ki služi ljudem. Zavedati se namreč moramo, da je prav zdravstvo temeljni družbeni sistem, katere-

ga kakovost, dostopnost in pravičnost določajo kakovost življenja vseh državljanek in državljanov. Zato reforme na tem področju ne morejo biti prepuščene zgolj posameznim interesom ali kratkoročnim političnim ciljem. Nujen je poglobljen razmislek o tem, kakšen zdravstveni sistem v 21. stoletju potrebujemo.

Postavimo sistem, ki ne bo več nihal med improvizacijo in gasilskimi ukrepi, temveč bo načrtovan, utemeljen in usmerjen v dolgoročno kakovost, vzdržnost ter strokovno odličnost.

Tema letošnjega srečanja – zdravstvo na prelomu – ne označuje zgolj prelomnega trenutka, temveč tudi prelomno odgovornost. Smo na točki, ko utečeni modeli niso več kos sodobnim izzivom, hkrati pa še ni jasno, katere poti bodo vodile do boljše prihodnosti. A če kdaj, potem je zdaj čas za iskren razmislek in pogumen premik naprej.

dr. Dragan Kovačič
Splošna bolnišnica Celje



Predstavitev Splošne bolnišnice Celje

140 let od začetkov bolnišnice



Slika 1: Gizelina bolnišnica

1. PRVI ZAPISI O ZDRAVSTVU NA CELJSKEM

Četudi je bila Gizelina bolnišnica, ki je preurejena in nadzidana v uporabi še danes, zgrajena v letu 1887, zgodovina bolnišničnega zdravljenja na Celjskem sega daleč v 15. stoletje. Prvo pisno poročilo o prisotnosti zdravnika v Celju imamo namreč iz leta 1421, zdravnike pa redno omenjajo vse od 16. stoletja dalje. V mestu je bil sprva vsaj en zdravnik, ki ga je nameščal plemiški deželni odbor na predlog plemiškega odbora celjske grofije oziroma četrti. Zdravil je samo

gospodo, plemstvo in deloma tudi meščane. Slednji so bili sicer obravnavni predvsem v t. i. meščanskih špitalih, kjer so oskrbovanci med drugimi prejeli osnovno bolniško nego. Mesto Celje je svoj prvi špital dobilo okoli leta 1350, 7. marca 1533 pa je cesar Ferdinand I. potrdil listino o novem mestnem špitalu sv. Elizabete. Kljub visokemu statusu pa zdravnik pacientov ni pregledoval, kot to zdravniki počno danes, kaj šele, da bi si doktor medicine mazal roke s telesno preiskavo bolnikov, kirurškimi posegi ali porodi. Delo doktorja medicine je bilo postaviti diagnozo s kar najbolj učenim razpravljanjem,

medtem ko so bili za venesekcije, klistirje, ekstrakcije in drugo zadolženi kirurgi in ranocelniki, manjkalo pa ni niti porodničarjev in babic.

2. KONEC 19. STOLETJA IN ZAČETEK 20. STOLETJA

19. stoletje je prineslo profesionalizacijo zdravniškega poklica in postavitev 26 postelj za pljučne bolnike v špitalu sv. Elizabete, kar lahko štejemo za prve zametke celjske bolnišnice. Zaradi dotrajanosti in prostorske stiske je celjska mestna občina odkupila Hoferjevo hišo in jo preuredila v bolnišnico, ki je imela od 60 do 80 bolniških postelj, kmalu pa so v neposredni bližini pričeli graditi tudi novo bolnišnico. 27. oktobra 1887 so odprli po cesarjevi hčeri poimenovano Gizelino bolnišnico (1). Imela je 174 bolniških postelj in že takrat dva oddelka: kirurškega z ordinacijsko sobo, operacijsko dvorano in bolniškimi sobami ter internega z lekarno in bolniškimi sobami. Pozneje so dogradili še dodatno operacijsko in rentgensko sobo ter infekcijsko bolnišnico. Že v tistem času je bila bolnišnica osrednji zdravstveni center na širšem celjskem območju. Leta 1931 je bil zgrajen Ginekološko-porodniški oddelek s 74 posteljami, ob koncu 2. svetovne vojne pa je imela bolnišnica štiri oddelke: internega, kirurškega, infekcijskega in ginekološko-porodniškega, katerim je kmalu sledil tudi pediatrični oddelek.

3. SOZD in ZCC

Po sprejetju ustavnega zakona leta 1953 se je samoupravljanje začelo uvajati tudi v zdravstvo. Leta 1957 je tako celjska bolnišnica obsegala kirurški oddelek s specialistično ambulanto za zunanje bolnike, interni oddelek, porodno-ginekološki oddelek z materinskim domom, ušesni oddelek, otorinolaringološki oddelek, dermatološki oddelek s specialistično ambulanto in dispanzerjem za venerične bolezni, infekcijski oddelek s specialistično ambulanto, otroški oddelek, pljučni oddelek in nevropsihiatrični oddelek. Zdravstvene enote za skupne potrebe so bile lekarna, prosektura, transfuzija, stomatološka ambulanta, rentgenska specialistična ambulanta in biokemični laboratorij. Leta 1976 so se Regionalni zdravstveni dom Celje, Splošna bol-

nišnica Celje ter Zavod za socialno medicino in higieno Celje združili v Sestavljene organizacije združenega dela (SOZD) »Združeni zdravstveni zavodi Celje«. Leta 1977 je bil sprejet razvojni program modernizacije bolnišnice, po katerem je bil zgrajen novi, rumeni del bolnišnice, ki je bil dokončan v letu 2009. SOZD se je sicer že leta 1978 prestrukturiral v Zdravstveni center Celje (ZCC). V tej obliki je organizacijska enota bolnišnice delovala vse do 31. decembra 1992, ko je prišlo do reorganizacije ZCC v Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Celje.

4. JAVNI ZAVOD SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE

S sredstvi republiškega sklada za investicije v zdravstvu in z lastnimi sredstvi nam je uspelo dokončati novogradnjo (2) in opremiti prostore za potrebe novega centralnega operacijskega bloka, odseka za intenzivno terapijo operativnih strok, enote za zgodnji pooperativni nadzor in oddelka za intenzivno interno medicino.

Centralni operacijski blok sestavlja pet popolnoma opremljenih operacijskih dvoran. Vsaka ima svoj predprostor za uvajanje v anestezijo. Operacijske dvorane so namenjene travmatološkim in endoskopskim posegom, za čiste plastične in rekonstruktivne posege, za žilno in ortopedsko kirurgijo ter za splošno in abdominalno kirurgijo. Vse operativne dvorane in konzilijarni prostor so povezani z video kabli. Povsem nova sta oddelka intenzivne medicine, pod bolnišnično streho pa je začel delati tudi diabetični dispanzer. Sledile so posodobitve bolnišnične kuhinje in izgradnja Oddelka za ledvične bolezni s centrom za dializo, Oddelka za ortopedijo in športne poškodbe ter Nevrološkega oddelka in Travmatološkega oddelka.

Leta 2006 smo s podporo velike donatorske akcije kupili koronarograf, strokovni razvoj pa leta 2007 nadgradili z nakupom gama kamere in endoskopske video linije. Kot prvi v Sloveniji smo leta 2010 nabavili robotski sistem da Vinci in začeli izvajati robotsko asistiranje operativne posege na področju urologije, leta 2015 na področju abdominalne kirurgije, leta 2024 pa tudi na področju ginekologije. 30. decembra 2015 je



Slika 2: Novogradnja



Slika 3: Nadomestna novogradnja s heliportom

ob 7. uri pričel delovati Urgentni center Celje, eno leto kasneje pa je bolnišnica prevzela še zadnji del dejavnosti nujne medicinske pomoči – mobilne reševalne enote nujne medicinske pomoči. Z njimi je zaokrožila enovito in celovito organizacijo Urgentnega centra Celje, v sklopu katerega delujeta tudi heliport in Pediatrični urgentni center.

V letu 2018 je Vlada Republike Slovenije sprejela sklep o zagotovitvi sredstev za izgradnjo na-

domestne novogradnje Splošne bolnišnice Celje iz proračunskih sredstev (3). Načrt novogradnje bolnišnice predvideva nove prostore v osrednjem delu sedanjega kompleksa in postopno rušenje starejših objektov. Načrt je razdeljen v štiri etape (0, 1, 2 in 3). Zaključeni sta etapi 0 in 1, katerih otvoritev je bila v začetku leta 2023, trenutno pa se nadaljuje javni razpis za dobavo in montažo splošne ter medicinske opreme za nadstropja 2, 3 in 5.



Slika 4: Robotski sistem da Vinci Xi

V letu 2024 je po pridobitvi vseh dovoljenj pričel delovati Oddelek za kardiokirurgijo, nadaljujejo pa se aktivnosti za vzpostavitev samostojnega Oddelka za nevrokirurgijo, ki trenutno deluje v sklopu Travmatološkega oddelka. Po vzoru drugih bolnišnic in ob podpori Ministrstva za zdravje je bil v lanskem letu vzpostavljen tudi mobilni paliativni tim. V bolnišnici deluje tudi tretji samostojni Transfuzijski center v Republiki Sloveniji, ponosni pa smo tudi na certifikat »Novorojencem prijazna porodnišnica«, s katerim celjska bolnišnica širi zavedanje o pomenu dojenja in zagotavljanja najboljših pogojev za nosečnice, porodnice, otročnice in novorojence ter njihove družine. V letu 2025 so bile realizirane investicije v nov robotski sistem za robotsko asistiranje operativne posege (4), nova RTG aparata, ki sta nadomestila več desetletij stare predhodnike, in nove operacijske mize.

Danes je v bolnišnici zaposlenih več kot 2100 zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev na 33 bolnišničnih oddelkih s 755 bolniškimi posteljami, s čimer je Splošna bolnišnica Celje eden izmed največjih delodajalcev v Celju in širši celjski regiji, kjer živi približno 300 tisoč prebivalcev. V Splošni bolnišnici Celje izvajamo celovito bolnišnično in ambulantno specialistično zdravstveno oskrbo. Na podlagi odločbe Ministrstva za zdravje delujemo tudi na področju izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja ter smo učna baza za vse nivoje izobraževanja zdravstvene dejavnosti. Konec leta 2024 sta Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (UL MF) in Splošna bolnišnica Celje podpisali Pogodbo o sodelovanju, s čimer je zaživel t. i. Kampus Celje kot organizacijska enota UL MF. Izvajamo in krepimo znanstveno in raziskovalno dejavnost, sooblikujemo zdravstveno politiko ter zagotavljamo pogoje za osebni in strokovni razvoj naših zaposlenih. Drznemo si delati spremembe. Delamo za dobrobit pacientov. Skupaj si prizadevamo, da spreminjamo njihova življenja.

mag. Vlasta Mežek
Ministrstvo za zdravje



Poslovanje JZZ – včeraj, danes, jutri?

Povzetek

Dokument predstavlja značilnosti poslovanja bolnišnic v treh obdobjih:

- **Včeraj:** Po letu 2008 so bolnišnice zašle v dolgove zaradi varčevanja na področju javnih financ oziroma vseh štirih blagajnah javnega financiranja, deloma neustreznega financiranja zdravstvenih storitev in kadrovskih težav. Kriza je dosegla vrh v letih 2013–2014.
- **Danes:** Nekateri bolnišnice se soočajo z nakopičenimi dolgovi (zapadlimi terjatvami dobaviteljev), kumuliranimi presežki odhodkov nad prihodki, pomanjkanjem kadra, starajočo se infrastrukturo in visokimi stroški. Kljub temu se obseg storitev povečuje.
- **Jutri:** Vprašati se je treba, kakšno bolnišnico si želimo v prihodnosti in kako bi do nje prišli, obenem pa, kaj se bo zgodilo, če ne spremenimo nič. Ključne rešitve vključujejo reformo financiranja, digitalizacijo, boljše upravljanje in prilagoditev demografskim spremembam. Vizija prihodnosti so pametne, trajnostne in pacientu prijazne bolnišnice.

Abstract

The document outlines the operation of public hospitals in three phases:

- **Past:** Since 2008, hospitals have gone into debt due to austerity in public finances, or all four public funding coffers, partly inadequate funding of health services and staffing problems. The crisis peaked in 2013-2014.
- **Present:** Some hospitals are facing accumulated debts (overdue receivables from suppliers), accumulated expenses-to-revenue surpluses, staffing shortages, aging infrastructure, and high costs. Nevertheless, the volume of services is increasing.
- **Future:** It is necessary to ask ourselves what kind of hospital we want in the future and how we would get there, but at the same time what will happen if we do not change anything. Solutions include funding reform, digital transformation, better governance, and demographic adaptation. The vision includes smart, sustainable, and patient-centered hospitals.

1. UVOD

Javni zdravstveni zavodi (JZZ) so ključni nosilci izvajanja zdravstvene dejavnosti v javni mreži v Sloveniji. Njihovo poslanstvo je zagotavljanje dostopne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe vsem prebivalcem. A čeprav je zdravstveni sistem v osnovi naravnano solidarnostno in univerzalno, se javni zdravstveni zavodi že dolgo srečujejo s poslovnimi izzivi, ki vplivajo na njihovo finančno stabilnost, kakovost storitev ter zadovoljstvo zaposlenih in pacientov. Predvsem se največji sklop težav pojavlja pri bolnišnicah (zdravstveni domovi prav tako niso imuni na težave, vendar so vzroki za le-te v veliki večini drugače), zato je namen tega prispevka predstaviti poslovanje bolnišnic v preteklosti, trenutno stanje in možne smeri razvoja v prihodnosti, s poudarkom tudi na vlogi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), kadrovskih virih in obsegu zdravstvenih storitev.

2. POSLOVANJE BOLNIŠNIC NEKOČ

V preteklosti, predvsem v obdobju po osamosvojitvi Slovenije in v prvem desetletju 21. stoletja, je bilo poslovanje javnih zdravstvenih zavodov podvrženo preobrazbam, ki so jih narokovale spremembe zakonodaje, financiranja in potreb prebivalstva.

V devetdesetih letih prejšnjega stoletja je bil podarek predvsem na vzpostavitvi institucionalnih okvirov za delovanje zdravstva v samostojni državi. Financiranje je, podobno kot danes, temeljilo predvsem na prispevkih za zdravstveno zavarovanje, z vlogo ZZZS kot osrednjega plačnika. V tem obdobju je bilo financiranje javnih zdravstvenih zavodov še razmeroma finančno vzdržno, saj je bila rast stroškov zmerna, storitve pa manj kompleksne kot danes.

Začetek resnih poslovnih težav sega v obdobje po gospodarski krizi leta 2008. Zaradi varčevalnih ukrepov in omejenega povečevanja prihodkov je prišlo do vse bolj vidnih finančnih primanjkljajev, dolgotrajnega kopičenja dolgov ter vse pogostejših opozoril o neučinkovitosti vodenja, zastareli opremi in pomanjkanju kadra.

Najbolj kritična leta pri poslovanju slovenskih bolnišnic so bila:

2.1 2009–2012

V obdobju po začetku gospodarske krize in velike brezposelnosti (2008) se je financiranje zdravstva upočasnilo, medtem ko so potrebe in stroški še naprej rasli. Bolnišnice so že takrat začele kopičiti dolgove, zlasti do dobaviteljev. Pojavile so se težave s plačilno sposobnostjo, kar se je v kasnejših letih samo še poslabšalo.

Leta 2012 je država zaradi gospodarske krize sprejela varčevalne ukrepe, ki so bili vsebinsko povezani s sprejetim Zakonom za uravnoteženje javnih financ. V skladu z varčevalnimi ukrepi so se s 1. 5. 2012 linearno za 3 % znižale cene zdravstvenih storitev, ki jih je ZZZS plačeval izvajalcem zdravstvenih storitev. Zmanjšala so se tudi vkalkulirana sredstva za regres, jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči. Država je torej pomanjkanje finančnih sredstev ZZZS, ki mora po zakonodaji poslovati pozitivno in se ne sme čezletno zadolževati, reševala na način, da je predvsem znižala cene zdravstvenih storitev.

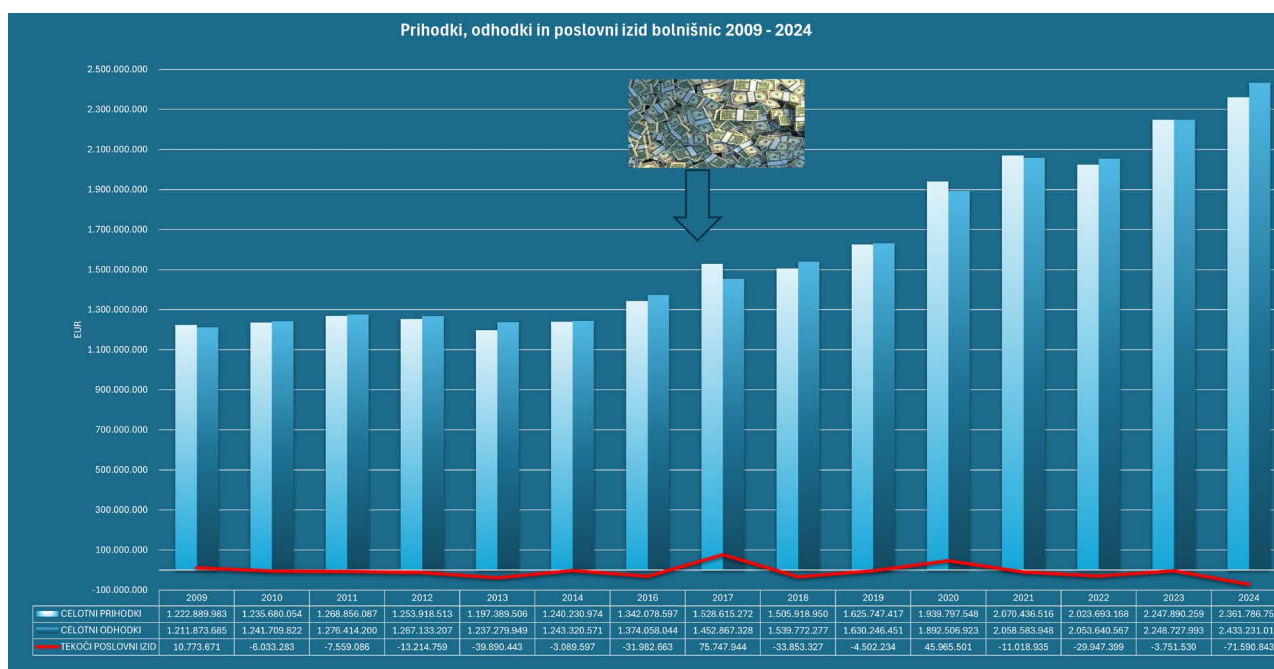
2.2 2013–2014

Ti leti sta izstopali po največjem številu bolnišnic s presežkom odhodkov nad prihodki, torej z negativnim poslovanjem.

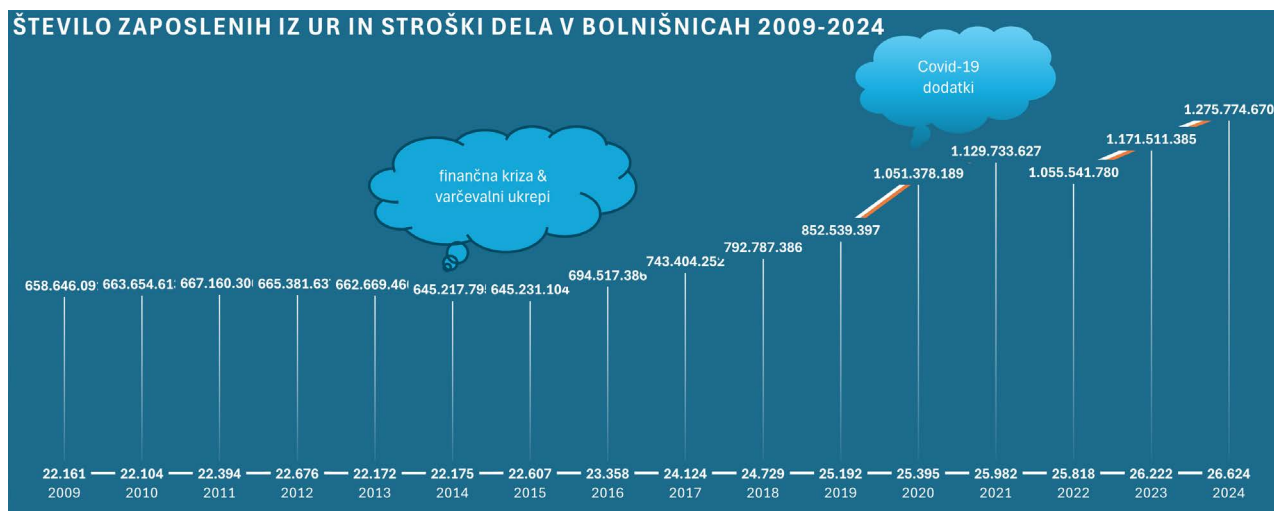
Razlogi za negativno poslovanje so bili:

- neustrezno financiranje zdravstvenih programov,
- povečani stroški dela (dvigi plač, prerazporeditve kadrov na višje vrednotena delovna mesta),
- nizka učinkovitost in organizacijske težave,
- neizvedene investicije v opremo in prostore, ki so pomenile povišanje tekočih stroškov iz naslova garancij in odprave napak.

V letu 2013 so bili sprejeti novi varčevalni ukrepi, in sicer znižanje cen zdravstvenih storitev s 1. 1. 2013 za 3 %, znižanje priznanega tehnično-administrativnega kadra v ceni zdravstvenih storitev z 16,77 % na 15,27 % (brez psihiatrije, vključno z akutno bolnišnično obravnavo), poenotenje in znižanje cen psihiatrije za 7,5 % ter drugi finančno manj obremenjujoči ukrepi.

Slika 1: Prihodki, odhodki in poslovni izid bolnišnic 2009–2024

Vir: Letna poročila bolnišnic, lasten prikaz

Slika 2: Število zaposlenih iz ur in stroški dela v bolnišnicah 2009–2024

Vir: Letna poročila bolnišnic, lasten prikaz

Posledično je ZZZS pričel zamikati plačila oziroma je spremenil dinamiko plačil avansov izvajalcem.

2.3 Po letu 2014

Negativni trend se je nadaljeval tudi v letih 2015–2017, ko so bolnišnice znova beležile visoke izgube. Zaradi vedno bolj kritičnega finančnega poslovanja bolnišnic je vlada v letu 2017 pripravila ukrepe za sanacijo bolnišnic, vključno z dodelitvijo sredstev za finančno stabilizacijo. Na stabilizacijo poslovanja bolnišnic

in na poslovni izid je z zagotovitvijo likvidnostnih sredstev v letu 2017 tako bistveno vplival sprejeti Zakon o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija. Konec leta 2016 je 15 bolnišnic v bilanci stanja izkazovalo primanjkljaj v skupni višini 170,3 mio EUR, kar se je odražalo na njihovi slabi likvidnostni situaciji. Ukrepa pokrivanja presežka odhodkov nad prihodki ter odpisa neplačanih terjatev sta povečala prihodek bolnišnic v letu 2017, in sicer v skupni višini za 142,7

mio EUR. Skupno bi bolnišnice brez sprejema interventnega zakona v letu 2017 poslovale negativno, saj v letu 2017 ni bil zagotovljen dvig cen zdravstvenih storitev kot v letih 2015 in 2016, ker razpoložljiva sredstva ZZZS tega niso omogočala. Hkrati pa so v letu 2017, kot v letih 2015 in 2016, stroški dela v bolnišnicah narasli zaradi sistemskih sprememb (odprava plačnih anomalij do 26. plačnega razreda, oblikovanje novih delovnih mest višji zdravnik), pri čemer dodatna sredstva za povečane stroške na prihodkovni strani niso bila zagotovljena. Bolnišnice bi tako brez sprejema interventnega zakona kot celota poslovale s presežkom odhodkov nad prihodki v skupni višini 66,9 mio EUR.

3. POSLOVANJE IN DELOVANJE BOLNIŠNIC DANES

Danes je poslovanje JZZ še vedno zaznamovano z mnogimi izzivi. Finančna nestabilnost, pomanjkanje zdravniškega in zdravstvenega kadra, zastarela infrastruktura ter pritiski zaradi starajoče se populacije in povečanih potreb po zdravstvenih storitvah so postali stalnica. Izpostavljeni problemi večine slovenskih bolnišnic so kronično pomanjkanje kadra (medicinske sestre, zdravniki specialisti, anesteziologi), likvidnostne težave (zapadli dolgovi, nepokrite izgube, podcenjene storitve), preobremenjenost urgentnega sistema, digitalna razdrobljenost in pomanjkanje dolgoročne strategije investicijskih vlaganj.

Številne bolnišnice na letnem nivoju poslujejo s presežki odhodkov nad prihodki, kar omejuje njihove razvojne sposobnosti. Dodatno breme predstavljajo dolgovi iz preteklosti in zahteve predstavniških organizacij zaposlenih v zdravstvu, ki omejujejo poslovno opravljenost vodstev posameznih zavodov, saj ne omogočajo dovolj fleksibilnosti za hitro prilagajanje potrebam.

ZZZS ima v tem okviru ključno vlogo, saj s pogajanjem določa obseg in vrednost storitev, ki jih plačuje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Njegovo poslovanje je večinoma stabilno. Leta 2023 so prihodki ZZZS znašali približno 4,3 milijarde evrov, izdatki pa 4,1 milijarde evrov

(vir: Letno poročilo ZZZS 2023). Največji delež sredstev je bil porabljen za bolnišnično zdravstveno varstvo (35 %), zdravila (15 %) in nadomestila za bolniško odsotnost (13 %).

Ob tem je velik izziv tudi kadrovska podhranjenost. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) iz leta 2022 je bilo v Sloveniji zaposlenih približno 3,3 zdravnika na 1.000 prebivalcev, kar nas postavlja pod povprečje držav EU, ter 10,5 diplomirane medicinske sestre in zdravstvenega tehnika na 1.000 prebivalcev¹, kar je sicer več kot povprečje EU, vendar v povezavi s številom zdravnikov kaže na potrebo po nadaljnjem vlaganju v izobraževanje in zaposlovanje zdravnikov, zlasti na področju primarnega zdravstva. Poleg tega je bilo zaznано staranje kadra, saj je bilo skoraj 30 % zdravnikov starejših od 55 let.

Kljub težavam se obseg opravljenih zdravstvenih storitev iz leta v leto povečuje. Tako je bilo po podatkih ZZZS v osnovni zdravstveni dejavnosti v letu 2024 opravljenih 19,8 mio (leto prej 19, še prej 18,5 mio) obravnav zavarovanih oseb. V specialistično ambulantni dejavnosti je bilo opravljenih 7,5 mio (leto prej 7,3, še prej 7,1 mio) obravnav. V bolnišnično obravnavo je bilo sprejetih 393.384 (leto prej 362.565) primerov.

Pozitivni premiki so zaznani pri digitalizaciji procesov, uvedbi nekaterih uspešnih praks, vendar brez sistemskih sprememb financiranja in upravljanja javni zdravstveni zavodi ostajajo v ranljivem položaju.

Največji dejavniki, ki so privedli do trenutnega stanja (pozitivnega in negativnega) v zdravstvu v zadnjih 20 letih:

- **Finančni pritiski:** Močno povečanje izgub v bolnišnicah po letu 2008. Največje izgube so se pojavile v letih 2013–2014.

¹ Slovenia Country Health Profile 2023;

https://www.oecd.org/en/publications/slovenia-country-health-profile-2023_0eb17a30-en.html

- **Staranje prebivalstva in večja obolevnost:** Več potreb po storitvah, daljše oziroma kompleksnejše obravnave, več kroničnih bolezni. Trendi pa kažejo tudi, da se bodo zaradi manjšega števila delovno aktivnih, če ostane vse nespremenjeno, prihodki zmanjšali, zaradi staranja prebivalstva pa stroški dvignili, kar bo povzročilo še večji razkorak v finančnem poslovanju JZZ.
- **Večja pričakovanja pacientov** glede pravic in kakovosti obravnave.
- **Digitalizacija:** Uvedba eZdravja, eRecepta, eNapotnice in Centralnega registra podatkov o pacientih (CRPP).
- **Kadrovska kriza:** Pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester, staranje kadra.
- Neizvedene reforme: Sprememba vloge ZZZS v smeri aktivnega kupca in upravljanja JZZ ostajajo neuresničeni cilji.
- **Vpliv epidemije covid-19:** Epidemija je pospešila digitalizacijo in razkrila šibke točke sistema.

4. POSLOVANJE IN DELOVANJE BOLNIŠNIC JUTRI – vizija, scenariji, opcije in potrebne spremembe

Prihodnost poslovanja javnih zdravstvenih zavodov bo odvisna od petih temeljnih potrebnih korakov: systemskega financiranja, digitalne transformacije, kadrovske politike, transparentnega upravljanja in ustrezne prilagoditve demografskim spremembam.

Prvi korak je reforma financiranja, ki bi omogočala večjo stabilnost in predvidljivost prihodkov. Ena od možnosti je uveljavitev mehanizmov za plačilo po učinkih in kakovosti, ne zgolj po količini storitev. Pri tem ima ključno vlogo tudi prestrukturiranje nalog ZZZS, ki bi moral postati bolj razvojno naravnan akter, ne zgolj plačnik storitev.

Drugi ključni vidik je digitalizacija – od e-zdravja, samotriaznega sistema in upravljanja podatkov do avtomatizacije administrativnih procesov. To bo omogočilo razbremenitev kadra in boljšo obravnavo pacientov.

Tretji element je kadrovska stabilnost. Brez zadostnega števila strokovnjakov ni mogoče zagotavljati kakovostnih storitev. Vlaganje v izobraževanje, motivacijo in ohranjanje kadrov bo ključno. Pomembno bo tudi strateško upravljanje kadrovskih virov, z jasno kadrovsko politiko in konkurenčnimi pogoji dela. Kljub vsemu napredku in digitalizaciji je zdravstvo izrazito storitvena dejavnost, zato bodo kadri ostali ključni element kakovostne oskrbe. V prihodnje bo tudi zaradi menjave generacij in posledično miselnosti (večja teža na fleksibilnosti v življenju, prostem času itd.) treba prilagoditi in izboljšati delovne pogoje, razbremeniti se administracije ter uvajati več medpoklicnega sodelovanja.

Četrtič, prihodnost prinaša nujnost profesionalizacije upravljanja, z jasnimi cilji, odgovornostjo in vključenostjo pacientov ter skupnosti v oblikovanje storitev. Ob tem bo treba spremljati tudi učinkovitost in dejanski obseg opravljenih storitev glede na potrebe prebivalstva. Prihodnost bo morala prinesiti jasne standardizirane kazalnike uspešnosti (KPI), večjo transparentnost poslovanja, želim pa si tudi ločitve upravljanja in politike.

In slednje, prilagoditev storitev demografskim spremembam, tako z vidika pacientov kot kadra. Bolnišnice se bodo morale specializirati za zdravljenje kroničnih bolezni in geriatričnih bolnikov ter za paliativno oskrbo.

Zagotoviti je treba več avtonomije posameznim bolnišnicam oziroma njihovim vodstvom. V okviru jasnih ciljev in merljivih kazalnikov uspešnosti morajo biti vodstva opolnomočena, da dosežejo ustrezno zdravstveno varstvo prebivalcev regije in širše. Pri tem bo nujno povežovanje in tesnejše sodelovanje z drugimi zdravstvenimi izvajalci v regiji, predvsem za skupne projekte in kadrovske izmenjave, pa tudi sodelovanje z ostalimi bolnišnicami.

Slika 3: Bolniška soba prihodnosti

Vir: <https://chatgpt.com>

Želim si bolnišnico prihodnosti, ki bo bistveno drugačna od današnjih.

Njene ključne značilnosti bodo:

1. Digitalna in pametna infrastruktura

- Elektronski zdravstveni zapisi bodo popolnoma interoperabilni med vsemi ustanovami.
- Umetna inteligenca (UI) in strojno učenje bo v pomoč pri diagnostiki, triaži in načrtovanju terapij.
- Pametni oddelki bodo z uporabo IoT-senzorjev (z internetnimi povezavami med napravami) samodejno spremljali vitalne znake, razpoložljivost postelj ter zaloge in gibanje osebja/pacientov.
- Telemedicina bo močno razširjena: kontrolni pregledi, psihološka pomoč in spremljanje kroničnih bolnikov bodo potekali na daljavo.

2. Pacient v središču

- Pacienti bodo soodločevalci: z dostopom do lastnih podatkov, možnostjo izbire storitev in zdravnika.

- Uporaba nosljivih naprav (ang. wearables) bo omogočila stalno spremljanje zdravstvenega stanja tudi izven bolnišnice, seveda ob strinjanju pacienta.
- Zdravljenje bo personalizirano, s pomočjo genetskega profiliranja in napredne diagnostike.

3. Integracija z lokalnim okoljem

- Bolnišnice bodo postale regijska središča zdravstvenih storitev, močno povezane s primarnim zdravstvom, domovi starejših in skupnostjo.
- Razvoj integrirane oskrbe bo bolnišnicam omogočil, da ne prevzemajo nalog, ki jih lahko bolj učinkovito opravi primarna raven.

4. Energetska in okoljska učinkovitost

- Bolnišnice bodo energetske samozadostne (sončne elektrarne, geotermalne naprave).
- Uporaba trajnostnih materialov, zmanjševanje medicinskih odpadkov in digitalizacija papirnega poslovanja bodo del okoljske politike.

5. Novi kadrovski profili

Ob klasičnih zdravstvenih profilih bodo ključni tudi:

- strokovnjaki za umetno inteligenco,
- podatkovni analitiki,
- inženirji za medicinsko robotiko,
- zdravstveni tehnologi.
- Povečana bo vloga meddisciplinarnih timov, vključno s psihologi, terapevti in socialnimi delavci.

6. Avtomatizacija in robotika

- Robotizirani operacijski sistemi bodo standard.
- Avtonomni roboti bodo opravljali logistične naloge (npr. razvoz zdravil, sterilizacija prostorov).
- 3D-tiskanje bo omogočalo hitro izdelavo protetike, ortoz in celo bioloških tkiv.
- AI diagnostika?

7. Novi modeli poslovanja

Plačevanje po izidih (*ang. value-based healthcare*) bo nadomestilo plačevanje po storitvah. Uvedeni bodo kazalniki, ki nagrajujejo učinkovito, varno in pravočasno obravnavo. Primer: bonus za zmanjšanje čakalnih dob ali boljše rezultate zdravljenja. Poslovni model bo temeljil na dolgoročni stroškovni učinkovitosti in kakovosti. Cene se bodo redno prilagajale in odražale dejanske stroške dela, materiala in amortizacije, upoštevaje najboljše prakse in kompleksnost obravnave. Uvedeni bodo fleksibilnejše pogodbeno financiranje in dinamične pogodbe, prilagodljive glede na potrebe prebivalstva in zmogljivosti.

5. ZAKLJUČEK

Javni zdravstveni zavodi so nepogrešljiv temelj slovenskega zdravstvenega sistema. Njihovo poslovanje se je v zadnjih desetletjih močno spreminjalo, a številni ključni izzivi ostajajo.

V prihodnosti bo poslovanje naših bolnišnic močno odvisno od odločitev, ki jih bomo kot družba sprejeli danes. Če bo uveljavljen načrt z vlaganjem v ljudi, digitalizacijo in sistemsko prenovno, imajo slovenski izvajalci velik potencial. V nasprotnem primeru pa grozi nadaljnje poglobljanje težav, poslabšanje dostopnosti storitev, predvsem pa izguba javnega zaupanja v obstoječi sistem.

BELEŽKE

[illegible]

Janez Poklukar
Strateški svet za zdravstvo

Gorazd Podbevšek
Erik Brecej



Vodenje in upravljanje javnih zdravstvenih zavodov

Povzetek

Prispevek obravnava potrebo po celoviti reorganizaciji slovenskega zdravstvenega sistema, ki temelji na analizah in priporočilih Strateškega sveta za zdravstvo. Poudarjene so slabosti obstoječega sistema, predlagan nov način vodenja in nadzora javnih zdravstvenih zavodov, predlagani modeli novih statusnih oblik javnih zdravstvenih zavodov regionalnega upravljanja, predstavljena postavitev mreže NMP, NZV in HNMP ter definirani cilji in koristi sprememb. Prikazani so tudi časovnica uvajanja in mehanizmi za spremljanje učinkov reforme.

Abstract

The article addresses the need for a comprehensive reorganisation of Slovenia's healthcare system, drawing on analyses and recommendations from the Strategic Council for Health. It highlights shortcomings in the current system, proposes a new framework for governing and supervising public healthcare institutions, outlines models for new legal forms of regionally managed public healthcare providers, and calls for the establishment of a network of NMP, NZV and HNMP services. It also defines the goals and benefits of these changes, presents a timeline for implementation, and sets out mechanisms for monitoring the reform's impact.

1. PODLAGA ZA SPREMEMBE

Zdravstveni sistem v Sloveniji se že več desetletij sooča s številnimi strukturnimi in sistemskimi izzivi. Razpršeno upravljanje, pomanjkanje transparentnosti in koordinacije med zavodi, neučinkovita raba virov in dolge čakalne dobe so med najpogostejše izpostavljenimi težavami. Poleg tega se sistem ne odziva dovolj hitro na demografske spremembe in porast kroničnih bolezni. V zadnjih letih je postalo jasno, da parcialne izboljšave niso zadostne. Potrebna je celovita sprememba, ki bo temeljila na podatkih, analizah in dobrih praksah. Strateški svet za zdravstvo je na podlagi analize delovanja Osnovnega zdravstva Gorenjske oblikoval konkretne predloge. Ti predlogi vključujejo vzpostavitev devetih regijskih zdravstvenih organizacij, večjo digitalizacijo procesov, sistemsko upravljanje sprememb in jasno razmejevanje odgovornosti med ravnmi upravljanja.

2. POTREBA PO SPREMEMBI

Potreba po spremembi izhaja iz več ključnih dejavnikov. Najprej gre za povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah, ki ga obstoječi sistem ne zmore učinkovito absorbirati. Nadalje se kaže nezadovoljstvo pacientov z dostopnostjo, pa tudi nezadovoljstvo zaposlenih v zdravstvu, ki so preobremenjeni in pogosto demotivirani. Sedanji sistem je organiziran po zastarelih načelih, kjer primarni in sekundarni nivo pogosto ne sodelujeta optimalno. Poleg tega Slovenija zaostaja pri uvajanju digitalnih rešitev in sodobnih informacijskih sistemov. Reforma ni potrebna zgolj zaradi neučinkovitosti, ampak tudi zaradi zagotavljanja dolgoročne finančne vzdržnosti ter višje kakovosti in varnosti pacientove obravnave. Brez sistemskih sprememb obstaja tveganje, da bo zdravstvo v Sloveniji postalo neodzivno na prihodnje izzive, neenakosti v dostopu pa se bodo še povečale.

3. UPRAVLJANJE IN NADZOR: LOČITEV PRISTOJNOSTI

Ena najpomembnejših novosti predlagane reforme je jasna in dokončna ločitev med nadzorstvenimi in upravljavskimi funkcijami. Nadzorni sveti regijskih zdravstvenih organizacij po novem nimajo več upravljaljske vloge, temveč izključno nadzorstveno funkcijo. S tem se odpravlja dosedanja anomalija svetov javnih zdravstvenih zavodov, ki so imeli hkrati izvršno in nadzorstveno vlogo, kar je povzročalo konflikte interesov, netransparentnost in možnosti političnih pritiskov. Reforma jasno določa, da nadzorni svet nima nobene operativne ali izvršne funkcije – njegova vloga je nadzirati zakonitost, transparentnost in učinkovitost delovanja uprave ter potrjevati ključne strateške dokumente in imenovanja.

STOP korupciji in političnim pritiskom – z ločitvijo funkcij se postavlja trdna ovira za vplive, ki niso v interesu bolnikov in kakovostne oskrbe.

Slika 1: Vodenje, upravljanje in nadzor.

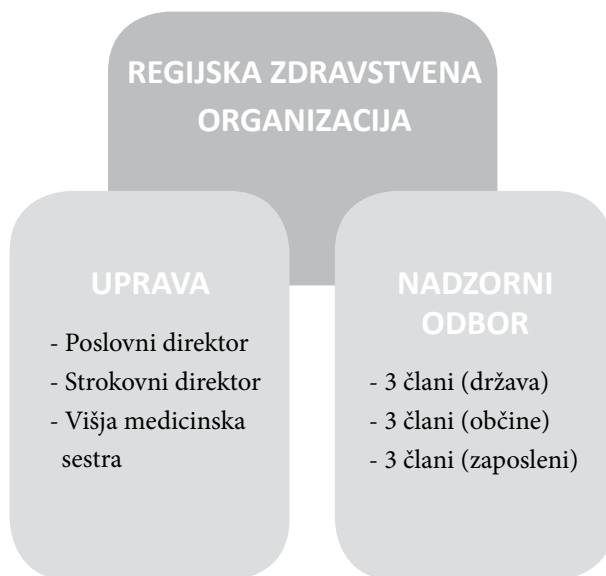


Tabela 1: Primerjava statusnih oblik zavodov.

Merilo	Enotni javni zavod (integracija)	Koncernska organizacija (obvladujoča organizacija)
Finančni učinki	90–100 % (najvišji prihranki)	70–90 % (zelo visoki prihranki)
Uresničevanje ciljev	Popolna centralizacija, najvišja enotnost	Skoraj popolna centralizacija, dobra enotnost
Inovacijska sposobnost	Največja, ni pravnih preprek	Zelo visoka, omogoča razvojne projekte
Izvedljivost	Nizka do srednja, velik odpor, zahtevna zakonodaja	Srednja do visoka, večja sprejemljivost, manjši odpor
Vloga lokalnih skupnosti	Soodločanje v svetu zavoda	Sodelovanje v nadzornih svetih, občutek soodločanja
Tveganje odpora	Veliko, predvsem lokalno in politično	Majhno do zmerno, ob postopnem uvajanju
Politična sprejemljivost	Nižja	Višja
Primeren čas za izvedbo	Srednje- do dolgoročno	Kratko- do srednjeročni cilj

Uprava je ločena in neodvisna ter oblikovana kot kolegijsko telo, v katerem sodelujejo najmanj trije člani – poslovni direktor (generalni direktor), strokovni direktor in glavna medicinska sestra regije. V večjih regijah ali organizacijah je predvidena možnost dodatnih članov uprave, ki pokrivajo ključna področja, kot so finance, investicije, informatika ipd. Vsi člani uprave so odgovorni za operativno vodenje in nosijo osebno odgovornost za zakonitost in uspešnost poslovanja. Njihovo delovanje mora biti popolnoma neodvisno od političnih ali drugih interesov, kar je ključno za profesionalizacijo vodenja javnih zdravstvenih institucij.

4. PREDLAGANA STATUSNA OBLIKA ZAVODOV:

Predlagana statusna organizacija regijskih zdravstvenih organizacij temelji na t. i. koncernskem modelu – torej centraliziranem sistemu upravljanja z ohranitvijo pravne osebnosti posameznih zavodov, kar zagotavlja operativno avtonomijo ter enotno strategijo in nadzor.

Takšna organizacijska ureditev se predlaga tudi za UKC Ljubljana in UKC Maribor, kjer sedanja organiziranost ne omogoča optimalne razdelitve odgovornosti.

5. PREDLAGANA REGIJSKA REORGANIZACIJA

Predlagana organizacijska sprememba vključuje vzpostavitev devetih regijskih zdravstvenih organizacij, ki bodo povezale primarni in sekundarni nivo zdravstvene dejavnosti v regiji. Te organizacije bodo delovale po modelu koncerna, kjer bodo lokalni zavodi ohranili pravno osebnost, vendar bodo ključne funkcije, kot so finance, informatika, nabava in kadrovske službe, izvajane centralno. Uvedena bo tričlanska uprava, ki jo bodo sestavljali generalni direktor, strokovni direktor in glavna medicinska sestra regije. Namen te spremembe je zagotoviti enotno strategijo vodenja, boljšo usklajenost strokovnih in administrativnih procesov ter povečanje učinkovitosti. Regijske organizacije bodo imele tudi svet uporabnikov, ki bo sodeloval pri oblikovanju politik in spremljanju kakovosti

storitev. Takšen pristop omogoča boljše prilaganje lokalnim potrebam, povečuje preglednost in krepi sodelovanje med različnimi akterji v zdravstvu.

6. PREDNOSTI IN SLABOSTI

Med ključnimi prednostmi predlaganega modela so: izboljšana koordinacija zdravstvenih storitev, večja učinkovitost pri upravljanju virov, večja dostopnost do storitev ter standardizacija kakovosti. Centralizacija podpornih funkcij bo zmanjšala stroške in omogočila boljše analitično spremljanje rezultatov. Poenoteno upravljanje bo omogočilo hitrejša in bolj utemeljena odločitve. Vendar pa obstajajo tudi določene slabosti in tveganja. Največji izziv je začetna implementacija, ki zahteva systemske zakonske spremembe, dodatno usposabljanje kadrov in prilagoditev lokalnih praks. Poleg tega obstaja tveganje odpora s strani lokalnih skupnosti in zaposlenih, ki se lahko bojijo izgube avtonomije ali sprememb v delovnih razmerjih. Potrebno bo premišljeno komuniciranje in vključevanje vseh deležnikov, da se zmanjša odpor in omogoči uspešna implementacija.

7. SPREMLJANJE UČINKOV

Za uspešno izvedbo reforme je nujno vzpostaviti robusten sistem spremljanja učinkov. Ta bo temeljil na določenih kazalnikih uspešnosti (KPI), kot so skrajševanje čakalnih vrst, izboljšanje kakovosti oskrbe, zadovoljstvo pacientov in zaposlenih ter finančni kazalniki učinkovitosti. Regijske organizacije bodo obvezane k rednemu poročanju Ministrstvu za zdravje, vključno z letnimi analizami rezultatov.

Ustanovljen bo tudi svet uporabnikov, ki bo svetovalni organ uprave. Svet uporabnikov bo imel neformalno vlogo nadzornega mehanizma, saj bo lahko opozarjal na težave pri izvajanju in predlagal izboljšave. Uporaba digitalnih informacijskih sistemov bo omogočila sprotno spremljanje procesov in odkrivanje odstopanj. Tako bodo zagotovljene transparentnost, odzivnost in možnost hitrega ukrepanja v primeru odklonov od načrtovanih ciljev.

Slika 1: Učinki in cilji predlaganih sprememb



Tabela 2: Prihranki po vrstah ukrepov

CENTRALIZACIJA	DIGITALIZACIJA
NABAV:	ENOTNI SISTEMI &
151,7–227,2 mio EUR	OPTIMIZACIJA:
	11,6–17,4 mio EUR
ADMINISTRATIVNE IN	MANJ HOSPITALIZACIJ:
PODPORNE SLUŽBE:	13,5–27 mio EUR
7,2–14,4 mio EUR	
POSREDNI PRIHRANKI:	
Optimizacija procesov: 30–60 mio EUR	
Izboljšave kakovosti: 20–30 mio EUR	
SKUPAJ: 234–376 milijonov EUR LETNO	

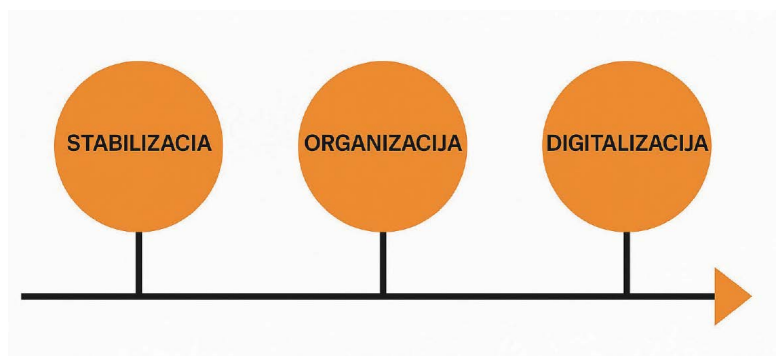
Tabela 3: Primer konkretnih meritev – kazalnikov pri vpeljavi HTA

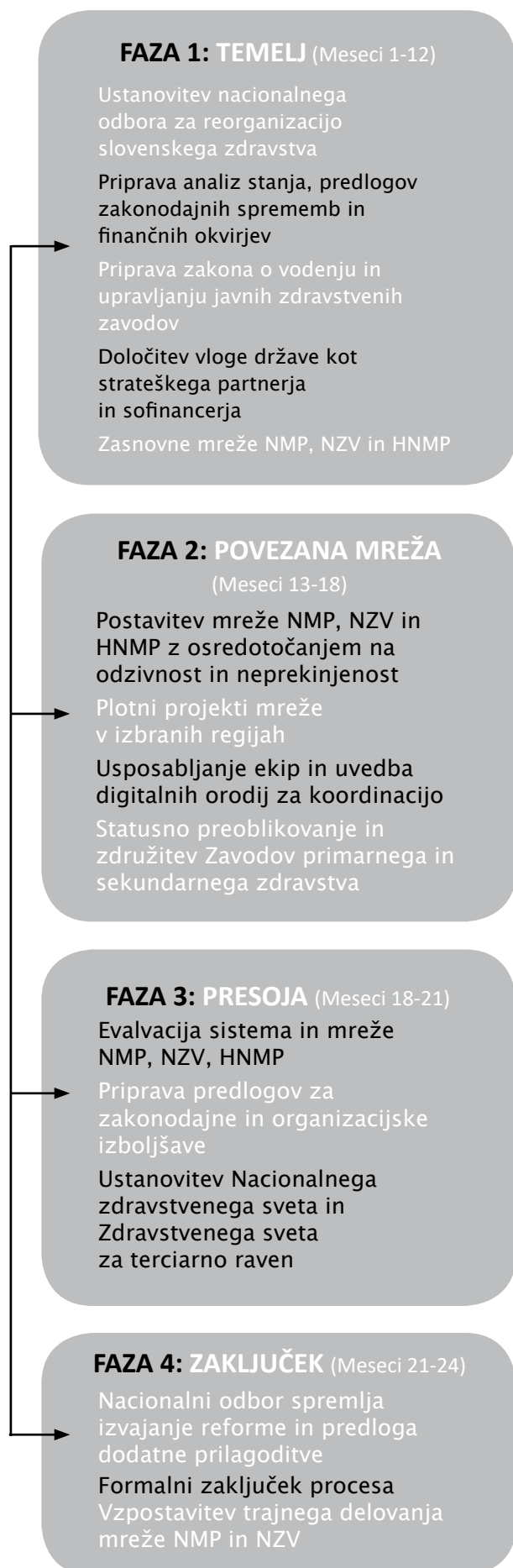
Merljivi kazalnik	Ciljna vrednost
Povprečna dolžina hospitalizacije	Zmanjšanje za 10–15 %
Ponovne hospitalizacije po posegih	Zmanjšanje za 20 %
Strošek na pacienta za določeno zdravljenje	Zmanjšanje za vsaj 10 %
Čakalne dobe za napredne diagnostične metode	Skrajšanje za 30 %
Delež bolnikov, ki imajo dostop do novih terapij	Povečanje za 20 %
Število bolnišnic, ki uporabljajo novo tehnologijo	Vsaj 80 % ključnih bolnišnic v 5 letih
Pacientova ocena zadovoljstva (PREM)	Povečanje za 25 %

8. ČASOVNICA UVAJANJA

Za izvedbo reforme je predvidena jasna in strukturirana časovnica, ki poteka v treh ključnih fazah, vsaka s svojim poudarkom in sloganom. Celoten proces bo potekal tri leta, z vmesnimi evalvacijami in prilagoditvami. Glavni slogan reforme je: »ZDRAVSTVO REGIJ – SKUPAJ ZA PACIENTA!«

S sloganom in fazami reforma jasno nakaže svojo usmeritev – postopno, premišljeno, vključujoče in učinkovito preoblikovanje slovenskega zdravstva z jasnim ciljem: boljši sistem za paciente in večja podpora zaposlenim.

Slika 2: Učinki in cilji predlaganih sprememb**Slika 3:** Časovnica predlaganih sprememb

Slika 4: Reorganizacija slovenskega zdravstva

9. ZAKLJUČEK

Čeprav model integracije zagotavlja največjo potencialno učinkovitost in prihranke, ocenjujemo, da je v trenutnih političnih in družbenih razmerah bistveno težje izvedljiv. Potrebne so zahtevne zakonske spremembe, zato je pričakovati večji odpor lokalnih skupnosti in tveganje politične blokade.

Model obvladujoče organizacije (koncernski model) pa predstavlja uravnotežen kompromis, saj omogoča skoraj vse finančne in strokovne koristi popolne integracije, a pri tem ohranja pravno in strokovno avtonomijo lokalnih zavodov ter večjo stopnjo sprejemljivosti na terenu. Ta model je realnejši in hitreje izvedljiv, prinaša boljšo politično stabilnost in postopno, a zanesljivo uvedbo sprememb. Zato predlagamo, da se v pripravi zakonodaje in implementaciji reforme daje prednost koncernski organizaciji kot optimalni rešitvi za slovensko okolje.

Za dolgoročno trajnostno preobrazbo zdravstva je ključnega pomena, da je izbrani model organizacije dovolj ambiciozen, a hkrati izvedljiv. S prednostno uvedbo koncernskega modela bomo dosegli večino predvidenih ciljev in zagotovili razvojno usmerjen zdravstveni sistem, pripravljen na prihodnje izzive.

STOP korupciji, STOP netransparentnosti, STOP neodgovornosti – čas je za sistem, ki postavlja pacienta, kakovost in odgovornost v ospredje.

10. VIRI IN LITERATURA

1. Izhodišča in priporočila Delovne skupine za upravljanje. Ljubljana: Strateški svet za zdravstvo, 2023.
2. Analiza organizacije in dela Osnovnega zdravstva Gorenjske.
3. The WHO Strategy on Research for Health. 1. Research. 2. Research support. 3. Health policy. I. World Health Organization.

Biserka Simčič
Ministrstvo za digitalno preobrazbo



Kakovost v zdravstvenih zavodih na podlagi novega Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu

Izzivi in priložnosti za izvajalce zdravstvene dejavnosti

Povzetek

Z novim Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ) Slovenija stopa na pot celovite in sistemske ureditve področja kakovosti zdravstvene obravnave. Zakon prvič jasno opredeljuje kakovost kot zakonsko dolžnost, s čimer presega dosedanje prakso priporočil in prostovoljnih pristopov posameznih izvajalcev.

Prispevek predstavlja ključne poudarke nove zakonodaje, osvetljuje njena izhodišča ter ponuja strokovni vpogled v praktične izzive in priložnosti, ki jih zakon prinaša za izvajalce zdravstvenih dejavnosti. Posebna pozornost je namenjena izboljšavam v sistemih vodenja kakovosti, spremljanju uspešnosti in aktivni vlogi pacientov pri sooblikovanju odločitev.

ZZKZ ne pomeni le zakonodajne spremembe, temveč strateški premik v kulturi delovanja zdravstvenega sistema – k transparentnosti, odgovornosti in trajnostnemu izboljševanju kakovosti na vseh ravneh. Gre za pomemben korak k sodobnemu, varnemu in na pacienta osredotočenemu zdravstvu prihodnosti.

Abstract

With the adoption of the new Act on Quality Assurance in Healthcare (QAH, Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu – ZZKZ), Slovenia is taking a comprehensive and systematic approach to regulating healthcare quality. For the first time, the law clearly defines quality as a legal obligation, moving beyond previously fragmented and voluntary practices among healthcare providers.

This paper presents the key features of the new legislation, explains its policy underpinnings, and offers expert insight into the practical implementation challenges and opportunities it creates for healthcare institutions. Special attention is given to improvements in quality management systems, performance measurement, and the active involvement of patients in decision-making processes.

The QAH represents more than a regulatory reform—it marks a strategic shift in the culture of healthcare delivery, emphasizing transparency, accountability, and continuous quality improvement at all levels. It is a critical step toward a modern, safe, and patient-centered healthcare system for the future.

1. UVOD

Zdravstveni sistemi po svetu se vse bolj soočajo z izzivi, povezanimi z naraščajočimi potrebami prebivalstva, pomanjkanjem zdravstvenega kadra ter pritiskom po večji učinkovitosti in odgovornosti. V takšnem kontekstu kakovost zdravstvene oskrbe ni le strokovna dolžnost, temveč tudi strateški dejavnik uspešnega delovanja zdravstvenega sistema.

Kljub različnim parcialnim pristopom v preteklosti Slovenija doslej ni imela enotnega pravnega okvira, ki bi sistematično urejal področje kakovosti v zdravstvu. Sprejetje ZZKZ konec leta 2024 predstavlja pomembno prelomnico, saj prvič določa obveznosti izvajalcev, nacionalne strukture za nadzor kakovosti ter zahteve po vključevanju pacientov. Kot je poudarjeno v enem izmed medijskih portalov, smo doslej »trgali le plevel nad zemljo, ne pa njegovih korenin«, zato zakon prihaja kot odgovor na potrebo po celostnem pristopu.

Primerjalno gledano številni evropski zdravstveni sistemi že desetletja sistematično vključujejo kakovost kot temelj upravljanja – v Avstriji na primer kakovost ureja t. i. Qualitätsmanagementgesetz,¹ v Nemčiji pa obstajajo večnivojski mehanizmi nadzora kakovosti prek IQTiG² in zakonodajnih okvirov (npr. SGB V)³.

V skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je oblikovanje celovite in usklajene nacionalne politike in strategije kakovosti (angl. National Quality Policy and Strategy – NQPS) ključno za sistematično izboljševanje varnosti, učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenih sistemov. SZO poudarja, da je »razvoj, nadgradnja in izvajanje nacionalne politike in strategije kakovosti prednostna naloga držav, ki želijo okrepiti delovanje svojih zdravstvenih sistemov«.⁴

Novi Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu tako predstavlja pomemben strateški korak v tej smeri. Utemeljen na mednarodnih smernicah, omogoča strukturiran pristop k upravljanju kakovosti, ki vključuje jasno določene cilje, merljive kazalnike, stalno spremljanje izidov,

vključevanje pacientov ter spodbujanje kulture varnosti in nenehnega izboljševanja na vseh ravneh zdravstvene obravnave.

Prispevek osvetljuje bistvene vsebine zakona, prinaša interpretacijo izhodišč zakonodajalca in predstavlja smernice za izvajalce pri implementaciji zakonskih zahtev.

2. PRAVNI OKVIR IN NAMEN ZZKZ

Zakon o kakovosti v zdravstvu je bil sprejet z jasnim ciljem vzpostaviti skupne standarde za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Namen zakona je okrepiti odgovornost izvajalcev za kakovost opravljenih storitev, omogočiti primerljivost podatkov, izboljšati preglednost za uporabnike in zagotoviti sistemsko podporo za kontinuirano izboljševanje. V izhodiščih za pripravo zakona je poudarjeno, da se kakovosti ne sme več obravnavati kot dopolnilo, temveč kot osrednji del upravljanja zavodov. Zakon tako določa vzpostavitev notranjih sistemov vodenja kakovosti, redno zbiranje in poročanje kazalnikov, sodelovanje v presojah in vzpostavitev centralnih podpornih struktur. Gre za celovit pristop, ki združuje zakonodajno obveznost z upravljavsko odgovornostjo. Zakon poudarja, da varnost pacientov predstavlja osrednji steber kakovosti, in zavezuje izvajalce k

¹ Je zakon, ki se nanaša na upravljanje kakovosti. Upravljanje kakovosti je širok pojem, ki vključuje vse dejavnosti, vodstvene naloge in metode, ki so potrebne za načrtovanje, izvajanje, zagotavljanje, preverjanje in izboljšanje procesov, storitev in izdelkov ter njihovih pogojev delovanja. Na primer, v Nemčiji so vsi zdravniki, psihoterapevti in medicinski centri, ki sodelujejo v pogodbeni zdravstveni obravnavi, od leta 2004 dolžni uvesti in razvijati notranje upravljanje kakovosti v skladu s § 135a, odstavkom 2, št. 2 Petega socialnega zakonika.

² Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, kar pomeni Inštitut za zagotavljanje kakovosti in preglednosti v zdravstvenem sistemu. Ta inštitut je bil v Nemčiji ustanovljen januarja 2015 z namenom izboljšanja kakovosti zdravstvene obravnave pacientov. Je neodvisna znanstvena ustanova, ki razvija in izvaja postopke za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu. Njihova naloga je merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe z uporabo kazalnikov kakovosti ter svetovanje Skupnemu zveznemu odboru (G-BA) in Zveznemu ministrstvu za zdravje (BMG) o tem, kako izboljšati medicinsko obravnavo.

³ Je kratica za Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, kar pomeni Peta knjiga Socialnega zakonika. Ta zakon ureja obvezno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji. Vsebuje predpise o zavarovalni obveznosti, pravicah in dolžnostih zavarovancev, financiranju ter organizaciji zdravstvenih zavarovalnic.

⁴ National quality policy and strategy: Driving change for stronger health systems and improved health outcomes. World Health Organization.

sistematičnemu spremljanju in poročanju opozorilnih nevarnih dogodkov (OND)⁵ ter preprečevanju ponavljajočih se sistemskih napak z jasno zaščito in anonimizacijo vseh vpletenih v varnostni incident⁶.

3. NALOGE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo po ZZKZ vzpostaviti delujoč sistem vodenja kakovosti, ki presega zgolj administrativne obrazce in zahteva dejansko vključevanje vseh zaposlenih. To pomeni oblikovanje notranje strukture (npr. komisije za kakovost), imenovanje odgovorne osebe in pooblaščenca za varnost, definiranje notranjih politik in standardov ter uvedbo mehanizmov za spremljanje, ocenjevanje in izboljšanje kakovosti. Izvajalci morajo tako med ostalimi nalogami, opisanimi v zahtevah ZZK, vzpostaviti sisteme za redno spremljanje in poročanje o kakovosti storitev. To vključuje zbiranje podatkov o izdih zdravljenja (PROMs), varnosti pacientov ter zadovoljstvu in izkušnjah pacientov (PREMs). Sistem mora omogočati natančno in pravočasno zbiranje podatkov, ki so ključni za ocenjevanje kakovosti in identifikacijo področij, kjer so potrebne izboljšave.

Poleg vzpostavitve sistema kakovosti morajo izvajalci posebno pozornost nameniti tudi zagotavljanju varnosti zdravstvene obravnave, ki jo ZZKZ določa kot sestavni in obvezni del kakovostne obravnave. To vključuje sistematično spremljanje in obvladovanje najhujših varnostnih incidentov (OND) in preprečljivih škodljivih dogodkov⁷, obvezno notranje poročanje, ukrepanje ob odstopanjih ter periodično analiziranje tveganj. Vzpostavljen mora biti celovit sistem za obvladovanje varnostnih incidentov, ki omogoča učenje iz napak, brez sankcioniranja posameznikov. V skladu z zakonom so izvajalci dolžni redno poročati OND tudi Javni agenciji za kakovost v zdravstvu, ki bo vodila nacionalni register OND ter pripravljala analize in priporočila za sistemske izboljšave.

Izvajalci morajo zagotoviti redno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih na področju kakovosti in varnosti pacientov. Zakon namreč

zahteva, da se zaposleni redno izobražujejo in usposablajo na področju kakovosti in varnosti pacientov. To lahko vključuje organizacijo delavnic, seminarjev in drugih oblik izobraževanja, namenjenih izboljšanju znanja in veščin zaposlenih. Ministrstvo za zdravje mora pripraviti Pravilnik o usposabljanju in zagotavljanju kompetenc zaposlenih na vseh nivojih, medtem ko je priprava podrobnega programa naloga Javne agencije za kakovost v zdravstvu. Pomembno je, da so zaposleni seznanjeni z najnovejšimi smernicami in praksami na področju kakovosti. Zdravstveni delavci in sodelavci morajo biti usposobljeni v skladu z zakonskimi zahtevami, da lahko zakonito in učinkovito opravljajo svoje delo.

Pomembna je tudi nadgradnja informacijske tehnologije za podporo procesom upravljanja kakovosti. To vključuje uporabo elektronskih zdravstvenih kartonov, sistemov za spremljanje kliničnih izidov in drugih tehnologij, ki omogočajo učinkovito zbiranje, analizo in poročanje podatkov. Informacijske tehnologije igrajo ključno vlogo pri izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev, saj omogočajo boljše spremljanje in upravljanje procesov.

Ena izmed nalog je tudi vzpostavitev notranjih nadzornih mehanizmov za spremljanje in ocenjevanje kakovosti storitev. To vključuje redne notranje preglede, ocenjevanje skladnosti s standardi kakovosti in identifikacijo področij, kjer so potrebne izboljšave. Notranji nadzorni mehanizmi so ključni za zagotavljanje nenehnega izboljševanja kakovosti.

⁵ Opozorilni nevarni dogodek je resen varnostni incident pri pacientu v zdravstveni obravnavi, ki privede ali bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode za zdravje pacienta. Resna fizična ali psihična škoda za zdravje pacienta je senzorna, motorna, fiziološka ali intelektualna motnja, ki ni posledica bolezni, in povzroči večjo spremembo načina življenja ali pa zahteva trajno zdravstveno obravnavo.

⁶ Varnostni incident je nenamern nepričakovan dogodek pri obravnavi pacienta, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene obravnave in ne nastane zaradi pacientove bolezni ter bi ga bilo mogoče preprečiti. Lahko nastane zaradi izvedbe ali opustitve izvedbe postopka izvajalca zdravstvene dejavnosti.

⁷ Preprečljiv škodljiv dogodek je varnostni incident, ki je nastal zaradi odsotnosti ali pomanjkljive uvedbe sistemskih varnostnih ukrepov pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

Pomembno je tesno sodelovanje z Javno agencijo za kakovost pri izvajanju zakonskih zahtev. To vključuje redno poročanje o kakovosti storitev, sodelovanje pri nadzornih pregledih in upoštevanje priporočil agencije. Sodelovanje z Agencijo je ključno za zagotavljanje skladnosti z zakonskimi zahtevami in doseganje visokih standardov kakovosti.

Javna agencija za kakovost v zdravstvu, kot jo predvideva zakon, bo imela ključno vlogo pri neodvisnem spremljanju izvajanja sistemov kakovosti pri izvajalcih, pri izvajanju zunanjih presoj/nadzorov in razvoju metodoloških priporočil. Njeno sodelovanje z izvajalci mora temeljiti na podpori, izmenjavi znanja in usmerjanju k doseganju standardov kakovosti ter ne le na nadzoru. Izvajalci bodo z agencijo redno sodelovali pri zbiranju podatkov, evalvaciji praks in usklajevanju ukrepov izboljšav. Njena ustanovitev predstavlja ključen institucionalni mehanizem za zagotavljanje neodvisnosti in strokovnosti pri spremljanju kakovosti v sistemu.

Vse to pomeni temeljito spremembo v upravljanju JZZ in zahteva strateški pristop vodstev.

4. PRAKTIČNI PRISTOPI K IMPLEMENTACIJI

Implementacija zakona zahteva prilagoditev obstoječih procesov upravljanja kakovosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Uspešna bo le, če jo izvajalci razumejo kot priložnost za izboljšave, ne kot dodatno obremenitev. Ključen je aktivni pristop vodstva, ki mora kakovost postaviti kot prioriteto. Priporoča se oblikovanje akcijskega načrta, ki vključuje oceno trenutnega stanja, določitev prioritet, izobraževanje zaposlenih, pilotne projekte zbiranja podatkov in vzpostavitev rednega notranjega poročanja. Pomembno je, da se zaposleni vključijo kot sooblikovalci sprememb, saj bo le tako mogoče vzpostaviti trajnostno kulturo kakovosti. Smiselna je nadgradnja informacijske tehnologije za podporo procesom upravljanja kakovosti, zbiranje in analizo podatkov ter povezovanje kazalnikov z internimi cilji zdravstvene organizacije.

5. PRIMERJAVA Z MEDNARODNIMI MODELI

Za uspešno implementacijo je ključno razumevanje, da Slovenija ni edina, ki se sooča s potrebo po sistemski regulaciji kakovosti. V Veliki Britaniji sistem NHS temelji na »clinical governance«, ki predvideva javno poročanje, nadzor kakovosti s strani NICE in sistemsko vključevanje pacientov v vrednotenje. NICE je neodvisna organizacija v Združenem kraljestvu, ki razvija in zagotavlja nacionalne smernice in nasvete za izboljšanje kakovosti zdravja in socialne oskrbe ter ocenjuje nove zdravstvene tehnologije, zdravila in medicinske pripomočke za zagotovitev njihove učinkovitosti in stroškovne učinkovitosti.

Nizozemska gradi sistem na obveznih poročilih izvajalcev, tesnem sodelovanju z zavarovalnicami in javni objavi rezultatov. Na Švedskem pa so regije odgovorne za upravljanje kakovosti, kar omogoča večjo fleksibilnost in prilagajanje lokalnim razmeram. Vse tri prakse poudarjajo pomen preglednosti, kazalnikov izidov in aktivne vloge pacientov/uporabnikov storitev.

Danska ima nacionalno strategijo za kakovost zdravstvene oskrbe, ki vključuje zmanjšanje dokumentacije in poudarja odgovornost družbe za zdravstvene težave prebivalcev. Italija pa ima zakon št. 24, ki standardizira prakse upravljanja tveganj in varnosti pacientov med različnimi regijami.

Mednarodne primerjave kažejo, da je ključ do uspeha v sistematičnem pristopu k upravljanju kakovosti, ki vključuje preglednost, odgovornost in aktivno vlogo pacientov.

Za uspešno implementacijo je ključno razumevanje, da Slovenija ni edina, ki se sooča s potrebo po sistemski regulaciji kakovosti.

V Veliki Britaniji sistem NHS⁸ temelji na »clinical governance«, ki predvideva javno poročanje, nadzor kakovosti s strani NICE⁹ in sistemsko vključevanje pacientov v vrednotenje. Nizozemska gradi sistem na obveznih poročilih izvajalcev, tesnem sodelovanju z zavarovalnicami in javni objavi rezultatov. Na Švedskem pa so regije odgovorne za upravljanje kakovosti, kar omogoča večjo fleksibilnost in prilagajanje lokalnim razmeram. Vse tri prakse poudarjajo pomen preglednosti, kazalnikov izidov in aktivne vloge pacientov/uporabnikov storitev.

6. IZVAJALEC KOT KLJUČNI AKTER: ODGOVORNOST IN PRILOŽNOST

ZZKZ jasno opredeljuje izvajalca zdravstvene dejavnosti kot nosilca odgovornosti za kakovost. To pomeni, da mora vodstvo izvajalca ne le vzpostaviti sistem, temveč ga tudi aktivno upravljati in razvijati. Kakovost ni nekaj, kar je zunanja naloga, temveč mora biti vgrajena v vsakdanje delo, od vodenja do izvajanja storitev. Priložnost je v tem, da se kakovostne izboljšave povežejo s profesionalnim razvojem zaposlenih, izboljšanjem odnosov s pacienti in izboljšanjem ugleda zavoda. Zakon tako spodbuja k razvoju organizacijske kulture, ki temelji na učenju iz napak, preglednosti in soustvarjanju.

Izvajalci morajo zagotoviti redno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih na področju kakovosti in varnosti pacientov. To lahko vključuje organizacijo delavnic, seminarjev in drugih oblik izobraževanja, namenjenih izboljšanju znanja in veščin zaposlenih. V skladu z zahtevami ZZKZ mora Ministrstvo za zdravje pripraviti Pravilnik o usposabljanju in zagotavljanju kompetenc zaposlenih na vseh nivojih – kot pomoč in usmeritev na tem področju.

Pomembna je tudi nadgradnja informacijske tehnologije za podporo procesom upravljanja kakovosti. To vključuje uporabo elektronskih zdravstvenih kartonov, sistemov za spremljanje kliničnih izidov in drugih tehnologij, ki omogočajo učinkovito zbiranje, analizo in poročanje podatkov.

Javna agencija za kakovost v zdravstvu bo imela ključno vlogo pri neodvisnem spremljanju izvajanja sistemov kakovosti pri izvajalcih. Njeno sodelovanje z izvajalci mora temeljiti na podpori, izmenjavi znanja in usmerjanju k doseganju standardov kakovosti.

Vloga izvajalcev kot akterjev sprememb pomeni tudi krepitev njihove vodstvene odgovornosti pri oblikovanju lokalnih strategij kakovosti. Priporočljivo je, da vsak izvajalec opredeli svoje strateške cilje na področju kakovosti, ki izhajajo iz nacionalnih prioritet, in jih poveže s kadrovske, izobraževalne in organizacijske politiki.

Kakovost se tako ne pojmuje le kot pravna obveznost, temveč kot vrednota in konkurenčna prednost, ki krepi strokovni ugled ustanove, motivacijo zaposlenih in zaupanje pacientov.

7. SKLEP

Zakon o kakovosti v zdravstvu je pomemben korak k modernizaciji slovenskega zdravstvenega sistema. Njegova uspešna implementacija bo mogoča le z aktivnim sodelovanjem izvajalcev, strateškim vodstvom in podporo zaposlenim. Ključno je razumevanje, da zakon ni le pravna obveznost, temveč razvojna priložnost za izboljšanje zdravstvene obravnave in okrepitev zaupanja javnosti v zdravstvo.

Prednost nove zakonodaje je tudi njena usmerjenost k dolgoročni vzdržnosti zdravstvenega sistema – preko sistematičnega izboljševanja kakovosti storitev, večje preglednosti in aktivnejšega vključevanja pacientov/uporabnikov zdravstvenih storitev.

⁸ National Health Service – Nacionalna zdravstvena služba. NHS je javno financiran zdravstveni sistem v Združenem kraljestvu, ki zagotavlja celovite, univerzalne in brezplačne zdravstvene storitve prebivalcem Združenega kraljestva ne glede na njihov dohodek ali socialni status.

⁹ National Institute for Health and Care Excellence – Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost. NICE je neodvisna organizacija v Združenem kraljestvu, ki razvija in zagotavlja nacionalne smernice in nasvete za izboljšanje kakovosti zdravja in socialne oskrbe, ocenjuje nove zdravstvene tehnologije, zdravila in medicinske pripomočke, da bi zagotovili njihovo učinkovitost in stroškovno učinkovitost, ter izdaja standarde kakovosti, ki pomagajo zdravstvenim in socialnim delavcem izboljšati oskrbo pacientov.

Omejitev pa ostaja potreba po realistični fazi implementaciji, kjer je nujna diferenciacija med velikimi izvajalci zdravstvene dejavnosti in manjšimi izvajalci.

Za uresničitev potenciala ZZKZ je nujna močna podpora tako s strani zdravstvene politike kot tudi strokovne skupnosti. Ključno je, da izvajalci prepoznajo pomen medsebojnega sodelovanja, izmenjave izkušenj in skupnega razvoja rešitev.

Dolgoročni uspeh implementacije je odvisen od tega, ali bo kakovost postala temeljna vrednota organizacijske kulture in ne le formalna izpolnitev zakonodajnih zahtev. V tem kontekstu se zakon kaže kot priložnost za razvoj sodobnega, na pacientu osredotočenega zdravstva, ki je varno, pregledno in strokovno odgovorno.

Uspešnost zakona je tako odvisna od spremljevalnih ukrepov države in dostopnosti strokovne podpore vsem izvajalcem, ne glede na njihovo velikost.

8. VIRI IN LITERATURA

1. *Danish Healthcare Quality Programme: National Goals and Quality Teams*, 2021.
2. *Gedder, Heinrich: Recht und Moral – zum Sinn eines alten Problems*, Duncker & Humblot, Berlin 1984.
3. *Grabar, Simčič, Robida: Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu*, NIJZ, 2023.
4. *Institute for Healthcare Improvement: Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*, 2020.
5. *Izhodišča za pripravo ZZKZ*, Ministrstvo za zdravje RS, 2022.
6. *Ministry of Health Netherlands: Quality in Health Systems*, 2022.
7. *NHS England: Clinical Governance Guidance*, 2021.
8. *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy* 2014.
9. *Swedish National Board of Health: National Registers and Outcome Measurement*, 2020.
10. *ZZKZ: Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu*, Uradni list RS, 2024.
11. *World Health Organization: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: WHO, 2021.
12. *World Health Organization: National quality policy and strategy: Driving change for stronger health systems and improved health outcomes*. WHO, 2018.

Petra Rupar
Splošna bolnišnica Jesenice



Razporejanje kadra s pomočjo umetne inteligence

Povzetek

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ocenjuje, da bo do leta 2030 primanjkovalo 15 milijonov zdravstvenih delavcev. Evropski zdravstveni sistem se ne sooča le z izzivi pri usposabljanju in zaposlovanju, temveč tudi pri porazdelitvi delovne sile. Pri slednji lahko vsaj deloma pomagajo moderni sistemi razporejanja delavcev, ki pa morajo upoštevati številne posebnosti delovnih mest v zdravstvu. Na primeru Splošne bolnišnice Jesenice ugotavljamo, kako lahko tovrstni sistemi pomagajo pri:

1. skrajševanju časa za sestavo razporeda,
2. razbremenitvi delavcev, ob hkratnem izboljšanju učinkovitosti in
3. profiliranju kompetenc morebitnih novih delavcev.

Abstract

The World Health Organization (WHO) estimates that there will be a shortage of 15 million health workers by 2030. The European health system faces not only challenges in training and recruitment, but also in the distribution of the workforce. Modern staff scheduling systems can help with the latter, at least in part, but they must take into account the many specificities of healthcare jobs. Using the example of the Jesenice General Hospital, how such systems can help:

1. *shorten the time for scheduling,*
2. *relieve workers while simultaneously improving efficiency, and*
3. *profile the competencies of potential new employees.*

1. UVOD

Trend pomanjkanja zdravstvenih delavcev je posledica staranja svetovnega prebivalstva in povečanih potreb, ob premajhnem številu zdravstvenega osebja, ki bi nadomestilo odhajajoče. Poleg tega so zmogljivosti za usposabljanje novih delavcev omejene.

Da bi zmanjšali preobremenjenost zdravstvenega kadra, lahko poleg zaposlovanja novega osebja izziv vsaj deloma rešujemo tudi z optimizacijo razporejanja dela. Zdravstvene organizacije lahko z integracijo tehnoloških rešitev izboljšajo procese načrtovanja dela zdravstvenih delavcev in procese zaposlovanja. Digitalizacija v zdravstvu ponuja napredne digitalne rešitve za razporejanje delavcev, pa vendar velika večina zdravstvenih ustanov še vedno uporablja ročne metode, kot so denimo Excelove tabele, ali programe, kjer večino dela opravi planer.

2. SPECIFIKE RAZPOREJANJA DELA V ZDRAVSTVU

Zakonske zahteve, standardi v zdravstvu, zahteve organizacije, želje delavcev, ekipno delo, razpoložljivost kadrov in njihove veščine so le nekateri izmed parametrov, ki jih mora sestavlja razporeda zdravstvenega osebja upoštevati. Naloga, ki zajema toliko spremenljivk, je zahtevna. Včasih sestavljanje razporeda dela eni osebi vzame tudi več kot teden delovnih dni. Najpogostejši izzivi, s katerimi se srečuje tisti, ki sestavlja razpored, so:

- Zahteva po 24/7 pokrivanju delovnega procesa, ob hkratnem pomanjkanju osebja.
- Usklajevanje dežurstev glede na želje in zahteve delavcev.
- Nepredvidene dnevne spremembe zaradi bolniških odsotnosti in iskanje zamenjav.
- Ločeno vodenje razporedov za zaposlene, ki so zaposleni za poln oz. polovični delovni čas.
- Usklajevanje časa dela in počitka medicinskih sester in zdravnikov.
- Konflikti pri razporejanju. Dejavniki, kot so vezanost na različne lokacije oz. razpoložljive naprave, nujni primeri in dolge

izmene lahko privedejo do prekrivanja razporeda – delavci so sočasno razporejeni na dve lokaciji.

- Izgorelost zdravstvenega osebja. Neprevидnost pri sestavljanju razporeda lahko vodi do predolgi in zaporednih izmen brez počitka. Tako pade kakovost oskrbe, osebje pa se izčrpa.
- Razlike v poklicnih kvalifikacijah in veščinah. Opravila, ki jih izvajajo medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje, zahtevajo različne poklicne kvalifikacije.
- Nepredvidljive spremembe. Nujni primeri, bolniške in druge odsotnosti lahko popolnoma spremenijo predvideni razpored. Ročne zamenjave pa največkrat niso optimalne.
- Obveščanje glede sprememb v razporedih. Ob nepredvidenih spremembah je treba pravočasno najti zamenjave in o tem obvestiti druge člane ekipe.
- Usklajevanje letnih dopustov. Odobranje in zavračanje prošnje za letni dopust.
- Človeške napake pri izdelavi tabel. Vpisovanje parametrov v Excelove tabele, prepisovanje in kopiranje neizogibno vodijo tudi do človeških napak.

Izzivi pri razporejanju zdravstvenega osebja lahko resno vplivajo na učinkovitost dela osebja in s tem zmanjšajo splošno produktivnost zdravstvene organizacije.

Sestavljanje optimalnega razporeda je kot iskanje igle v kopici sena

Na oddelku zdravstvene ustanove, kjer je 50–100 zaposlenih, obstaja 1020 različnih kombinacij za pripravo razporeda.

Ob upoštevanju vseh omejitev se to število drastično zmanjša. Rešitev je morda lahko samo ena ali pa je sploh ni. Najbolj običajno je, da je ustreznih rešitev več kot milijon. Nemogoče je pričakovati, da bo oseba, ki sestavlja razpored, obravnavala vse možnosti in iz nabora izbrala najoptimalnejšo.

Ravno tega pa je sposobna umetna inteligenca. Omogoča nam avtomatsko načrtovanje, razporejanje, zaposlovanje in poročanje. Zato po-

membno prispeva k reševanju kadrovskih izzivov v zdravstvenem sektorju.

Umetna inteligenca, ki dela za ljudi

Evolucija uspe s spremembami dednega zapisa. Uspešne dedne kombinacije, ki so dobro prilagojene okolju, preživijo, ostale ne. Na ta način so se tudi najbolj zapletena bitja prilagodila okoliščinam. Po enakem principu delujejo evolucijski algoritmi: to so postopki optimizacije s poskusi in napakami po vzoru biološke evolucije. Evolucijski algoritem je poznan že vsaj od časov Darwina in Wallacea. Vse dosedanje tehnološke implementacije evolucijskih algoritmov so bile usmerjene v razvoj enostavnih struktur, saj so bili algoritmi vse doslej še prezahtevni za človeške matematične sposobnosti. Algoritme, ki so osnova vsakršnega programja, so doslej izumili ali izboljšali ljudje. Z nastopom umetne inteligence se je to področje drastično spremenilo.

Evolucijska umetna inteligenca (EAI) je metoda, ki je zasnovana na osnovi evolucijskih algoritmov. Tako je nastal tudi program za razporejanje delavcev, ki ga uporabljamo v Splošni bolnišnici Jesenice. Kot tak naslavlja najzahtevnejše kalkulacije za razporejanje zdravstvenih ekip. Rezultat je razpored, ki upošteva največ možnih želja in je sestavljen z najmanj »kršitvami« zahtev. Takšnega ni mogoče sestaviti na pamet ali z algoritmi, ki ne temeljijo na evolucijski umetni inteligenci.

Sistem, ki ga uporabljamo v Splošni bolnišnici Jesenice, je edini sistem za razporejanje delavcev z umetno inteligenco, ki deluje povsem avtomatsko. Razvili so ga posebej za zdravstvo in naslavlja vse specifične razporejanja zdravstvenih delavcev v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, domovih za ostarele in medicinskih centrih.

Kot tak omogoča:

- upoštevanje veščin in pristojnosti delavcev,
- upoštevanje omejitev zakonodaje,
- razporejanje oseb v parih ali ekipah,
- izbor delavcev, ki se jim razpored nikoli ne spreminja,

- določitev želenega časa za dežurstva,
- hitro iskanje najprimernejše zamenjave,
- organizacijo dela v zaporednih dneh,
- avtomatski vnos praznikov in dela prostih dni,
- vnos odsotnosti, kot so dopusti, izobraževanja in želje po prostih dnevih,
- vnos želja delavcev po prisotnosti, ko jim to odgovarja.

3. UVEDBA UPORABE UMETNE INTELIGENCE IN PRVE IZKUŠNJE SB JESENICE

Ideja za začetek projekta je izhajala iz potrebe po optimizaciji delovnih procesov in obremenitev kadra. Uvedba UI resnega problema pomanjkanja kadra v zdravstvu ne bo rešila, bo pa pripomogla k boljši organizaciji obstoječih kadrovskih virov. Glavni izziv je prilagoditev sistema specifičnim potrebam bolnišnice. Gre za dolgotrajen, vendar nujen proces, ki omogoča uspešno implementacijo novosti. Pri tem je bilo pomembno tudi sodelovanje z zaposlenimi in natančno načrtovanje faz uvedbe.

Z uporabo sistema razvrščanja osebja zdravstvene nege s pomočjo UI smo v SB Jesenice pričeli marca 2024. Prve izkušnje so pokazale, da sistem omogoča učinkovitejše in pravičnejše razporejanje, kar zmanjšuje obremenitve zaposlenih, s tem pa tudi število nadur in obenem izgorelost. Učinkovitejša organizacija dopustov prav tako prispeva k večjemu zadovoljstvu zaposlenih in dolgoročni ohranitvi zaposlenih v bolnišnici. S pilotnim projektom smo pričeli v internistični službi, sistem pa je bil zasnovan za optimizacijo razporeditve osebja, pri čemer upošteva kompetence zaposlenih, delovne izmene, zakonske zahteve in posebne potrebe posameznikov, na primer zdravstvene omejitve in odsotnosti.

»Pokazale so se bistvene prednosti uporabe razvrščanja osebja: večja prilagodljivost pri organizaciji dela, enakomernejša uravnoteženost obremenitev zaposlenih in zmanjšanje napak pri ročnem načrtovanju. Sistem omogoča tudi

enakomernejšo razporejenost zaposlenih glede na število opravljenih delovnih ur. Po drugi strani smo naleteli na nekatere pomanjkljivosti, kot so potreba po natančni prilagoditvi sistema specifičnim delovnim procesom in začetne težave pri prilagoditvi zaposlenih na spremembe.»

Manj bolniških, več dopusta in prihranek denarja

Izkazalo se je, da je uvedba umetne inteligence v proces razporejanja zaposlenih in upravljanja odsotnosti ter prisotnosti močno spremenila način dela v bolnišnici ter povečala produktivnost zaposlenih. Beležimo dva odstotka manj bolniških odsotnosti nad 30 dni, 23 odstotkov manj bolniških odsotnosti do 30 dni, 71 odstotkov manj neenakomerno razporejenega delovnega časa, 56 odstotkov manj nadur, zaposleni so lahko izkoristili več dopusta, izvajali pa so tudi simulacije razporedov. Z uvedbo je zavod dosegel znatno izboljšanje v upravljanju delovnih obremenitev in povečanju zadovoljstva zaposlenih. Nepomemben ni niti finančni prihranek.

Program v bolnišnici zdaj redno uporabljamo za razporejanje zaposlenih in upravljanje odsotnosti. Zaradi kompleksnosti uvajanja novega sistema smo se odločili, da se uvajanje sprememb začne pri eni poklicni skupini, torej zdravstveni negi.

Za katere naloge se je sistem umetne inteligence v danih razmerah izkazal kot najbolj koristen? Za administrativne, kot so razporejanje osebja, vodenje evidenc odsotnosti (na primer bolniških odsotnosti, dopustov, izobraževanj) ter mentoriranje dijakov in študentov. Uvedba sistema je razbremenila kader, saj je razbremenila vodje administrativnih nalog, kar jim omogoča, da več časa posvetijo delu z bolniki. Poenostavila je vključevanje in mentoriranje študentov, saj je zagotovila boljšo preglednost pri razporejanju dijakov, študentov in novo zaposlenih.

Na področju vodenja evidenc odsotnosti je uvedba sistema prinesla večjo natančnost in zmanjšanje števila napak, kar je olajšalo izračunavanje ur in nadur. V bolnišnici je bila za uspešno implementacijo sistema potrebna priprava

pravil in navodil, kjer smo opredelili vključevanje dijakov in študentov v delovne izmene na podlagi osvojenih veščin, ki so jih pridobivali poleg šolskega učnega procesa tudi v bolnišnici. Za vsakega dijaka in študenta smo pripravili individualni načrt oziroma matriko znanj.

Optimizacija urnikov pomaga zmanjšati število nadur in izboljšati kakovost delovnih procesov. Kljub velikemu potencialu umetna inteligenca predstavlja tudi izziv za zdravstvene delavce na področju diagnostike, načrtovanja zdravljenja, spremljanja pacientov v realnem času in avtomatizacije administrativnih nalog, kot sta razporejanje in obračunavanje.

Kako so novost sprejeli zaposleni? Prvi odzivi zaposlenih so bili mešani, saj so bili nekateri skeptični, ker so se bali izgube ugodnosti in nadzora nad urniki. »Po nekaj mesecih uporabe so prepoznali prednosti sistema, kot so prihranek časa, pravičnejša razporeditev in zmanjšanje nadur. Danes je odziv večinoma pozitiven, saj zaposleni vidijo, da sistem izboljšuje delovne procese in zmanjšuje administrativne obremenitve.« Neenakomeren razpored pri urnikih, kar v zdravstvu pomeni zaporedne delovne dni brez prostega dneva, se je občutno zmanjšal, umetni inteligenci je uspelo sestaviti urnik tako, da so zaposleni imeli v mesecu dva prosta konca tedna. Poudariti velja, da je prav priprava razporedov dela zlasti v bolnišnicah izredno kompleksna in upošteva triizmensko delo, omejitve zaposlenih zaradi invalidnosti, materinskih pravic in podobno.

Tudi v prihodnje se bomo na Jesenicah zanašali na pomoč umetne inteligence. Kratkoročno trenutno širimo njene uporabe tudi na druge oddelke – kirurgijo, enoto intenzivne nege in specialistično diagnostično enoto. Dolgoročno si bomo prizadevali za popolno integracijo umetne inteligence v vse kadrovske procese, vključno z načrtovanjem izobraževanj, napredovanj in dolgoročnih kadrovske potreb.

mag. Darja Potočnik Benčič,
Lekarniška zbornica Slovenije

mag. Dean Šušmelj
Lekarniška zbornica Slovenije



Kaj vemo o financiranju lekarniške dejavnosti in česa ne

Povzetek

Osnove financiranja lekarniške dejavnosti so bile postavljene leta 1982 in se vse od takrat niso bistveno spremenile. V lekarniški dejavnosti se tesno prepletata javna služba in tržna dejavnost, kar je slab izgovor za prenizko vrednotenje dela farmacevtskih strokovnih delavcev in storitev lekarniške dejavnosti. Z novimi storitvami na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva lekarništvo sledi potrebam pacientov in zdravstvenega sistema. A za njihovo izvajanje potrebuje dodaten kader z ustreznimi kompetencami.

Abstract

The foundations of pharmacy service financing were established in 1982 and have not significantly changed since. In pharmacy practice, the provision of public services and commercial activities are closely intertwined, which is often used as a poor justification for the undervaluation of the work of pharmaceutical professionals and pharmacy services. With the introduction of new services at all three levels of healthcare, pharmacy practice responds to the needs of both patients and the healthcare system. However, the successful delivery of these services requires additional staff with appropriate competencies.

Financiranje lekarniške dejavnosti je urejeno v sistemu, ki se je postavljalo od leta 1979 in uveljavilo leta 1982. Od takrat do danes so bili v sistemu financiranja sicer narejeni manjši lepotni popravki, kot sta dodatek za izdajo zdravil na obnovljivi recept in dodatek za velika pakiranja. Ločeno pa je bilo urejeno vrednotenje priprave magistralnih zdravil. V tem prispevku se omejimo na financiranje lekarniške dejavnosti na primarni ravni. Bolnišnična lekarniška dejavnost se mora ustrezno vključiti v prenovljene skupine primerljivih primerov (SPP), deloma pa so storitve, na primer brezšivna skrb, financirane ločeno.

Temeljno poslanstvo lekarniške dejavnosti na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva je zagotavljanje kakovostne in učinkovite preskrbe z zdravili in drugimi izdelki za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja ter svetovanje glede njihove varne, pravilne in učinkovite uporabe pacientom in zdravstvenim delavcem v zdravstvu. Lekarniška dejavnost zagotavlja tudi farmacevtsko obravnavo za ohranjanje zdravja in doseganje pričakovanih kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov zdravljenja.

Lekarniška dejavnost se, enako kot druge dejavnosti v zdravstvu, financira z javnimi in zasebnimi sredstvi. Opravlja torej javno službo in tržno dejavnost, le da je obseg tržne dejavnosti nekoliko večji kot na drugih področjih. Za izvajanje javne službe je od leta 1982 vzpostavljen storitveni sistem, ki temelji na časovnem in kadrovskem normativu. Za vse delovne naloge in aktivnosti se določijo strokovni profili kadrov, čim bolj natančno se izmeri čas, ki je potreben za posamezno nalogo, da se opravi v predvidenem obsegu in v skladu s standardi kakovosti. Prednost storitvenega sistema je vsekakor v zagotavljanju neodvisnosti od nabavne cene zdravil. Ima pa sistem, zlasti zato, ker se nikoli ni zares posodobil, tudi slabosti.

Ne upošteva dejanskih materialnih stroškov in amortizacije, stroškov informatizacije, predvsem pa ne upošteva realnih stroškov dela. Obseg in zahtevnost obravnave sta se na vseh področjih zdravstva povečala. Temu bi morali slediti tudi kadri, tako po številu kot po izobrazbi in dodatnih kompetencah.

Seznam storitev lekarniške dejavnosti je objavljen na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS): seznam storitev 15.24: storitve v lekarniški dejavnosti (743 601, 143 367), 15.106: storitve v okviru Programa farmacevtskega svetovanja (302 001) in v bolnišnicah 15.139: dodatek k bolnišničnim obravnavam, E0811 Dodatek brezšivna skrb v bolnišnični obravnavi.

Kako je postavljen normativ v lekarniški dejavnosti? Iz korovskega normativa in časovnega normativa je izračunana vrednost točke, in sicer 1 točka predstavlja 5 minut dela, ki ga opravi strokovni delavec z visoko izobrazbo:

Farmacevtski profil	Vrednost točke ^a
Visoka izobrazba s specializacijo	1,15
Visoka izobrazba	1,00
Višja izobrazba	0,75
Srednja izobrazba	0,58
Nepopolna srednja izobrazba	0,46

Slika 1: Primer izračuna vrednosti za storitev izdaje zdravila, ki je sestavljena iz dveh delov: izdaja zdravila in obdelava recepta. Razlog – obdelava recepta je vedno samo ena, na receptu pa je lahko predpisanih več pakiranj zdravila.

Šifra	Kratek opis	Naziv enote mere	Št. enot mere	Kadrovski normativ	Časovni normativ (min)	Ponder	Točkovni normativ
70010	Vročitev zdravila	Točka	0,16	1 magister farmacije	0,48	1,00	0,10
				1 inženir farmacije	0,08	0,75	0,01
				1 farmacevtski tehnik	0,43	0,58	0,05
71010	Obdelava recepta	Točka	0,31	1 magister farmacije	0,82	1	0,16
				1 inženir farmacije	0,18	0,75	0,03
				1 farmacevtski tehnik	1	0,58	0,12
			0,47		2,99		0,47

Na podlagi veljavne vrednosti lekarniške točke ZZZS z dne 1. 4. 2025 v višini 4,39 EUR vrednost obdelave in vročitve enega pakiranja zdravil predstavlja **2,05 EUR** (0,47 točke) povračila s strani ZZZS.

Na podlagi podatkov ZZZS je bilo v letu 2024 izdanih 2,05 pakiranja na recept, iz česar izhaja, da je točkovni normativ povprečno obračunanih storitev za izdajo zdravil na recept 0,63

točke (obdelava recepta 0,31 točke + 2 x vročitev zdravila) povprečna vrednost storitve pa **2,77 EUR**.

V primeru izdaje istega števila pakiranj zdravila na obnovljivi recept si lekarne lahko obračunajo dodatek k obdelavi in vročitvi na obnovljivi recept, iz česar izhaja, da je celotna opravljena storitev vrednotena s 0,86 lekarniške točke, kar znaša **3,78 EUR**.

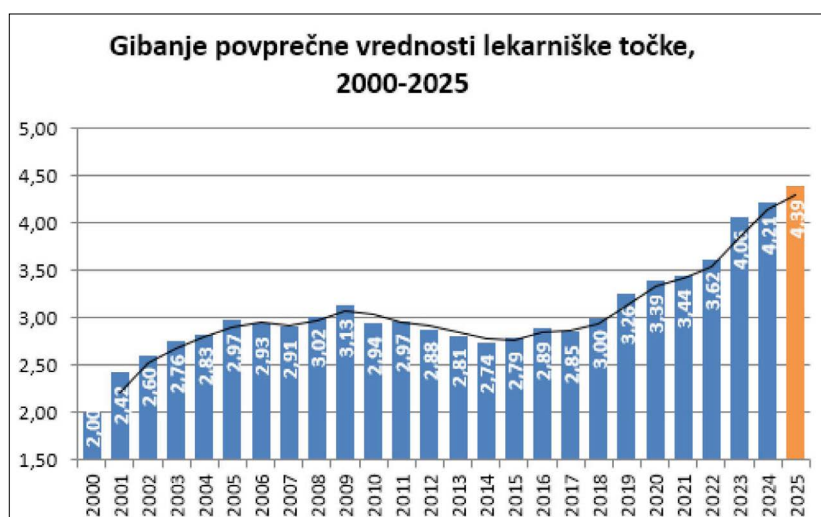
Slika 2: Izdaja na obnovljivi recept

Šifra	Kratek opis	Naziv enote mere	Št. točk	Št. enot	Skupaj točk	Vrednost (točka 4,39)
71010	Obdelava recepta	Točka	0,31	1	0,31	1,36 EUR
71013	Dodatek k obdelavi Rp – izdaja na ObnRp	Točka	0,11	1	0,11	0,48 EUR
70010	Vročitev zdravila	Točka	0,16	2	0,32	1,40 EUR
70021	Dodatek k vročitvi zdravil na ObnRp	Točka	0,06	2	0,12	0,53 EUR
					0,86	3,78 EUR

Elementi za izračun lekarniške točke so:

- plače: stroške osnovnih plač z dodatki, sredstva za premije dodatnega pokojninskega zavarovanja, regres in drugi dodatki, zakonsko predpisana obveznost izvajalcev; skupaj 80,01 %,
- materialni stroški 14,47 %,
- amortizacija 3,02 % in
- informatizacija 2,50 %.

Vrednost točke se je spreminjala, kot kaže **Tabela 1**:



**Izračun vrednosti lekarniške točke za leto 2025 je pripravljen na podlagi trenutno veljavnih vrednosti lekarniške točke do maja 2025.*

Tudi Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 predvideva, da se spremembe kalkulativnih elementov stroškov dela avtomatično upoštevajo v kalkulacijah cen storitev, če Vlada Republike Slovenije in reprezentativni sindikati javnega sektorja sprejmejo aneks h kolektivni pogodbi v javnem sektorju, ki posega na področje plač v javnem sektorju, ali v primeru spremembe zakona, ki ureja sistem plač v javnem sektorju oziroma drugega predpisa, ki ureja to področje.

Lekarniška dejavnost predstavlja izjemno majhen del v odhodkih ZZZS, močno pa naraščajo stroški za zdravila, predvsem na račun t. i. dragih zdravil. Celotni izdatki za zdravila, izdana na recept, v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, so v letu 2024 znašali 778,96 milijona EUR in vključujejo tudi odhodke za delo lekarn. Spodaj prikazujemo strukturo odhodkov ZZZS v letu 2024.



Vir: Letno poročilo ZZZS 2024.

Največji delež sredstev ZZZS za lekarniško dejavnost, brez stroška zdravil, so plače (80,01 %). Plačna reforma naj bi prinesla dvig plač, a je v lekarniški dejavnosti povzročila nezadovoljstvo. Razlog je ta, da je nekaj manj kot 70 % kadra financiranega iz javnih sredstev, za vse ostale pa je treba plače zagotoviti iz tržnih prihodkov. Omeniti velja, da se del sredstev iz opravljanja javne službe pridobiva iz nejavnih virov (beli recepti, doplačila pacientov). Dvig plač pa seveda velja za vse zaposlene, zato se konstantno znižuje izplačilo tržne uspešnosti in zaposleni v lekarniški dejavnosti ne občutijo dviga plač, saj je izplačilo na njihove transakcijske račune nespremenjeno. Pri nekaterih (nekdanja plačna skupina J) je prišlo celo do znižanja plač. Pri pregledu presežkov javne službe pa večina izvajalcev lekarniške dejavnosti (podatki so na voljo samo za javne lekarniške zavode, saj za lekarne s koncesijo razmejevanje prihodkov glede na vrsto dejavnosti ni potrebno) nima možnosti dodatnega zaposlovanja, saj bi brez dodatnega vira na javni službi to potisnili v minus.

V 35. členu Zakona o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju (ZSTSPJS) so opredeljeni pogoji za izplačilo sredstev iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu, in sicer morajo biti vsaj izravnani prihodki in odhodki tako za izvajanje javne službe kot od prodaje blaga in storitev na trgu. V primeru dodatnega zaposlovanja kadra, ob nespremenjenih pogojih financiranja lekarniške dejavnosti, bi porast stroškov dela na javni službi v veliki večini primerov povzročil presežek odhodkov nad prihodki, kar bi javnim zavodom onemogočilo izplačevanje delovne uspešnosti iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu kljub presežkom na tem segmentu poslovanja. To bi vplivalo na splošno znižanje plač farmacevtskih strokovnih delavcev za 5–25 %. Priznanje dodatnih kadrov v kalkulativnih elementih vrednosti lekarniške točke je potrebno za zagotovitev dodatnih sredstev za financiranje javne službe, v okviru katerih bi javni zavodi lahko dodatno zaposlovali, ne da bi ogrozili izravnost prihodkov in odhodkov na javni službi.

Zgodovinsko gledano so bile osnovne plače farmacevtskih strokovnih delavcev v lekarniški dejavnosti na primarni ravni namenoma nižje ovrednotene kot osnovne plače na sekundarni in terciarni ravni lekarniške dejavnosti ravno zaradi možnosti izvajanja tržne dejavnosti v lekarnah. Dolgoročno pa je ta odločitev zelo škodljiva za izvajanje lekarniške dejavnosti, saj je za zagotavljanje ustrezne višine plač zaposlenih na primarni ravni lekarniške dejavnosti treba ustvariti zadosten vir financiranja za izplačilo delovne uspešnosti iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu. Strokovne odločitve farmacevtov so tako lahko pod pritiskom tržnih prijemov pri izdaji zdravil brez recepta in izdelkov za ohranjanje zdravja, da si lahko pridobijo pravico do doplačila v višini med 5 in 25 % deleža plače (javni zavodi se zelo razlikujejo).

Zaradi nezadovoljstva se v lekarniški dejavnosti povečuje fluktuacija in odhodi zaposlenih iz lekarniške dejavnosti, kar je močnejše izraženo v letu 2025, ko ima nova plačna zakonodaja svoje prve učinke. Ob tem velja opozoriti še na dejstvo, da imamo v Sloveniji 354 lekarniških enot na primarni ravni. S tem zagotavljamo dobro dostopnost vseh prebivalcev do zdravil in lekarniških storitev. Financiranje na način, da je samo 70 % delavcev plačanih iz javnih sredstev, predstavlja veliko tveganje za izvajanje javne službe.

Po podatkih na dan 31. 12. 2024 je bilo v lekarniški dejavnosti na primarni ravni zaposlenih 1375 magistrov farmacije (všteti so vsi, tudi vodstveni delavci in zaposleni v galenskih laboratorijih), od tega 963 financiranih iz javnih sredstev (preračun LZS) na podlagi dejansko opravljenih storitev. Sprašujemo se, kako bi lahko izvajali lekarniško dejavnost v 354 lekarnah s samo 963 magistri farmacije. V letu 2024 so magistri farmacije v lekarnah na primarni ravni izdali zdravila na 20,38 milijona receptov. Če torej upoštevamo vse zaposlene, je magister farmacije izdal zdravila na 15.037 receptov, če pa upoštevamo samo priznani kader, pa kar na 21.080 receptov.

Nimamo modela, kako razmejiti kader, ki izvaja javno službo, od tega, ki izvaja tržno dejavnost, saj je oboje močno prepleteno, kar lepo ponazarja slika, ki izhaja iz kriterijev za razmejitve

dejavnosti javnozdravstvenih zavodov na javno službo in tržno dejavnost, ki so se začeli uporabljati s 1. 1. 2023:



Kaj vse se je spremenilo od leta 1982 in ni vključeno v opis osnovnih storitev?

- Spremembe zakonodaje, pravil OZZ – vedno bolj zahtevna in kompleksna informacijska podpora;
- z medsebojno zamenljivimi zdravili (MZZ) in terapevtskimi skupinami zdravil (TSZ) so uvedena doplačila za zdravila, kar po eni strani vpliva na dodatne aktivnosti na področju oblikovanja cen in na drugi zahteva več časa za obravnavo pacientov;
- uvedba obnovljivih receptov (ORp), pomembno je preverjanje adherence;
- izdaja živil za posebne zdravstvene namene, ki jih delno krije zdravstveno zavarovanje;
- razreševanje težav zaradi pomanjkanja zdravil (komunikacija s pacienti, komunikacija z zdravniki, iskanje terapevtskih alternativ, priprava magistralnih zdravil);
- povečevanje števila polimorbidnih pacientov s polifarmakoterpijo – preprečevanje neželenih učinkov in svetovanje o ukrepih, preverjanje součinkovanja zdravil in ustrezno ukrepanje, podvojeni recepti, interakcije;
- močno narašča izdaja dragih zdravil; gre večinoma za biološka zdravila ali za zdravila za zdravljenje redkih bolezni;
- farmacevtske intervencije (beleženje napak pri predpisovanju zdravil, kot npr. podvoje-

- ni recepti, neustrezno odmerjanje, ni recepta, beleženje napak pri izdajanju zdravil, kot npr. napačno zdravilo, neustrezna količina, beleženje napak pri uporabi zdravil) – širše, kot to določa ZLD-1;
- preverjanje avtentičnosti zdravil;
 - spremljanje kazalnikov kakovosti in druge zahteve v skladu z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu;
 - povečan obseg izdaje zdravil hladne verige;
 - povečan obseg izdaje zdravil z več učinkovinami;
 - povečan obseg izdaje zdravil z narkotičnimi in psihotropnimi učinkovinami;
 - zdravila, za katera se zahteva nadzorovana distribucija, in zdravila s programi preprečevanja nosečnosti (PND, PPN);
 - zdravila s predpisanim protokolom izdaje (večje tveganje za neželene učinke in součinkovanja z drugimi zdravili);
 - farmakovigilanca;
 - omejitve predpisovanja in izdajanja (obvestila JAZMP in imetnikov dovoljenja za promet);
 - obvestila JAZMP za zdravstvene delavce.

Slika 4: Znižano vrednotenje pri storitvi farmakoterapijski pregled

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Enota mere	Št. enot mere	Št.enot mere
E0612	FTP 1 - 4 učinkovine	Farmakoterapijski pregled (FTP) od 1 do 4 učinkovine	Enota	1	0,5
E0613	FTP 5 - 9 učinkovin	Farmakoterapijski pregled (FTP) od 5 do 9 učinkovin	Enota	1	1,0
E0614	FTP10 in več učinkovin	Farmakoterapijski pregled (FTP) 10 in več učinkovin.	Enota	2	1,4
E0615	Ponovni FTP	Farmakoterapijski pregled (FTP) terapije, ki je že bila pregledana, pa je v njej prišlo do sprememb (dodana ali menjana zdravila) in se je zato ponovno pregledala.	Enota	0,7	0,5
E0616	FTP izven matične ambulate	Farmaceutski svetovalec gre v ambulantno izven svoje običajne k npr. zdravniku zasebniku ali na zdravstveno postajo. Šifra se obračuna dodatno 1-krat na ambulantno. V takem primeru je potrebno zagotoviti zadostno število primerov (najmanj 4 primere), da farmaceutski svetovalec vse delo opravi v oddaljeni ambulanti.	Enota	1	1,0
E0749	Farmakoterapijski posvet z zdravnikom	Farmakoterapijski posvet z zdravnikom (osebno, preko telefona, e-mail, videokonferenca) z ustreznim dokumentiranjem vsebine in datuma posveta.	Enota	1	Črtano – farmakoterapijski pregled; uvedba „Farmakoterapijsko konziliarno mnenje – enota 0,5

Ministrstvo za zdravje je glede strokovnih vsebin in razvoja kadrov v veliki meri prisluhnilo potrebam lekarniške dejavnosti. Predloge Lekarniške zbornice Slovenije (LZS) je vsaj deloma vključilo v usmeritve zdravstvene politike (5,6). S predlogi želi LZS slediti razvoju lekarniških storitev po vzoru naprednih evropskih držav in predvsem potrebam pacientov (pomoč pri uvažanju novega zdravila, spremljanje kroničnih

Kaj se je spremenilo od leta 1982 in pomeni dvig kakovosti obravnave pacientov?

- Zakon o lekarniški dejavnosti, ki daje velik poudarek izvajanju storitev, neodvisnosti strokovnih farmacevtskih delavcev in njihovi strokovni karieri, zdaj tudi s financiranjem specializacij in uvedbo delovnih mest s specialnimi znanji.
- Ambulante farmacevtov svetovalcev.
- Storitve brezšivne skrbi (BS), za katere menimo, da smo jih v primerjavi z drugimi evropskimi državami uvedli najbolj celovito. S storitvami BS spremljamo pacienta pri prehodu med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti horizontalno in vertikalno, i sicer s spremljajočim dokumentom, osebno kartico zdravil (OKZ). Za varen prehod v domače okolje pa je omogočena izdaja enega pakiranja novo uvedene terapije ob odpustu iz bolnišnice. V praksi ugotavljamo, da je časovni normativ neustrezen in smo podali pobudo za njegovo korekcijo.
- Uvedba ambulant farmacevtov svetovalcev v bolnišnicah in možnost, da v ambulate farmacevtov svetovalcev na primarni ravni neposredno napotujejo specialisti, ki delujejo izven bolnišnic. Vendar pa ZZS, s 1. 7. 2025 niža vrednotenje pri storitvi farmakoterapijski pregled, in sicer:

bolnikov, cepljenje v lekarnah). Vendar to hkrati pomeni, da je treba zagotoviti dodaten kader, ki te storitve izvaja in ima ustrezne kompetence. Prav tako se z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije pogovarjamo o implementaciji usmeritev zdravstvene politike, konkretno o ambulantah farmacevtov svetovalcev (širitev mreže in opis), izdaji zdravil z zahtevnim svetovanjem, izdaji dragih zdravil, farmacevtskih in-

tervencijah ter o spremembi vrednotenja izdaje zdravil in obdelave receptov v skladu z novimi nalogami in aktivnostmi.

Lekarniška dejavnost se v Sloveniji, Evropi in svetu sooča z mnogimi izzivi. Na prvem mestu je pomanjkanje kadra. Ustrezno vrednotenje, razbremenitev, strokovna kariera in uvajanje storitev bodo postopoma pripomogli, vsaj upamo tako, k izboljšanju situacije.

Lekarniška dejavnost se mora dovolj hitro prilagajati potrebam pacientov. Vedno več je pacientov s polifarmakoterapijo, težkih bolnikov, ki se zdravijo v domačem okolju, in bolnikov z redkimi boleznimi. Stroka mora slediti vsem novostim na področju zdravljenja z zdravili in pacientom nuditi storitve za zagotavljanje varne in učinkovite uporabe zdravil ter pozitivne izide zdravljenja. Sprejetje strokovnih standardov in kadrovskih normativov je po mnenju LZS osnova za zagotavljanje kakovostnih storitev.

Lekarne ostajajo najbolj dostopne zdravstvene institucije, v katere pacienti vstopijo neposredno, brez naročanja in se lahko posvetujejo z visoko izobraženimi zdravstvenimi delavci. Veliko storitev zdravstvene obravnave se danes izvaja na daljavo. Sprašujemo se o prednostih, tudi če razmišljamo o izdaji zdravil preko spletnih lekarn. Najprej je treba dobro proučiti zdravstveno in digitalno pismenost tiste skupine pacientov, ki so najštevilčnejši uporabniki zdravil. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je ta precej šibka. Zdravljenje z zdravili ni uspešno samo zaradi zdravil, ampak tudi zaradi odnosa in komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti. Na različnih strokovnih srečanjih so predstavniki ZZS opozarjali na slabosti prevelikega deleža obravnave pacientov na daljavo. Z izdajo zdravil preko spletnih lekarn (dober primer so Združene države Amerike) se na videz izboljša dostopnost, zelo pa se poveča tveganje za (pre)več predpisanih receptov, posledično tudi več težav zaradi interakcij med zdravili in več odpadnih zdravil, ter tveganje za napačno uporabo ali neuporabo. Ob tem možnosti za ukrepanje, lahko pa se močno povečajo stroški v zdravstvu zaradi povečanega števila hospitalizacij, obravnav pri specialistih

ter laboratorijskih in drugih preiskav. O potrebni spremembi zakonodaje in informacijske podpore na tem mestu ne bi razpravljali. Za konec tega razmišljanja samo še vprašanje: ali bi morebiti uvedba e-lekarn tako res zmanjšala potrebe po kadru?

ZAKLJUČEK

Financiranje lekarniške dejavnosti v Sloveniji temelji na storitvenem sistemu, ki je bil vzpostavljen že leta 1982 in od takrat ni bil bistveno posodobljen. Lekarniška dejavnost se financira iz javnih sredstev (OZZ) in iz tržnih prihodkov, kar ustvarja neravnovesje, saj je približno 70 % kadra financiranega iz javnih sredstev, razlika kadra pa morajo lekarne pokrivati s tržno dejavnostjo.

Samo z ustrezno sistemsko podporo in z zadostnim številom kompetentnih farmacevtskih strokovnih delavcev bo lekarniška dejavnost lahko sledila potrebam pacientov in zdravstvenega sistema.

VIRI IN LITERATURA

1. *Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1)*. Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19, 186/21 in 112/24
2. *Navodilo o beleženju in obračunavanju storitev in izdanih materialov*, dostop na <https://www.zzzs.si/zzzs-api/e-gradiva/podrobnosti/?detail=8B39572A03527FECC12585A0002C4D20>
3. *Navodilo o zajemu in posredovanju podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistem*, Priloga 7, dostop na <https://www.zzzs.si/zzzs-api/e-gradiva/podrobnosti/?detail=9C07E31D2CED18E8C1257A2B0031BC7B>
4. *Interni dokumenti LZS: SOP za izvajanje farmakoterapijskega pregleda, SOP za izvajanje pregleda uporabe zdravil, SOP za izvajanje storitev BS v bolnišnicah in SOP za izvajanje storitev BS v lekarnah na primarni ravni*.
5. *Usmeritve zdravstvene politike za leti 2025 in 2026*, dostopno na <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/2-NOVICE/Usmeritve-zdravstvene-politike-za-let-2025-in-2026.pdf>
6. *Usmeritve zdravstvene politike za leto 2026*, dostopno na <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/2-NOVICE/USMERITVE-ZDRAVSTVENE-POLITIKE-ZA-LETO-2026.pdf>

Tatjana Jevševar
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije



Vpliv ZZDej na poslovanje Javnih zdravstvenih zavodov

Povzetek

Neenakost v pogojih delovanja in poslovanja med izvajalci v javni zdravstveni mreži (javnimi zdravstvenimi zavodi in koncesionarji) in neprofitnost javnih zavodov na eni ter profitna usmerjenost koncesionarjev na drugi strani so povzročile, da enotni javni zdravstveni sistem v Sloveniji razpada na neprofitni in profitni del. Njuna skupna značilnost je samo ta, da sta oba financirana z javnim denarjem pod enakimi pogoji. Oba deležnika v javnem zdravstvenem sistemu sta delovala pod različnimi zakonskimi pogoji (ZJF in ZGD) in večina negativnih posledic izvira iz te neenakosti delovanja ter upravljanja ob enakih pogojih financiranja iz javne blagajne. Prav tako ni bil opredeljen nadzor nad porabo sredstev javne blagajne oziroma prihodkov koncesionarjev.

Če smo v predstavitvi jeseni 2024 zahteve po izenačevanju pogojev delovanja opravičevali s podatki o poslovanju izvajalcev v letih 2022 in 2023, pa podatki o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov v letu 2024 te zahteve še bolj potrjujejo, saj so poslovni rezultati izrazito slabši od obeh preteklih let. Zato ocenjujem sprejem ZZDej-N kot nujnost in pravičen korak k ureditvi medsebojnega sodelovanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti na reguliran način, saj po uveljavitvi sistema podeljevanja koncesij in možnosti izvajanja zdravstvenih storitev na samoplačniški način v Sloveniji ni bila vzpostavljena ustrezna zakonska regulativa, ki bi omogočila usklajen in kompatibilen način izvajanja zdravstvenih storitev v javnem zdravstvenem sistemu.

Abstract

Inequality in operating and business conditions between providers within the public healthcare network (public healthcare institutions and concessionaires) and the non-profit nature of public institutions on one hand, and the profit orientation of concessionaires on the other, have caused Slovenia's unified public healthcare system to split into non-profit and profit-oriented sectors. The only feature they have in common is that they are both financed with public funds under the same conditions. However, the two sectors operate under different legal frameworks (ZJF and ZGD), and the majority of negative consequences stem from this inequality in operation and governance, despite receiving equal public funding. Furthermore, no mechanism has been established to oversee the spending of public funds or the revenues of concessionaires.

While the call for equalisation of operating conditions was justified by financial data from 2022 and 2023 in the autumn 2024 presentation, the business results of public healthcare institutions in 2024 further reinforce this demand as they are significantly worse than in the previous two years. Therefore, I consider the adoption of the ZZDej-N amendment to be both necessary and a step in the right direction towards establishing regulated cooperation among healthcare service providers. Since the introduction of the concession system and the option to provide healthcare services on a self-pay basis, there has been no appropriate legal regulation to ensure coordinated and compatible service

Novela ZZDej-N predstavlja pomemben izziv za vse deležnike v sistemu zdravstvenega varstva, hkrati pa tudi zgodovinsko priložnost za stabilizacijo poslovanja in ohranitev ter okrepitev javnega zdravstva v Sloveniji. Njegov cilj je vzpostaviti usklajeno sodelovanje vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe ter zagotoviti pravočasen in enakopraven dostop uporabnikov do zdravstvenih storitev.

provision within the public healthcare system. The ZZDej-N amendment poses a significant challenge to all stakeholders in the healthcare system, but also represents a historic opportunity to stabilise operations and preserve and strengthen public healthcare in Slovenia. Its objective is to establish coordinated cooperation among all providers within the public healthcare service network and to ensure timely and equitable access to healthcare services for all users.

Za lažje razumevanje določil Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju: ZZDej-N), objavljenega v Uradnem listu RS, št. 32/25 dne 6. 5. 2025, naj uvodoma osvežimo ključne opredelitve javne zdravstvene službe in njenega izvajanja v Sloveniji, saj predstavljajo pomembno izhodišče za razumevanje vsebine predstavitve, ki sem jo podala na tem srečanju jeseni 2024.

Zdravstvena dejavnost se v Sloveniji opravlja pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in s strani zasebnikov, ki predstavljajo ponudbo zdravstvenih storitev. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so:

- javni zdravstveni zavodi (zdravstveni domovi, bolnišnice, klinike, lekarne), javne agencije in inštituti,
- pravne osebe zasebnega prava (zasebni zdravstveni zavodi, gospodarske družbe) s koncesijo,
- fizične osebe (zasebniki) s koncesijo in
- zasebni izvajalci (fizične osebe, zasebni zavodi in gospodarske družbe), ki se financirajo izključno s plačili uporabnikov kot samoplačnikov (»iz žepa«), ki ne sodijo v mrežo javne zdravstvene službe.

V okviru mreže javne zdravstvene službe se zdravstvena dejavnost opravlja kot javna služba. Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe se določijo s planom zdravstvenega varstva, ob upoštevanju enakih pogojev za uporabo zdravstvenih storitev, glede na demografsko socialno strukturo prebivalstva in gostoto naseljenosti ter gospodarske možnosti.

Izvajalci javne zdravstvene službe so pri opravljanju in načrtovanju svoje dejavnosti dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja. Koncesija oziroma javno pooblastilo za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti se podeli, če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma v primeru, da javni zdravstveni zavod (JZZ) ne more zagotoviti potrebne dostopnosti zdravstvenih storitev.

Kljub temu da so zavodi ustanovljeni za opravljanje javne službe kot nepridobitne dejavnosti, Zakon o zavodih (v nadaljevanju ZZ) v 48. členu predvideva pridobivanje sredstev za delo (poleg sredstev ustanovitelja in plačil za storitve) tudi s prodajo blaga in storitev na trgu ter drugih virov, vendar na način in pod pogoji, določenimi z zakonom in aktom o ustanovitvi.

Neprofitnost javnih zavodov na eni in profitna usmerjenost koncesionarjev na drugi strani je povzročila, da enotni javni zdravstveni sistem v Sloveniji razpada na neprofitni in profitni del, katerih skupna značilnost je samo ta, da sta oba financirana z javnim denarjem pod enakimi pogoji.

Omeniti velja tudi neenakost v pogojih delovanja in poslovanja med izvajalci v javni zdravstveni mreži, saj koncesionarjem ni treba spoštovati zakonodaje s področja plač, ki velja za javne uslužbenke, torej javne zdravstvene zavode (Zakon o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju – ZSTSPJS), ni jim treba upo-

štrevati zakonodaje s področja javnega naročanja in s svojo prosto izbiro dobaviteljev na trgu praviloma dosegajo finančno ugodnejše cene ter na ta način prihranijo sredstva, ki jih prejmejo iz istega vira in pod enakimi pogoji kot javni zdravstveni zavodi. Prav tako nimajo omejitev pri plačilih storitev zunanjih izvajalcev, saj lahko delujejo v različnih statusnih oblikah po določilih Zakona o gospodarskih družbah, za katere veljajo ugodnejše davčne obveznosti, kar pomeni, da ne poslujejo pod enakimi pogoji kot javni zdravstveni zavodi. Koncesionarji zaposlene izvajalce plačujejo po učinku, javni zavod pa po prisotnosti oziroma skladno z določili ZSTSPJS, ki velja za javne uslužbenke, za katere so plače določene. Za koncesionarje pa naveden zakon ne velja, torej plače pri koncesionarjih niso zakonsko določene.

Navedene neenakosti med javnimi zdravstvenimi zavodi in koncesionarji so se predvsem v obdobju 2022–2024 izrazile v največjem obsegu, in sicer na področjih, kjer je bilo uvedeno »neomejeno« financiranje, torej plačilo po realizaciji. Največje težave javnih zdravstvenih zavodov so:

- odliv zaposlenih h koncesionarjem ali k čistim zasebnikom (za poln delovni čas ali krajši delovni čas – t. i. »odposlovanje«),
- povečano število podjemnih pogodb z lastnimi zaposlenimi oziroma z zaposlenimi v drugem javnem zdravstvenem zavodu, kar povečuje stroške javnih zdravstvenih zavodov in s tem slabša njihove poslovne rezultate,
- pritisk na izdajo soglasij »matičnih delodajalcev« za delo pri drugem izvajalcu in posledično povečanje števila zahtev po izdaji dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- možnost fleksibilnejšega delovanja in nagrajevanja izvajalcev pri koncesionarjih,
- zaposleni delavci v javnih zdravstvenih zavodih pri opravljanju svojega dela upoštevajo s strani stroke določene kadrovske in časovne normative (npr. modra knjiga), letih pa ne upoštevajo, ko izvajajo delo preko pogodb civilnega prava,
- v javnih zdravstvenih zavodih se strogo upoštevajo določbe kolektivnih pogodb v delu, kjer določajo dodatne dni dopusta in krajši delovni čas zaradi pogojev dela,

- zaradi kadrovskega deficita se povečujeta izgorelost in bolniški stalež zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, kar povzroča kadrovske in organizacijske težave,
- nerealiziran pogodbeni plan v javnih zdravstvenih zavodih in podaljševanje čakalnih dob ter
- velike težave pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Na podlagi vseh navedenih težav in dejstva, da se javni zdravstveni sistem sooča z izjemnimi težavami pri delovanju, posledica česar je bilo zmanjševanje dostopa prebivalcev do zdravstvenih storitev, je bila sprejeta novela ZZDej, ki velja od 21. 5. 2025 dalje. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (v nadaljevanju: Združenje) ocenjuje sprejem tega zakona kot zgodovinsko priložnost ureditve pogojev delovanja izvajalcev v javnem zdravstvenem sistemu v smislu ločitve javnega od zasebnega zdravstva.

Združenje je v preteklih treh letih resorno ministstvo nenehno opozarjalo, da je nujno pristopiti k izenačitvi pogojev delovanja obeh delov sistema javnega zdravstva in za vse izvajalce v javni zdravstveni mreži uveljaviti najmanj naslednje spremembe:

- vsi izvajalci naj delujejo neprofitno, za kar je potreben nadzor nad porabo pridobljenih javnih sredstev pri vseh izvajalcih,
- uveljavitev enotnega ločenega vodenja in poročanja o poslovanju za izvajanje javne službe, ki je financirana iz javnih sredstev, pri vseh izvajalcih v javni mreži,
- zagotavljanje enakih kadrovskega zahtev pri izvajanju dejavnosti pri vseh izvajalcih,
- zagotavljanje in upoštevanje standardov in normativov stroke pri vseh izvajalcih,
- zagotavljanje enakih pogojev za zaposlovanje pri vseh izvajalcih,
- zagotovitev enakih možnosti nagrajevanja zaposlenih glede na obseg in učinkovitost dela pri vseh izvajalcih,
- omejitev izvajanja programa storitev glede na število priznanih timov po pogodbi, sklenjeni s plačnikom,
- financiranje mora slediti dejanskim stroškom izvajalca (diferenciacija cen) ter

- primerno nagrajevanje in opolnomočenje managementa v javnih zdravstvenih zavodih. Če smo v predstavitvi jeseni 2024 navedene zahteve opravičevali s podatki o poslovanju izvajalcev v letih 2022 in 2023, pa lahko trdimo, da podatki o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov v letu 2024 navedene zahteve še bolj potrjujejo, saj so izrazito slabši od obeh preteklih let.

Iz podatkov o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov za leto 2024 je razvidno, da so se zvišali prihodki po obračunskem modelu v tem obdobju za 5,4 % in odhodki za 7,7 % v primerjavi z istim obdobjem leta 2023, zato je bil ugotovljeni presežek prihodkov po obdavčitvi nižji za 47,1 %, presežek odhodkov po obdavčitvi pa višji za 104,8 % v primerjavi s predhodnim letom. Poslovanje z negativnim poslovnim izidom je zaključilo 34 javnih zdravstvenih zavodov ali 38,2 % vseh javnih zdravstvenih zavodov. Rezultati poslovanja po obračunskem modelu so bili torej v letu 2024 slabši od rezultatov poslovanja v letu 2023, saj je bila ugotovljena konsolidirana izguba v višini 63,9 milijona EUR na nivoju vseh javnih zdravstvenih zavodov.

Pogled na poslovanje po posameznih nivojih javnih zdravstvenih zavodov in po posameznih javnih zdravstvenih zavodih pa kaže, da je v letu 2024 negativen poslovni izid izkazalo 34 javnih zdravstvenih zavodov, v letu 2023 pa 22 javnih zdravstvenih zavodov. Na bolnišničnem nivoju se je število bolnišnic z izkazano izgubo v letu 2024 povečalo v primerjavi z letom 2023 z 12 na 15. Število zavodov z izkazano izgubo v letu 2024 v primerjavi z letom 2023 se je na nivoju zdravstvenih domov prav tako povečalo, in sicer z 8 na 18. Pri drugih zavodih se je število zavodov z izkazano izgubo v letu 2024 glede na leto 2023 zmanjšalo z 2 na 1. Omeniti velja tudi ugotovitev, da je strukturni delež izkazane ga pozitivnega poslovnega izida v letu 2024 pri zdravstvenih domovih znašal 44,5 %, pri bolnišnicah pa 42,3 %, za razliko od leta 2023, ko je izkazani pozitiven poslovni izid pri zdravstvenih domovih znašal 35,9 %, pri bolnišnicah pa 63,2 %. Navedeno kaže na to, da se je v letu 2024 v primerjavi z letom 2023 pomembno poslabšalo poslovanje bolnišnic.

Kot posledica navedenega zaskrbljujejo podatki o neporavnanih zapadlih obveznostih na zadnji dan leta 2024, ki se je glede na dan 31. 12. 2023 povečalo za 51,7 % in znaša že 119 milijonov EUR. To stanje je predvsem zaskrbljujoče v bolnišnicah, saj večina 99,1 % vseh neporavnanih zapadlih obveznosti javnih zdravstvenih zavodov odpade nanje, in sicer v višini 117,9 milijona EUR. V bolnišnicah neporavnane zapadle obveznosti predstavljajo kar 5,0 % realiziranih celotnih prihodkov v letu 2024.

Ocenjujem, da največje tveganje pri poslovanju predstavljajo podatki o višini kumulativne izgube, izkazane v bilanci stanja javnih zdravstvenih zavodov na zadnji dan leta 2024, od tega še posebej v bolnišnicah, saj znaša kar 285,1 milijona EUR in je v letu 2024 v primerjavi z letom 2023 narasla za 38,1 %. Posledica le-te so velike likvidnostne težave ter omejene možnosti investiranja v novo opremo, prostore in razvoj dejavnosti. Vpliva tudi na odliv kadra iz bolnišnic in s tem na nerealiziran obseg opravljenih zdravstvenih storitev, čakalne dobe in nezadovoljstvo zaposlenih ter uporabnikov.

Na podlagi navedenega ocenjujem sprejem ZZDej-N kot nujnost in pravi korak k ureditvi medsebojnega sodelovanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti na reguliran način. Po uveljavitvi sistema podeljevanja koncesij in možnosti izvajanja zdravstvenih storitev na samoplačniški način v Sloveniji ni bila vzpostavljena ustrezna zakonska regulativa, ki bi omogočila usklajen in kompatibilen način izvajanja zdravstvenih storitev, zlasti v javnem zdravstvenem sistemu. Oba deležnika v tem sistemu, torej javni zdravstveni zavodi in koncesionarji, so delovali pod različnimi zakonskimi pogoji (ZJF in ZGD) in večina navedenih posledic izvira iz te neenakosti delovanja in upravljanja ob enakih pogojih financiranja iz javne blagajne. Prav tako ni bil opredeljen nadzor nad porabo sredstev javne blagajne oziroma prihodkov koncesionarjev.

ZZDej-N je osnova za nekatere rešitve, ki bodo prispevale vsaj k omilitvi nekaterih neenakosti in z regulativo vzpostavile kompatibilnost sodelovanja med vsemi deležniki v javnem zdravstvu, zato je Združenje v celotnem postopku

oblikovanja in sprejemanja novele aktivno sodelovalo. Podpiramo po naši oceni pozitivne plati tega zakona, in sicer:

Ločevanje med javnim in zasebnim:

1. ločeno spremljanje prihodkov in odhodkov vseh izvajalcev v javni zdravstveni mreži in neprofitno delovanje (44.h člen ZZDej – 32. člen ZZDej-N);
2. vzpodbude za delo zaposlenih pri lastnem delodajalcu in omejitve dela pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev (53.b člen ZZDej – 37. člen ZZDej-N; 91.a člen ZZDej oz. 44. člen ZZDej-N; 53.e člen ZZDej – 40. člen ZZDej-N);
3. določitev pogojev za management in predstavnike v svetih zavodov, s katerim se zagotavlja profesionalizacija funkcije (28.a člen ZZDej – 16. člen ZZDej-N; 29. člen ZZDej – 17. člen ZZDej-N);
4. obveznost vključevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in zdravstvenih delavcev, zaposlenih v mreži javne zdravstvene službe, v neprekinjeno zdravstveno varstvo (53. člen ZZDej – 36. člen ZZDej-N);
5. obveznost vključitve vseh izvajalcev zdravstvenih storitev v izjemnih primerih na poziv resornega ministrstva (3a. člen ZZDej – 3. člen ZZDej-N);
6. možnost združevanja podpornih služb in podpornih zdravstvenih dejavnosti v zdravstveni regiji za javne zdravstvene zavode (5. člen ZZDej – 8. člen ZZDej-N);
7. uveljavitev merjenja delovne obremenitve (51.b ZZDej – 35. člen ZZDej-N).

Seveda pa v ZZDej-N ugotavljamo tudi veliko tveganj ob uveljavitvi, kot so:

1. Ni natančne opredelitve medsebojnega sodelovanja med JZZ.
2. Določen je visok delež zaposlitve za direktorja in strokovnega direktorja, kar lahko povzroči težave pri zasedbi teh delovnih mest. Enake težave lahko povzroči tudi prepoved dela zaposlenih na teh delovnih mestih pri drugih izvajalcih.
3. Ni opredeljenih izjem oz. možnosti sodelovanja z zasebniki na nekaterih področjih, kjer ocenjujemo možnost težav pri zagotavljanju storitev npr. zobna protetika, nenujni reševalni prevozi, centri za odvisnost ...).

Potrjujem že znano trditev, da bo uveljavitev ZZDej-N kratkoročno povzročila določena nihanja v zdravstvenem sistemu, vendar pa bo hkrati pomenila regulacijo dosedanjega prepletanja javnih in zasebnih izvajalcev zdravstvenega varstva, kar je povzročalo vse večjo slabitev javnih zdravstvenih zavodov. V nadaljevanju ta zakon zahteva tudi sprejem nekaterih podzakonskih aktov in izvedbenih navodil, kar je v pristojnosti resornega ministrstva, ter sprejem dodatne zakonodaje na zdravstvenem področju. Hkrati pa nalaga veliko odgovornost in številne naloge vodstvom javnih zdravstvenih zavodov pri doslednem upoštevanju določil zakona.

Največje tveganje glede na številna opozorila različnih javnosti predstavlja množično odhajanje zdravstvenih delavcev v zasebni sektor. Razlog za to so omejitve dela pri drugih izvajalcih in nezadovoljstvo z vzpodbudami za delo v javnih zdravstvenih zavodih. V zvezi s tem upamo, da je nov plačni sistem, skupaj z vzpodbudami iz zakona, omogočil bolj dostojna plačila zdravstvenih delavcev. Prav tako ima zaposlitev v javnih zdravstvenih zavodih tudi številne prednosti, ki niso neposredno merljive s plačilom, temveč imajo velik pomen za zdravstvene delavce, npr. možnosti izobraževanja in usposabljanja, možnosti izvajanja najzahtevnejših storitev, sodelovanje pri raziskavah in pri razvoju storitev, možnost kariernega razvoja, večja socialna varnost ipd. Prav slednje upamo, da bo prevladalo pri odločitvi zdravstvenih delavcev. V nasprotnem primeru se bo nadaljevala kadrovska slabitev javnih zdravstvenih zavodov, katere posledica bodo njihovi še slabši poslovni rezultati in še večje težave pri delovanju in poslovanju. Največ pa bo seveda pri vsem tem izgubljal uporabnik, saj bo dostopnost zdravstvenih storitev zanj še težavnejša, kot je sedaj.

Zakon tako predstavlja pomemben izziv za vse deležnike v sistemu zdravstvenega varstva, hkrati pa tudi zgodovinsko priložnost za stabilizacijo, ohranitev in okrepitev javnega zdravstva v Sloveniji. Njegov cilj je vzpostaviti usklajeno sodelovanje vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe ter zagotoviti pravočasen in enakopraven dostop uporabnikov do zdravstvenih storitev.

VIRI IN LITERATURA

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)

Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – Zd-ZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ.

2. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) Uradni list RS, št. 72/06

– uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23.

3. Zakon o javnih financah (ZJF) Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo, 14/13 – popr., 101/13, 55/15 – ZFisP, 96/15 – ZIPRS1617, 13/18, 195/20 – odl. US, 18/23 – ZDU-10, 76/23 in 24/25 – ZFisP-1.

4. Zakon o obnovi, razvoju in zagotavljanju finančnih sredstev (Uradni list RS, št. 131/23 in 81/24).

5. Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS).

6. Zakon o preglednosti finančnih odnosov in ločenem evidentiranju različnih dejavnosti (Uradni list RS, št. 33/11).

7. Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19, 199/21, 136/23 – ZIUZDS in 35/24).

8. Korpič Horvat, Etelka: Pravilnost in smotrnost poslovanja javnih zavodov, *Lex localis*, letnik II, številka 2, 2004, stran 135–148.

9. Rebernik, Miroslav; Širec, Karin: *Ekonomika podjetja*, GV Založba, 2017.

10. Tajnikar, Maks: <http://efnet.si/2013/09/>; V zdravstvu ne moreš biti samo manager, ampak je potrebno razumeti celotni sistem delovanja zdravstvene ustanove.

11. Rozman, Rudi, Kovač, Jure, Bojana, Filej, Andrej Robida: *Management v zdravstvenih organizacijah*, 2019.

12. Podatki o realizaciji zdravstvenih storitev v letu 2022, 2023 in 2024 na spletni strani ZZZS: <https://www.zzzs.si/>

13. Podatki o poslovanju izvajalcev zdravstvene dejavnosti v letu 2024 na spletni strani AJPes za leto 2024: <https://www.ajpes.si/>

Vanja Aleksejev
Univerzitetni klinični center Maribor



Kodiranje – znanje ali umetnost

Povzetek

Kodiranje je postopek prevajanja zdravstvenih diagnoz, postopkov, storitev in opreme v univerzalne medicinske alfanumerične kode. Kode so izpeljane iz različnih virov v zdravstveni kartoteki, kot so zdravniški zapisi, laboratorijski izvidi in radiološke ugotovitve. Vsaki diagnozi, zdravljenju in zdravstveni storitvi, ki se uporablja pri zdravljenju pacienta, je dodeljena edinstvena koda. Te kode igrajo ključno vlogo pri sledenju izvidom pacientov in vodenju podobnih zdravstvenih kartotek pacientov. Kode se v zdravstvu, razen za opredelitev procesa zdravljenja, uporabljajo tudi za obračun zdravstvenih storitev, statistiko in poročanje, spremljanje trendov, pa tudi za raziskave. Medicinsko kodiranje je ključni del zdravstva in služi kot povezovalni člen med oskrbo pacientov in finančnim povračilom stroškov, kjer je algoritem, ki obdeluje vnos podatkov, uporaben za obračunavanje, pridobivanje podatkov o zdravljenju pacientov in kliničnih posegih. Zdravstveni delavci že desetletja uporabljajo kodirne sisteme za dokumentiranje zdravstvenih storitev. Čeprav je skozi čas ta metoda močno olajšala dokumentiranje opravljene oskrbe, se proces medicinskega kodiranja sooča z izzivi glede natančnosti uporabljenih kod, učinkovitosti uporabljenih kodirno-finančnih sistemov in vključevanja napredne računalniške tehnologije v proces dokumentiranja.

Abstract

Coding is the process of translating medical diagnoses, procedures, services, and equipment into universal medical alphanumeric codes. Codes are derived from various sources in the medical record, such as medical records, laboratory results, and radiological findings. Each diagnosis, treatment, and medical service used in the treatment of a patient is assigned a unique code. These codes play a key role in tracking patient outcomes and maintaining similar patient medical records. In addition to defining the treatment process, codes are also used in healthcare for billing, statistics and reporting, trend tracking, and research. Medical coding is a key part of healthcare and serves as a link between patient care and financial reimbursement because the algorithm that processes data entry is useful for billing, retrieving patient treatment data, and clinical interventions. Healthcare professionals have been using coding systems to document healthcare services for decades. Although over time this method has greatly facilitated the documentation of care provided, the medical coding process faces challenges regarding the accuracy of the codes used, the efficiency of the coding-financial systems used, and the integration of advanced computer technology into the documentation process.

1. UVOD

Kodirani podatki so osnova informacijskih sistemov v vseh državah, ki se za povračilo/financiranje bolnišnic zanašajo na skupine, povezane z diagnozami (skupine primerljivih primerov), vključno z administrativnimi in kliničnimi podatki. Prepoznavanje težav in ovir, ki vplivajo na kakovost kodiranih podatkov, je ključnega pomena za izboljšanje kakovosti podatkov ter izboljšanje njihove uporabnosti in rezultatov.

Ker se področje medicinskega kodiranja hitro širi, se morda zdi, da gre za relativno nov poklic, a ni tako. Medicinsko obračunavanje in kodiranje obstaja že desetletja. In tako kot pred petdesetimi leti je to še vedno nenehno spreminjajoče se področje.

Klasifikacija ali »kodiranje« bolezni sega v Anglijo v 17. stoletje¹. V tistem času so bile zbrane kode, uporabljene v londonskih obračunih smrti, z namenom beleženja najpogostejših vzrokov smrti. Mednarodni statistični inštitut je leta 1893 sprejel kodirni sistem mednarodne klasifikacije bolezni (MKB), diagnostični izrazi pa so bili uvedeni v šesti reviziji MKB leta 1948². Do leta 1937 je bila ta statistična analiza vzrokov smrti vključena v Mednarodni seznam vzrokov smrti. Z leti je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ta seznam vse bolj uporabljala za pomoč pri sledenju stopenj umrljivosti in mednarodnih zdravstvenih trendov. Seznam je bil kasneje razvit v Mednarodno klasifikacijo bolezni, s čimer je bil definiran način za indeksiranje zdravstvenih kartotek, lažje opredeljevanje zdravniških pregledov in dodatne možnosti za zdravstveno oskrbo. Zdravstvo je sistem MKB uradno priznalo pred objavo prvega zvezka devete revizije leta 1977³.

Medicinsko kodiranje vključuje uporabo specializiranih kodnih sklopov, kot so mednarodna klasifikacija bolezni (MKB), terminologija postopkov (KDTP) in Standardi kodiranja. Ti nabori kod se redno posodablja, kar od koderjev zahteva, da ostanejo na tekočem z najnovejšimi spremembami.

Na ravni posameznih bolnišnic je medicinsko kodiranje sistem za podporo odločanju, jasno komunikacijo med ekipami in obračunavanje zdravstvenih storitev. Na nacionalni ravni je orodje za epidemiološko analizo in strateško dodeljevanje virov, na mednarodni ravni pa podpora poročanju, spremljanju neenakosti v zdravju in komunikaciji⁴.

2. ZAKAJ SPP

Akutne bolnišnice so največji porabnik denarja v zdravstvu, zato so vedno primarna tarča za vse sisteme racionalizacij. Sistemi plačevanja bolnišnic so se v preteklosti spreminjali, v zadnjih letih pa je vpeljan sistem DRG - SPP. Skupine primerljivih primerov (SPP) so način razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov. Skupine primerljivih primerov (SPP) so v 70-ih letih prejšnjega stoletja razvili raziskovalci na univerzi Yale⁵ s ciljem opredeliti bolnišnične storitve in ovrednotiti delo v bolnišnicah. Na podlagi statističnih izračunov hospitalizacij je izračunana osnovna cena posameznega primera zdravljenja, s katero je izvajalec obračunal svoje delo plačniku, upoštevajoč opravljeno delo bolnišnic, ki se kaže v številu obravnavanih bolnikov ter njihovih boleznih (diagnoz) in opravljenih posegov⁶. Pomembno je, da klinične odločitve v veliki meri s sistemom SPP določajo dohodek bolnišnic.

Z opredelitvijo bolnišničnih storitev SPP omogočajo primerjave, ki sicer ne bi bile možne. Na primer, analiza deleža primerov, ki spadajo v dražje SPP v različnih bolnišnicah v državi,

¹ Boyce, *Bills of Mortality: Tracking disease in early modern London* (2020), str. 1186–1187.

² Hirsch, Nicola, McGinty et al., *ICD-10: History and context* (2024), str. 596–599.

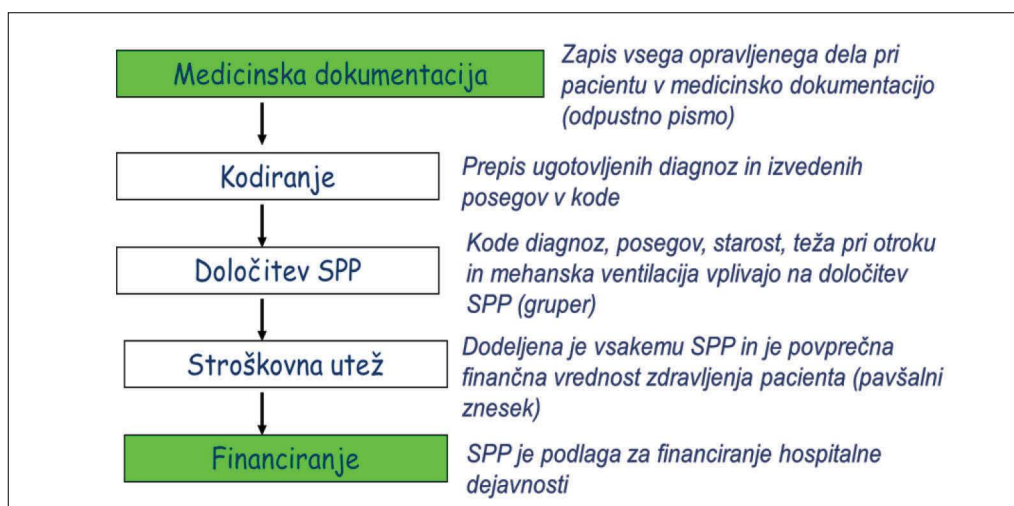
³ Quint, Brownrigg, *What Should Clinicians Know About How Coding Influences Epidemiological Research?* (2025), str. E51–E57.

⁴ Alonso et al., *Problems and Barriers during the Process of Clinical Coding: a Focus Group Study of Coders' Perceptions* (2020), str. 44–62.

⁵ Fetter, Shin, Freeman, Averill, Thompson, *Case mix definition by diagnosis-related groups* (1980).

⁶ Markovič, *Knjižici na poti* (2008).

Slika 1: Sistem SPP



pomaga pokazati, ali ena bolnišnica obravnava bolj zapletene primere kot druga. Uporabo virov lahko primerjamo tako, da ocenimo, ali bolniki v istih SPP ostanejo dlje v eni bolnišnici kot v drugi. Podobno lahko ocenimo kakovost s primerjavo postopkov oskrbe ali stopnjo zapletov pri bolnikih v določenih SPP⁷.

V Evropi je večina držav v 90. letih prejšnjega stoletja razvila svoje lastne sisteme SPP. Nekateri so svoje sisteme razvili sami glede na specifičnost zdravstvenega sistema, drugi so najeli ali kupili licenco za SPP in jo uporabili kot izhodišče za razvoj lastnega sistema, vendar vsi sistemi potekajo na enak način (slika 1).

3. MEDICINSKO KODIRANJE IN PORAJAJOČA SE VPRAŠANJA

Proces kodiranja vključuje:

- pregled medicinske dokumentacije,
- definiranje glavne in dodatnih diagnoz,
- definiranje opravljenih posegov,
- vpisovanje diagnoz in posegov v program, ki po določenem algoritmu glede na glavne in dodatne diagnoze ter posege ustvari SPP grupo.

V pomoč pri pravilnem kodiranju so torej:

- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija, Verzija 11,

- Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov, Verzija 11,
- Standardi kodiranja – avstralska različica 11 in slovenske dopolnitve,
- Navodilo za obračun (vprašanja in odgovori),
- Uredba,
- Simulator skupin primerljivih primerov (SPP) – razvrščevalnik in
- Ugotovitve nadzorov s strani ZZS.

S 1. 1. 2023 je prišlo do določenih sprememb na področju kodiranja in SPP, in sicer so bili uvedeni:

- MKB-10-AM, verzija 11,
- Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP, verzija 11),
- Standardi kodiranja, verzija 11, in
- Razvrščevalnik (gruper), verzija 10.

ZZS je organiziral dvodnevno predavanje za koderje, ki je potekalo v angleščini in na katerem je bila predstavljena avstralska verzija razvrščevalnika (verzija 10), standardi kodiranja (verzija 11) in Turbocoder ICD-10-AM/ACHI/ACS (verzija 11; priročnik za koderje, ki povezuje MKB 10, KDTP in Standarde kodiranja – v Sloveniji ga še nimamo in je v nastajanju od leta 2004).

⁷ Geissler, Quentin, Scheller-Kreinsen, Busse, Introduction to DRGs in Europe: common objectives across different hospital systems (2011).

Tabela 1: Razlike med razvrščevalnikoma 6 in 10.

grup	OPIS	fakt	NOVA GRUPA	OPIS	NOVI FAKTOR
T01A	Infekcijske in parazitarne bolezni s posegi, z resnimi zapleti	6,83	T60C	Septikemija, brez zapletov	0,61
Y02A	Ostale opekline s kožnimi presadki, z resnimi zapleti	7,69	Y02C	Ostale opekline s kožnimi presadki, brez zapletov	1,37
H01A	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantju, z resnimi zapleti	9,29	H01C	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantju, brez zapletov	3,25
H01A	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantju, z resnimi zapleti	9,29	H02C	Obsežni posegi na biliarinem sistemu, brez zapletov	2,01
I02A	Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožnega presadka, razen dlani, z resnimi zapleti	12,49	I02B	Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožnega presadka, razen dlani, z zmernimi zapleti	3,96
P06A	Novorojenček, teža ob sprejemu ≥ 2500 g s pomembnimi posegi/predihavanjem ≥ 96 ur, z resnimi zapleti	14,18	P06B	Novorojenček, teža ob sprejemu ≥ 2500 g s pomembnimi posegi/predihavanjem ≥ 96 ur, brez zapletov	4,92
A0GZ	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	22,22	A14C	Predihavanje ≥ 96 ur in < 336 ur, brez zapletov, z manjšimi zapleti	6,37
A0GZ	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	22,22	A14B	Predihavanje ≥ 96 ur in < 336 ur, z zmernimi zapleti	10,26
T00A	Septikemija, z resnimi zapleti	2,57	T60B	Septikemija, z zmernimi zapleti	1,19
A0GZ	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	22,22	A14A	Predihavanje ≥ 96 ur in < 336 ur, z resnimi zapleti	17,34
I04A	Posegi na ledvicah, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi ne-neoplastičnih sprememb, z resnimi zapleti	5,06	I04A	Ledvični kamni in obstrukcija, z resnimi zapleti	0,71
I04A	Posegi na ledvicah, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi ne-neoplastičnih sprememb, z resnimi zapleti	5,06	I43A	Posegi pri ledvičnih kamnih, z resnimi zapleti	0,85
I04A	Posegi na ledvicah, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi ne-neoplastičnih sprememb, z resnimi zapleti	5,06	I44A	Cistoureterotomija zaradi bolezni sečla, z resnimi zapleti	0,63
B67A	Degenerativne okvare živčevja, z resnimi zapleti	5,53	B67B	Degenerativne okvare živčevja, z zmernimi zapleti	1,04
I12A	Okužbe ali vnetja kosti in sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu, z resnimi zapleti	6,81	I12C	Okužbe ali vnetja kosti in sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu, brez zapletov	1,68
T01A	Infekcijske in parazitarne bolezni s posegi, z resnimi zapleti	6,83	P60Z	Nerazvrčen primer	1,2
R60A	Akutna levkemija, z resnimi zapleti	7,26	R60B	Akutna levkemija, z zmernimi zapleti	1,57
H01A	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantju, z resnimi zapleti	9,29	H01B	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantju, z zmernimi zapleti	4,63
H01A	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantju, z resnimi zapleti	9,29	H02B	Obsežni posegi na biliarinem sistemu, z zmernimi zapleti	5,18
A0GZ	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	22,22	A14A	Predihavanje ≥ 96 ur in < 336 ur, z resnimi zapleti	17,34
K01Z	Diabetično stopalo	5,81	K01C	Posegi pri zapletih diabetesa brez zapletov	1,21
P03Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani	21,28	P03B	Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1499 g s pomembnimi posegi/predihavanjem ≥ 96 ur, brez zapletov	15,37
P03Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani	10,9	P03B	Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1499 g brez pomembnih posegov/predihavanja ≥ 96 ur, brez zapletov	5,19

»Standardi kodiranja – avstralska različica 11 in slovenske dopolnitve« je dokument, ki uvaža nova pravila kodiranja in temelji na »Abecednem seznamu standardov«. Abecedni seznam standardov kliničnim koderjem omogoča povezavo z določenimi številkami standardov in stranjo, na kateri se pojavijo v zvezku.

ZZZS je ob uvedbi zadnjih sprememb zapisal, da neposredna primerjava SPP po verzijah 4.2 in 10.0 večinoma ni možna in lahko razvrščevalnik ob istih diagnozah in postopkih storitev razvrsti v čisto drugo šifro SPP, kot ga je razvrstil v verziji 4.2.

Kljub temu smo v UKC Maribor prekodirali realizacijo v mesecu decembru iz starega v novi razvrščevalnik. Naključno izbrani primeri kažejo na veliko spremembo pri razvrščevalniku 10. Nekatere spremembe so navedene v tabeli 2. Analiza je pokazala, da starost v novem razvrščevalniku ne vpliva več na razvrstitev v SPP grupo, kar je v starem razvrščevalniku vplivalo. Problem se kaže tudi v tem, da na tvorjenje grupe ne vplivajo dnevi hospitalizacije.

Pri UKC in splošnih bolnišnicah, ki opravljajo različne specialistične dejavnosti (npr. kirurgija, internistka, ginekologija ...), prihaja v primeru več epizod na različnih klinikah do razvrščanja primera v grupe, ki po mnenju ZZZS ne smejo biti obračunane, ampak se morajo popraviti (prej 901Z, 902Z, 903Z; zdaj 801A, 801B, 801C), kar ni skladno s Standardi kodiranja.

V nadaljevanju so predstavljene dileme oziroma vprašanja, ki se porajajo v procesu kodiranja, ter kako odločitve vplivajo na SPP in višino uteži. Primeri so predstavljeni splošno.

Ugotovljeno je naslednje:

1. Kljub temu da so načini izvajanja določenih posegov izboljšani v smislu kakovosti in se zato uporabljajo nove metode in materiali, se določeni standardi in razlaga le teh s strani ZZZS že od leta 2004 ne spreminjajo. Ob analizi samo enega takšnega primera, ko ni dovoljeno pri kodiranju uporabiti določenega posega, smo ugotovili, da to na letni ravni znese približno 450 uteži manj.

2. Primer standarda:

0016: Številni postopki lahko ustrezajo definiciji AIHW za klinično intervencijo, vendar če se uporabljajo rutinsko pri zdravljenju diagnoze, ki se kodira, **jih morda** ni treba kodirati. Na primer mnogi postopki, ki jih izvajajo medicinske sestre, zahtevajo »specialistično usposabljanje«, vendar se ti postopki ne kodirajo. Zakaj saj se kodiranje in SPP uporabljajo tudi za statistične namene? Tudi mnogi radiološki postopki lahko vključujejo »tveganje zaradi postopka« in zahtevajo »posebne prostore ali opremo«, vendar **so mnogi** pričakovan ali sestavni del diagnostičnega načrta ali načrta terapijskega zdravljenja, zato se **ne kodirajo**. Prav tako je znano, da se natančnejši in popolnejši podatki o uporabi nekaterih postopkov pridobijo iz drugih zbirk podatkov (npr. patoloških, radioloških). Klinični koderji morajo upoštevati STKOD 0010 Splošne smernice za klinično dokumentacijo in

abstrakcijo, navodila v STKOD 0042 **Postopki, ki se običajno ne kodirajo** ter navodila glede uporabe specifičnih postopkov, vključenih v druge Avstralske standarde kodiranja, navedene v tem dokumentu. Iz besedila je razvidno, da ni opredeljeno, ali se kodira ali ne, saj piše »jih morda ni treba kodirati«; »mnogi so pričakovani«, a ne vemo, kateri so ti mnogi – eni namreč dvignejo utež.

0042: Postopki, ki se običajno ne kodirajo, saj nam dikcija ne pove, ali lahko kodiramo ali ne. Naše izkušnje so pokazale, da določeni postopki iz tega standarda v kombinaciji z določeno diagnozo dvignejo utež.

Primer:

Standard SLO SPP/21 – Kateri poseg se vneše v razvrščevalnik, kadar se pri operativnih posegih kot del standardnega postopka uporablja kateter Swan Ganz? Odgovor: Kadar je pri operativnih posegih (katerekoli vrste, zlasti srčne operacije) kot del standardnega postopka uporabljen kateter Swan Ganz, se v razvrščevalnik vnese poseg vstavitve balonskega katetra v desno srce zaradi monitorizacije (kateter Swan Ganz) (13818-00). V teh primerih vnos posega kateterizacije desnega srca (38200-00) v razvrščevalnik ni dovoljen.

Poseg vstavitve balonskega katetra v desno srce zaradi monitorizacije (kateter Swan Ganz) (13818-00) je v standardu 0042 opredeljen kot postopek, ki se običajno ne kodira.

Zanimivo je tudi, da če v kodirnik kot glavno diagnozo dodamo AMI, kot poseg koronarografijo in vstavev balonskega katetra v desno srce zaradi monitorizacije (kateter Swan Ganz), dobimo za skoraj eno utež nižjo vrednost, kot če ne upoštevamo oziroma v razvrščevalnik ne damo posega koronarografija.

3. Slovenski standard

SPP/24 Kako se pravilno kodirajo diagnoze, kadar je oseba sprejeta v enodnevno bolnišnično obravnavo zaradi korekcije anemije pri kroničnih ali malignih boleznih?

Odgovor: Kadar je oseba sprejeta v enodnevno bolnišnično obravnavo za korekcijo anemije s transfuzijo pri kroničnih ali malignih boleznih, se kodira lahko ena od diagnoz: D64.9 (Anemija, neopredeljena), D46.X (Mielodisplastični sindromi) ali D47.1 (Kronična mieloproliferativna bolezen). Doda se ustrezna koda postopka. Dodatno kodiranje diagnoz za maligno ali kronično bolezen ni dovoljeno.

V tem primeru se tvori SPP Q61C z utežjo 0,36. Vprašanje pri kodiranju je, zakaj takšna prilagoditev kodiranju v Sloveniji, če v poglavju Dodatne diagnoze na strani 25 piše:

»Če se zdravi problem z znanim osnovnim vzrokom, je treba kodirati obe stanji (glejte tudi STKOD 0001 Glavna diagnoza/Problemi in osnovni vzroki).«

V tem primeru se tvori SPP Q61B z utežjo 0,94, na letnem nivoju to pomeni okoli 300 uteži.

4. Po 21 letih od uvedbe SPP se kljub opozorilom še ni uredilo kodiranje operativnega zdravljenja s sling plastiko stresne inkontinence pri moškem (N393), obstaja samo koda za poseg Sling plastika zaradi ženske stresne inkontinence, ženske (35599-00). Kodiranje te diagnoze in posega ustvari SPP 801 z utežjo 1,92 (ne obstaja poseg).

5. Ugotovljeno je tudi, da so določeni primeri glede na porabo medicinskega materiala močno podcenjeni. Primer je nevrologija. Vrednost porabljenega materiala na opravljen poseg je precej višja od dobljene uteži za celoten primer, saj pri izračunu niso upoštevani hotelski dan, zdravila, infuzije in tako naprej (Tabela 2).

Takšnih in podobnih primerov, kot so opisani zgoraj, je verjetno še veliko in reševanje le-teh zahteva bolj poglobljeno in usklajeno sodelovanje strokovnjakov na področju SPP s strani ZZZS in izvajalcev. Žal se to »sodelovanje« vidi samo pri nadzorih, ki so zelo ciljno usmerjeni na napake pri kodiranju in temeljijo na zelo natančnih analizah. Kot že povedano, smo izvajalci pri uvedbi zadnjih sprememb imeli eno od izobraževanj v tujem jeziku in s pripomočki

Tabela 2: primerjava stroškov porabljenega materiala na bolnika in pripadajoče uteži

Gdia	UTEŽ	Utež cena	Vrednost uteži	Stroški materiala	RAZLIKA uteži-stroški materiala
I671	4,16	2.149,00 €	8.939,84 €	12.887,94 €	-3.948,10 €
I671	5,34	2.149,00 €	11.475,66 €	19.720,83 €	-8.245,17 €
I671	5,34	2.149,00 €	11.475,66 €	17.647,23 €	-6.171,57 €
I671	4,16	2.149,00 €	8.939,84 €	12.733,11 €	-3.793,27 €
I671	4,16	2.149,00 €	8.939,84 €	13.134,46 €	-4.194,62 €
I671	5,34	2.149,00 €	11.475,66 €	20.718,48 €	-9.242,82 €
I671	4,16	2.149,00 €	8.939,84 €	14.510,32 €	-5.570,48 €
I671	4,16	2.149,00 €	8.939,84 €	14.796,38 €	-5.856,54 €

(Turbocoder ICD-10-AM/ACHI/ACS, verzija 11), ki jih v slovenskem prostoru čakamo že od leta 2004.

Pri pregledu tuje literature je zaznati, da ima velika večina držav, ki imajo podoben sistem obračunavanja hospitalnih in ambulantnih storitev, posebej za to usposobljen kader, kakor tudi neodvisne organizacije, ki se ukvarjajo s problematiko SPP. Izobraževanje poteka na več nivojih in se v znanje kadra veliko vlaga. Protokol izobraževanja, kakor tudi pravila kodiranja so za vse zaposlene tega profila enaka, kodiranje pa je v posamezni državi enotno za vse zdravstvene zavode – s tem se zagotavljajo resnično enaka poraba virov in enaka izhodišča za financiranje ter omogoča primerjava med zavodi. V Sloveniji, še 21 let po uvedbi SPP, pa ni tako. Profil »koderja« ni definiran, osnovna izobrazba, ki je potrebna za korektno kodiranje (znanje anatomije, fiziologije, mikrobiologije in medicinskega izrazoslovja), ni obvezna. To delo opravljajo osebe različnih izobrazb. Pri tem se moramo zavedati, da bo ekonomist drugače razumel bistvo kodiranja, pomen določenih izvidov, posegov, diagnoz, zdravstveni delavec pa spet drugače, zato bo tudi rezultat kodiranja različen. V Sloveniji kljub posameznim poskusom še vedno ni opredeljen poklic »koder«, kakor tudi ne pomen kakovostnega izobraževanja na tem področju, kljub temu da se zdravstveni zavodi 80-odstotno financirajo iz SPP.

Nazadnje, kodiranje je dejanje, ki zahteva dobro poznavanje medicinskih postopkov, posegov, diagnoz, kakor tudi njihove povezave in

Standarde kodiranja. Pri vsem tem kodiranje od koderja zahteva realen pogled na dobljeni rezultat po končanem kodiranju primera, kar v danih pogojih ni možno, saj so nekatere hospitalizacije, ki so trajale tudi štiri mesece in so bile sestavljene iz treh in več epizod, zdravljenje pa je potekalo na več klinikah, po kodiranju razvrščene na primer v SPP, ki je ekonomsko podvrednoten.

Vpeljava novega razvrščevalnika, MKB 10 in KTDP ter Standardov kodiranja v slovenski prostor poteka približno enako, kot je potekalo leta 2013, ko smo na področju SPP uporabljali segmente avstralske različice, ostale segmente pa podredili ekonomskim zahtevam ZZSZ. S tem smo oškodovali tako bolnike kakor tudi izvajalce, ker se je rezultat kakovostnega dela pokazal v ekonomski izgubi zdravstvenega zavoda. Kljub temu da se zdravstvena panoga vse bolj zaveda pomena kodiranja ter še vedno ni enotnega in formalnega izobraževanja na tem področju, je večinski plačnik zdravstvenih storitev (ZZSZ) z uvedbo SPP uvedel tudi finančne nadzore, ki so iz leta v leto natančnejši, zahtevnejši in ciljani.

Nadzore s strani ZZSZ lahko definiramo kot nazore nad izvajanjem oziroma spoštovanjem zakonov in drugih predpisov. Pravilnik o nadzorih je dokument, ki opredeljuje in ureja vrste, načine, organizacijo ter postopke nadzora, ki jih izvaja ZZSZ nad pravnimi in fizičnimi osebami, ki se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V dokumentu so v 21. členu ob zgoraj navedenem opredeljene tudi pravice

izvajalcev glede argumentiranega mnenja na zapisnik nadzora. V 21. členu tega pravilnika je v drugi točki zapisano, da izvajalec v 10 delovnih dneh od prejema osnutka zapisnika poda ugovor ter da ZZZS iz ugovora in argumentiranih dokazov ugotovi razloge za upoštevanje oziroma delno upoštevanje ugovora. Žal je velika večina argumentiranih mnenj (ugovorov) zavrženih s strani ZZZS z obrazložitvami, ki jih marsikateri izvajalec ne razume. Sporno je tudi to, da isti nadzornik, ki je bil na nadzoru, obravnava ugovor na osnutek zapisnika. Ob zaključku nadzornih postopkov je v primeru nestrinjanja izvajalca z zaključkom nadzora sedaj edina možnost sodna pot. To ni korektno, predvsem z vidika, da je ves sistem zdravstvenega zavarovanja zasnovan na dogovorih. Tudi sodišča v Sloveniji nimajo tozadevnih izkušenj. V Sloveniji ni niti enega sodnega izvedenca za obračun zdravstvenih storitev. Trenutno se izvajalec v primeru, ko ZZZS njegovega ugovora ne upošteva, nima več kam pritožiti, razen na sodišče. V Pravilniku o nadzorih prav tako ni opredeljeno, kdo rešuje zadevo, ko se stranki ne moreta sporazumno dogovoriti. V zvezi z vsem navedenim bi bilo nujno, da ZZZS in izvajalci skupaj z Ministrstvom za zdravje začnejo pogovore o morebitnih rešitvah.

Ena od rešitev bi bila ustanovitev Sveta za obračun zdravstvenih storitev kot strateškega organa za razvoj sistema in Krovne strokovne skupine, ki bi podajala strokovna priporočila za obravnavo določene problematike s področja SPP in obračuna ambulantnih storitev, opravljala arbitraže med izvajalci in plačniki v primeru nestrinjanja ter bi bila pod pristojnostjo Ministrstva za zdravje. Naloge te strokovne skupine bi bile predvsem priprava in podajanje strokovnih priporočil in navodil, priprava pojasnil in morebitnih sprememb ter dopolnitev strokovne dokumentacije, priprava operativnih strokovnih navodil za pomoč pri izpopolnjevanju sistema SPP, strokovna podpora pri izvajanju pomoči izvajalcem, odgovori izvajalcem na vprašanja in pobude glede nejasnih zaključkov nadzorov s strani plačnikov, priprava programa ter uvedba šolanja poklicnih koderjev.

Glede nejasnih zaključkov nadzorov si na prvi stopnji, ko se izvajalec in plačnik ne moreta dogovoriti, udeleženca v nadzoru iz nabora strokovnjakov na področju obračuna zdravstvenih storitev (izbere in potrdi jih Ministrstvo za zdravje skupaj s Svetom za obračun zdravstvenih storitev) izbereta po enega neodvisnega zastopnika, ki poskušata razrešiti kritična vprašanja in najti skupni dogovor oziroma rešitev. Na drugi stopnji, ko se stranki ne strinjata z rešitvijo zastopnikov, se zadeva prenese na Strokovno skupino za obračun zdravstvenih storitev, ki deluje pod okriljem Ministrstva za zdravje. Po prejemu mnenja strokovne skupine in kasneje v primeru, da se stranki še vedno ne strinjata, se zadeva premakne na pristojno sodišče, ki mora biti opredeljeno v dokumentu.

Predlog je tudi, da je prvi nadzor po sprejemu novega pravila za kodiranje edukativen.

Problem je leta 2023 postala tudi uvedba finančne kazni za fizične osebe. Istega leta je namreč ZZZS postal tudi prekrškovni organ. Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (Uradni list RS, št. 13/2025) v 248. členu govori o prekrških za nepravilen obračun zdravstvenih storitev. V omenjeni uredbi je zapisano, da se z globo 50 do 500 evrov za prekršek kaznuje odgovorna oseba pravne osebe v primeru, da ZZZS obračuna zdravstvene storitve brez zapisa in utemeljitve v zdravstveni dokumentaciji ter v nasprotju s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugimi predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja ter Navodili za obračun – vprašanja in odgovori (četrty odstavek 121. člena).

Četrty odstavek 121. člena pravi, da izvajalec opravljene storitve utemelji z zapisom v zdravstveni dokumentaciji v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugimi predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja, navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje, ter Navodilom za obračun – vprašanja in odgovori (Uredba o programih storitev

obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025; Uradni list Republike Slovenije, št. 13/2025).

Prekrškovna kazen za odgovorno osebo, ki je odgovorna predvsem za zdravstveno stanje bolnika in svoje poslanstvo vestno opravlja, se ne zdi prava rešitev za kazen zaradi nehotne administrativne napake. Problem je tudi v tem, da prekrškovna kazen za (odgovorno) fizično osebo ni omejena na nadzor, ampak na primer, kar lahko nanese tudi do 2000 €. Vprašanje je, ali je primerno zdravnika, ki dnevno obvladuje zdravstveno stanje velikega števila bolnikov in to opravlja po svoji najboljši vesti, kaznovati za dobro opravljeno delo in slabo opredeljene diagnoze? Prekrškovna kazen je še en instrument, ki ga ZZSZ uporablja, ne da bi uvedel kakršnokoli izobraževanje ali skupaj z izvajalci poskušal poiskati načine, ki bi rešili njihove zahteve. Namreč, če bi se bolj usmerjali v izobraževanje na sistemski ravni in bolj seznanjali z zahtevami, bi prekrškovno kazen za fizično osebo lahko ukinili.

4. KODIRANJE – ZNANJE ALI UMETNOST

In na koncu se kot epilog po naštetih dejstvih res lahko vprašamo: Ali je kodiranje znanje ali umetnost?

Ko ljudje pomislijo na umetnost, si predstavljajo slike, glasbo ali literaturo – izraze ustvarjalnosti, ki oblikujejo svet. Vendar pa obstaja še ena vrsta umetnosti, ki ostane neopažena, a vsak dan močno vpliva na življenje: umetnost medicinskega kodiranja.

Medicinsko kodiranje ni le vnos podatkov, je kompleksno, podrobno in zelo zahtevno delo, ki zahteva poglobljeno razumevanje medicine, prava in financ. Tako kot umetniki spreminjajo prazna platna v mojstrovine, tudi medicinski koderji vzamejo surove medicinske informacije in ustvarijo natančne, strukturirane in smiselne podatke, ki poganjajo celoten zdravstveni sistem.

Obvladovanje jezika medicine

– kot pesnik z besedami

Medicinsko kodiranje je kot slikanje s številkami in simboli – vsaka poteza (oz. koda) mora biti natančna, smiselna in učinkovita. Koderji preoblikujejo kompleksno medicinsko terminologijo, diagnoze in postopke v strukturiran jezik, ki ga zavarovalnice in zdravstveni sistemi lahko razumejo.

Natančnost in podrobnosti

– kot poteze čopiča slikarskega mojstra

Vsak umetnik ve, da lahko že najmanjše podrobnosti spremenijo celo sliko. Podobno lahko ena sama napačna koda povzroči zavrnitev zahtevkov, zamude pri zdravljenju ali finančno izgubo za paciente in izvajalce.

Zaradi te ravni natančnosti in pozornosti do detajlov je medicinsko kodiranje prava obrt, ki zahteva tako spretnost kot izkušnje.

Pripovedovanje zgodb s podatki

– kot filmski ustvarjalec, ki ustvarja pripoved

Umetnost pripoveduje zgodbo, prav tako tudi medicinsko kodiranje. Vsak obisk pacienta je edinstvena zgodba – pot od simptomov do diagnoze in zdravljenja. Koderji delujejo kot pripovedovalci zgodb in zagotavljajo, da je vsako medicinsko srečanje natančno dokumentirano, kodirano in ohranjeno. Napačno zaporedje kod lahko napačno predstavi zdravstveno stanje pacienta, odloži povračila stroškov ali povzroči pravne težave. Koderji morajo biti strokovni pripovedovalci, ki prepletajo medicinske podatke v strukturirano, prepričljivo in skladno zgodbo.

Reševanje problemov in ustvarjalnost

– kot kipar, ki oblikuje mojstrovino

Medicinsko kodiranje je polno izzivov in ugank – od dešifriranja zdravniške pisave do izbire najbolj specifične kode za redko bolezen. Koderji morajo kritično, ustvarjalno in strateško razmišljati, da zagotovijo najboljši možen rezultat. Ne vnašajo le podatkov – ustvarjajo rešitve, ki zdravstveno varstvo naredijo učinkovitejše in finančno znosnejše.

Vpliv na zdravstvo

– kot umetnikova zapuščina

Največji umetniki pustijo trajen pečat v svetu, enako velja za medicinske koderje. Njihovo delo zagotavlja, da so bolnišnice plačane, da se zdravniki lahko osredotočijo na zdravljenje pacientov, zdravstveni podatki pa uporabijo za raziskave in načrtovanje javnega zdravja. Brez kodiranja bi se finančna in operativna stabilnost zdravstvenega sistema sesuli – tako kot bi družba brez umetnikov izgubila svojo kulturno identiteto.

Medicinsko kodiranje je veliko več kot le številke in podatki – je umetnost, ki združuje znanje, natančnost in ustvarjalnost. Koderji niso le tehnični strokovnjaki, so umetniki, ki oblikujejo zdravstveno panogo z natančnostjo, učinkovitostjo in pripovedovanjem zgodb.

Kodiranje danes ni umetnost manipuliranja s sistemom samo zato, da bi bili plačani, ampak znanost o uporabi predpisov in smernic, ki omogočajo ustrezno kodiranje medicinske dokumentacije. Navsezadnje pacienti računajo na nas.

5. VIRI IN LITERATURA

1. Boyce Niaill: *bills of mortality: tracking disease in early modern london*. *Lancet*. 2020;395(10231):1186–1187.
2. Classifications and Terminologies Team: *history of the development of the ICD*. World Health Organization; 2021.
3. Hirsch Joshua et al.: *ICD-10: History and context*. *Ajnr Am J neuroradiol*. 2016;37(4):596–599.
4. Quint Jennifer, Brownrigg Alex: *What should clinicians know about how coding influences epidemiological research?* *Ama J Ethics*. 2025;27(1):e51–57.
5. Alonso, Vera et al.: *Problems and barriers during the process of clinical coding: a focus group study of coders' perceptions*. *J Med Syst* 44, 62 (2020).
6. Tatham, Andrew: *The increasing importance of clinical coding*. *Br J Hosp Med* 69(7):372–373, 2008.
7. Cheng Ping et al.: *The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding*. *Health Inf Manag* 38(1):35–46, 2009.
8. Fetter Robert et al.: *Case mix definition by diagnosis-related groups*. *med care*. 1980;18(2):i-53.
9. Markovič Saša. *Knjižici na pot*. V: Zupanc I, ur. *SPP: skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. 2008.
10. Geissler Alexander et al.: *Introduction to drgs in Europe: Common objectives across different hospital systems*. In: Busse R, Geissler
11. A, Quentin W, Wiley M, eds. *Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open university Press. 2011. p. 9–21.

BELEŽKE

[illegible]

dr. Diana Grad



Primerjava zdravstvenih modelov EU z vidika financiranja

Povzetek

V študijah modelov zdravstvenega varstva se uporabljajo različni sistemi klasifikacije, med katerimi je glede na vidik financiranja najpogostejša standardna delitev na tri osnovne skupine, in sicer: Model nacionalne službe (izvor Anglija), Model socialnega zdravstvenega zavarovanja (izvor Nemčija) ter Model zasebnega zdravstvenega zavarovanja (izvor ZDA). Stopnja težavnosti klasifikacije zdravstvenih modelov narašča s kompleksnostjo organizacijske strukture in z odmikom sistema od svojih izvornih ekonomskih temeljev. Kljub različnim sistemom pa v vseh državah EU prevladuje javno financiranje zdravstvenega varstva, ki ga pogosto dopolnjujejo zasebne zavarovalnice različnih tipov.

Abstract

Various classification systems are used in the study of healthcare systems, with the most common—based on the financing aspect—being the standard division into three main groups: the National Health Service system (originating in England), the Social Health Insurance system (originating in Germany), and the Private Health Insurance system (originating in the USA). The complexity of classifying healthcare systems increases with the intricacy of their organizational structures and as systems diverge from their original economic foundations. Despite these different models, public funding of healthcare prevails in all EU countries, although it is often supplemented by various types of private insurance.

1. PREGLED RAZVOJA FINANCIRANJA ZDRAVSTVENIH MODELOV DRŽAV EU

S stališča razvoja družbe je v okviru zdravstvenih modelov treba omeniti predvsem prvi val demokratizacije in razvoj parlamentarne demokracije, kar je vplivalo tako na razvoj javnih programov in izboljšanje dostopnosti do zdravstvenega varstva kot tudi na pojav zasebnih zdravstvenih praks.¹ Pri tem je pomembno upoštevati tudi vpliv tujih držav, kot na primer v baltskih državah, kjer je na ustanovitev neodvisnih bolnišnic, medicinskih fakultet in občinskih javnih zdravstvenih ustanov vplivala zlasti Rusija. V Južni Evropi je bilo čutiti predvsem močan vpliv katoliške cerkve, ki je imela dolgo časa osrednjo vlogo v zagotavljanju tako bolnišničnega kot tudi javnega zdravstvenega varstva. Šele v 20. stoletju države vzpostavijo decentraliziran sistem državnega upravljanja zdravstvenih storitev, ki predstavlja osnovo za postavitve zdravstvenih modelov, kot jih poznamo danes. Uvedbi poenotjenih zdravstvenih sistemov in širitvi javnih programov je sledil niz organiziranih skupin in institucij, kot so na primer bolnišnične zveze, vzajemni socialni skladi in organi planiranja. Organizacija javnega zdravstva je po eni strani s širitvijo mreže upravičencev ovirala razvoj zasebnih zdravstvenih zavarovanj in zasebnih izvajalcev, po drugi strani pa je njihov razvoj spodbujala, zlasti zaradi nezmožnosti zagotavljanja zadostnega obsega javnih storitev. Z razvojem javnega zdravstva so se povečala tudi pričakovanja posameznika do zdravstvenega sistema, kar je pomenilo in pomeni še danes več možnosti za postavljanje omejitev in hitrejši razvoj na področju zdravstvene politike. V zadnjih petdesetih letih so zdravstveni modeli evropskih držav prešli skozi številne reforme. Najpogostejši vzrok reform je bil vsesplošni problem finančne vzdržnosti in organizacije zdravstvenega varstva. V zrelih zdravstvenih sistemih so večje reforme redkejšje, kljub temu pa se dogajajo. Takšni sta bili na primer temeljni reformi v Španiji in Italiji v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, ko je šlo za prehod z modela socialnih zavarovanj na nacionalni model financiranja iz davkov.²

2. VPLIV EKONOMSKE INTEGRACIJE EU

Z nastankom Evropske skupnosti in kasneje Unije ter naraščanjem števila držav članic je vpliv geografskega položaja na razvoj zdravstvenih sistemov slabel, v ospredje pa je stopila skupna evropska politika EU. Ustanovitev EU je imela za primarni cilj ekonomsko integracijo držav, na področju nacionalnih zdravstvenih modelov pa je bila njena vloga omejena na svetovanje in priporočila ter skrb za javno zdravje. Iz tega razloga je bila prvotna aktivnost EU usmerjena predvsem v preventivno dejavnost na področju zdravja z obvladovanjem kroničnih nenalezljivih bolezni in dejavnikov tveganja za zdravje. Ekonomska integracija pa je postopno vzpostavila potrebo tudi po socialni integraciji, in sicer prvotno predvsem z namenom zaščite delavcev v drugi državi članici, ki so potrebovali določeno stopnjo socialne varnosti.³ V zadnjem desetletju se države EU na področju zdravstva soočajo s številnimi izzivi, na uspešnost spopadanja z njimi pa vplivajo predvsem učinkovitost, dostopnost in odpornost posameznega zdravstvenega sistema. Stroški zdravstvene oskrbe v zadnjih desetletjih vztrajno naraščajo. Tako v sedanjem času predlagane rešitve obsegajo predvsem zmanjševanje obsega kritja zdravstvenih storitev in doplačila državljanov, obe rešitvi pa predstavljata potencialno grožnjo osnovnemu cilju organizacije zdravstvenih modelov in načelu solidarnosti.⁴ Pomemben politični konflikt vseskozi predstavlja trenja med javnim in zasebnim zdravstvom, kjer se navadno levosredinske stranke nagibajo k ohranjanju javnega zdravstva pod okriljem države, desnosredinske pa k uvajanju tržnih elementov v zdravstvene sisteme. Tako je večje spremembe pričakovati predvsem ob večjih političnih oziroma strankarskih spremembah.

¹ Immergut, *Health politics today* (2021), str. 5.

² Immergut, *Health politics today* (2021), str. 25.

³ Schneider, Roots, Rathmann, *Health outcomes and health inequalities* (2021), str. 35.

⁴ Van der Wees et al., *The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries* (2015), str. 14. Coding: a Focus Group Study of Coders' Perceptions (2020), str. 44–62.

Ker je interes državljanov na področju zdravstvenega varstva navadno visok, saj vsak pričakuje, da lahko to slej ko prej postane tudi njegov osebni interes, so obljube in reforme na področju zdravstvenega varstva pogosto pomembna tema predvolilnih programov in obljub. Kljub občutnemu vplivu vsake trenutne politične oblasti na zdravstvene sisteme sedanje zdravstvene modele držav EU še vedno odlikujeta dve temeljni vrednoti, to sta univerzalna dostopnost ter celovito kritje dražjih in obsežnejših zdravstvenih storitev.

3. DELITEV ZDRAVSTVENIH MODELOV GLEDE NA PRIDOBIVANJE FINANČNIH SREDSTEV

Obstajajo štiri ključni načini financiranja zdravstvenega varstva: davki, prispevki za socialno zavarovanje, prostovoljni prispevki za privatno zavarovanje in plačilo za storitve iz žepa. Kljub raznolikosti je v evropskih državah možno izpostaviti dve osnovni struji financiranja zdravstvenih modelov, in sicer model Nacionalne zdravstvene službe (Beveridgeov sistem) in model Obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov sistem), ki ju v različnem obsegu dopolnjuje še zasebni sistem (OECD, 1987). Modela sta se v posameznih evropskih državah različno razvijala, dopolnjevala in prepletala na način, da je temeljna ureditev osnovana na enem od omenjenih dveh osnovnih konceptov ureditve zdravstvenega varstva, lahko pa vsebuje tudi elemente druge ureditve ali celo ostanke nekdanjih socialističnih oblik zdravstvenega varstva (Semaškov sistem). Ne glede na to pa v vseh državah članicah EU odgovornost za zagotavljanje zdravstvenih storitev svojim državljanom prevzema oblast oziroma država.

Za države z Bismarckovim modelom je značilno, da so se na področju zdravstvenega varstva razvijale v dveh smereh. Prva smer je razširitev upravičencev na način, da se je pravica do zdravljenja razširila od delavcev z nizkimi dohodki na skoraj celotno populacijo. Druga smer pa je razširitev košarice pravic v okviru obsega zdravljenja, ki je zagotovljeno iz zdravstvenega zavarovanja. Na drugi strani so se države z Beveridgeovim modelom osredotočile na uvedbo tržnih

mehanizmov v sistem zdravstvenega varstva z namenom približevanja regulirani kompetitaciji in povečanja učinkovitosti sistema.⁵

4. BISMARCKOV MODEL FINANCIRANJA (MODEL KONTINENTALNIH DRŽAV)

Bismarckov model se je začel razvijati leta 1883 v Nemčiji in je bil primarno namenjen finančnemu varstvu delavcev v primeru nesreč, bolezni, invalidnosti in upokojitve. Čeprav je bilo zdravstveno zavarovanje sprva namenjeno le delavcem, se kasneje krog upravičencev razširi na vse ekonomsko aktivne osebe, v sedanjem času pa je v večini evropskih držav s tem sistemom obvezno zdravstveno zavarovano celotno prebivalstvo.⁶ Zavarovanje je sedaj obvezno za delovno aktivno prebivalstvo in tudi druge skupine, kot to določa zakon. Izjemoma lahko nekatere skupine prebivalstva niso obvezane k plačevanju prispevkov.⁷ Bismarckov model je osnovan na podlagi plačnega dela, financira se iz prispevkov delodajalcev in delavcev, soudeleženi pa so lahko tudi posamezniki in zasebni zavarovalniški skladi. Nosilci zavarovanja so zdravstvene blagajne (javni zavodi ali skladi), kamor se ti prispevki stekajo, sredstva pa so namenjena izvajanju nacionalnega zdravstvenega programa. Odločitve o pravicah zavarovancev sprejemajo organi upravljanja zdravstvenih blagajn, v okvirju, ki jim ga določa zakon.

Bismarckov model lahko nadalje razdelimo na:

- a. Model upravičenosti do storitev v naravi (angl. *benefits in kind*). Zavarovane osebe uveljavljajo zdravljenje pri ponudniku zdravstvenih storitev, ki ima pogodbo z javnim zavodom. Izvajalec je plačan s strani zavoda za zdravstveno zavarovanje.

⁵ Haffner et al., *Study on the financing models for public services in the EU and their impact on competition, Final report (2016)* str. 83.

⁶ Bubnov Škoberne, Strban, *Pravo socialne varnosti (2010)*, str. 271.

⁷ Navadno gre za zelo premožnejše ali samozaposlene prebivalce. Takšna izjema obstaja v Nemčiji.

b. Model povračila stroškov zdravljenja (angl. reimbursement). Zavarovane osebe same izberejo kateregakoli izvajalca zdravstvenih storitev. Storitve plača oseba sama in kasneje dobi povračilo s strani pristojnega zavoda za zdravstveno zavarovanje.

Cene zdravstvenih storitev se glede na to, da gre za kolektivno financiranje, določajo na podlagi partnerskih pogajanj in dogovorov. Glavni deležniki v pogajanjih so zavarovanci oziroma delavci, zdravstveni izvajalci, delodajalci in predstavniki oblasti. Vse tri skupine – delodajalci, delojemalci in država – pa imajo preko ustreznih organizacij ali interesnih skupin tudi možnost soodločanja o pravicah in obveznostih na posameznem področju socialne varnosti ter tako odločajo o gospodarjenju in razporeditvi zbranih finančnih sredstev. Država ima pri tem modelu zdravstvenega varstva manjšo vlogo, in sicer primarno zagotavlja pravno osnovo za delovanje zdravstvenega zavarovanja ter nadzor nad izvajanjem zakonov, nadalje pa tudi sodeluje kot eden od partnerjev pri dogovarjanju o načinu uresničevanja zdravstvene politike.⁸

Država je v delno financiranje socialne varnosti vključena predvsem v primerih ohranjanja socialne varnosti ranljivih in ekonomsko šibkejših skupin ter v izrednih razmerah, ki vplivajo na zmožnost zagotavljanja socialne varnosti. Tak primer je bila situacija zaradi pandemije koronavirusa, ko je bila v letu 2020 zaradi zmanjšanih prispevkov finančno oškodovana zdravstvena blagajna, posamezniki pa zaradi prepovedi dela niso bili zmožni plačati prispevkov za socialno varnost.

Ustanova, ki zbira finančna sredstva, je navadno avtonomna. Za izvajanje socialnega zavarovanja so ustanovljene posebne organizacije oziroma zavodi, ki imajo tudi lastno administrativno podporo. Država ima nadzorno in regulativno funkcijo in le v primeru večjih težav posega v delovanje sistema.

5. BEVERIDGEOV MODEL FINANCIRANJA (MODEL SEVERNIH DRŽAV)

Beveridgeov model izvira iz Velike Britanije in temelji na konceptu nacionalnega zdravstvenega zavarovanja, ki je postal operabilen leta 1948. Začetek sistema zdravstvenega varstva v Veliki Britaniji je bil podoben kot v Nemčiji in drugod po Evropi, saj se je pričel z zavarovanjem delavcev, ki so prispevali v tako imenovano vzajemno blagajno, iz katere so črpali sredstva za delavce, ki so zboleli ali se poškodovali. V tem sistemu se celotni populaciji priznava univerzalna pravica do (skoraj) brezplačne zdravstvene oskrbe; dostop do zdravstvene oskrbe je torej zagotovljen vsem prebivalcem. Financira se iz davkov oziroma proračuna, odločitve o pravicah zavarovancev pa sprejemajo državni organi.⁹ Krovna organizacija pod okriljem vlade je Nacionalna zdravstvena služba (ang. *NHS – National Health Service*), ki je nadalje organizirana v regionalne in lokalne podružnice in je odgovorna parlamentu. NHS usklajuje univerzalno javno kritje¹⁰ za velik obseg zdravstvenih storitev z manjšim vzporednim deležem privatnih ponudnikov, ki so navadno specializirani za ozek spekter elektivnih zdravstvenih posegov. Izvajalci zdravstvenih storitev na primarni ravni so plačani po glavarini ali za opravljene storitve, možni pa so še drugi načini plačila in kombinacije.¹¹ Zaposleni so bodisi preko lokalne državne skupnosti bodisi samozaposleni ali pa imajo sklenjeno pogodbo s pristojno zdravstveno službo. Pravica do izbire zdravnika je prosta, vendar je dostop zaradi državnega urejanja pogosto omejen.¹² Bolnišnice potrebujejo odobritev lokalne zdravstvene oblasti, zdravniki, ki delajo v bolnišnici, pa so zaposleni s strani države in imajo državno plačo.¹³

⁸ Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, Uvod v javno zdravje (2011), str. 171.

⁹ Haffner et al., Study on the financing models for public services in the EU and their impact on competition, Final report (2016), str. 5–6.

¹⁰ Tako imenovano first-dollar kritje, ki se uporablja v primeru zavarovanj, ko za plačilo primera ni nobenih odbitnih franšiz ali plačila iz žepa.

¹¹ Kulesher, Forrestal, International models of health systems financing (2014), str. 130.

¹² Bubnov Škoberne, Strban, Pravo socialne varnosti (2010), str. 270.

¹³ Gingrich, Greer, The United Kingdom (2021), str. 115.

Nedavna odločitev vlade Združenega kraljestva, da razpusti NHS England (NHSE) in vključi njegove funkcije v Ministrstvo za zdravje in socialno varstvo (DHSC), pomeni pomembno spremembo v strukturi zdravstvenega varstva v Angliji. Odgovorni trdijo, da bo dostop do NHS ostal brezplačen, tako kot vedno, in bo še naprej pokrival vse storitve kot do sedaj. Pomembno je tudi omeniti, da obstajajo ločeni sistemi na Škotskem, v Walesu in na Severnem Irskem, zato so te spremembe specifične za Anglijo. Država je lastnik večine zdravstvenih institucij in tudi zdravniki so zaposleni s strani države, ki nadzira tako distribucijo zdravstvenih storitev kot tudi plačilo izvajalcem. Država tako v celoti sprejema odgovornost za zdravstveno oskrbo prebivalstva.¹⁴ Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva je razvit v Združenem kraljestvu, na Irskem, Danskem, Finskem in Švedskem.

6. LOČENA ANALIZA JUŽNOEVROPSKEGA MODELA FINANCIRANJA

V okviru obeh omenjenih modelov zdravstvenega varstva EU se vse pogostejše pojavlja še tretji podmodel, tj. Južnoevropski model. Gre za nekakšen hibrid, ki je nastal z uvedbo Beveridgeovega modela financiranja zdravstva v predobstoječi Bismarckov model. Ta fenomen se pojavi v štirih državah EU, in sicer Grčiji, Italiji, Španiji in na Portugalskem. Razlog za uvrstitev v samostojno skupino je v skupnih značilnostih, ki so bile večkrat predmet raziskovanja, še vedno pa ni popolnoma jasno, ali so te podobnosti zadostne, predvsem pa, ali so razlike od preostalih dveh zdravstvenih sistemov, zlasti Beveridgeovega modela, dovolj obsežne, da lahko govorimo o samostojnem sistemu.

Med skupne značilnosti, ki povezujejo štiri države članice z Južnoevropskim modelom zdravstvenega varstva, sodijo predvsem:

- Nacionalna zdravstvena služba (NHS) vseh štirih držav ima skupen izvor šele v začetku devetdesetih let in predstavlja sekundarni zdravstveni sistem, ki pa ni ukinil vseh predhodnih zdravstvenih skladov,
- v njihovem sedanjem sistemu (razen Italije) je jasno zaznavna sled predhodno vzpostavljenega modela zdravstvenega zavarovanja

na način, da so kot podrejene institucije NHS še vedno postavljeni profesionalni bolniški skladi kot ostanek predhodnega modela, katerih funkcija pa ima lahko za posledico neenakosti pri zdravljenju državljanov¹⁵ in fragmentacijo javnih virov financiranja zdravstvenega sistema,

- znatno višji delež financiranja zdravstva izhaja iz zasebnega sektorja, višji je tudi delež zasebnih bolnišnic in
- občutno večji delež prebivalstva je nezadovoljen z zdravstvenim sistemom, predvsem na področju čakalnih dob za specialistični pregled in obravnavo.¹⁶

7. PRIMERJAVA NAČINOV FINANCIRANJA ZDRAVSTVENIH MODELOV EU

Pri Bismarckovem modelu prispevke za zdravstveno zavarovanje plačujejo delodajalci, delojemalci in drugi zavezanec v sorazmernem deležu prihodkov, pri čemer je zdravstvena blagajna ločena od državnega proračuna, medtem ko poteka financiranje pri Beveridgeovem modelu navadno iz enega centralnega vira, ki je državni, regionalni ali lokalni proračun. Ker so davčni prihodki povezani z visoko kontrolo države, Beveridgeov model občasno poimenujejo tudi državno zdravstvo, po drugi strani pa je lahko tudi zbiranje prispevkov za zdravstveno zavarovanje pod močnejšo državno kontrolo, sploh če obstaja en sam sklad za zbiranje prispevkov oziroma ima država pristojnost nad skupnim zdravstvenim proračunom oziroma določa prispevne stopnje. V večini držav članic EU je možno ugotoviti kombinacijo dveh ali več omenjenih virov. Poleg zakonsko določenega osnovnega vira prihodkov (ki so lahko davki ali prispevki za zdravstveno zavarovanje) določen vir prihodkov vedno predstavljajo tudi lastna plačila posameznikov, prav tako pa je lahko prisotna tudi pomembnejša vloga zasebnega zavarovanja, ki

¹⁴ Kulesher, Forrestal, *International models of health systems financing* (2014), str. 127.

¹⁵ Kot na primer v Španiji, kjer bolniški skladi, ki predstavljajo ostanek predhodnega sistema, krijejo zdravljenje le določenim kategorijam javnih uslužbencev.

¹⁶ Toth, *Is there a Southern European Healthcare Model?* (2010), str. 339–340.

je navadno pogojeno s celovitostjo oskrbe, ki jo omogoča javno zdravstveno varstvo.

Če vidik zbiranja denarja opredelimo kot primarni vidik financiranja zdravstvenega modela, pa je ravno tako pomembno izpostaviti tudi vidik financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev. Tako bi Beveridgeov model lahko opredelili kot integrirani model, v katerem plačniki upravljajo in imajo v lasti izvajalce, ti so navadno zaposleni v javnem sektorju in imajo plačo, medtem ko bi Bismarckov model opredelili kot pogodbeni model, v katerem so plačniki in izvajalci ločeni. V slednjem se med zdravstvenimi zavarovalnicami in izvajalci storitev sklepajo kolektivne pogodbe, plačila izvajalcem pa se izvajajo na podlagi dejansko nastalih izdatkov. V zadnjem času tudi države z integriranim modelom javno zaposlenih izvajalcev zdravstvenih storitev pogosteje prehajajo k eni od oblik kupovanja storitev, kjer so plačniki organizacijsko ločeni od izvajalcev, saj se na ta način slednje plačuje na podlagi dejanske aktivnosti oziroma učinkovitosti.¹⁷

8. ZAKLJUČEK

Kljub različnemu razvoju zdravstvenih modelov v posameznih regijah evropskega prostora in reformam zdravstvenega varstva v posameznih državah članicah je pomembno izpostaviti, da ima javni sektor v vseh državah EU še vedno poglavitno vlogo v financiranju zdravstvenih sistemov, saj je v povprečju več kot 70 % sredstev za zdravstveno varstvo financiranih iz javnih sredstev. Pri tem velja poudariti, da so si kljub temu, da si države članice delijo nekatere skupne vrednote, kot so solidarnost, vzajemnost, dostopnost in univerzalnost, zdravstveni modeli med seboj zelo različni. Vsem državam članicam pa je skupno to, da želijo svojim državljanom zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih storitev, pri čemer stremijo k doseganju čim večje pravičnosti pri razporejanju finančnega bremena.

9. VIRI IN LITERATURA

1. Bubnov Škoberne, Anjuta in Strban, Grega: *Pravo socialne varnosti*, GVZ založba, Ljubljana 2010.
2. Gingrich, Jane in Greer, Scott L.: *The United Kingdom* (v *Health politics in Europe, a handbook*), Oxford University Press, Oxford 2021.
3. Haffner, Robert, et al.: *Study on the financing models for public services in the EU and their impact on competition* (Final report), Publications Office of the European Union, Luksemburg 2016.
4. Immergut, Ellen M.: *Health politics today* (v *Health politics in Europe, a handbook*), Oxford University Press, Oxford 2021.
5. Kulesher, Robert R. in Forrestal, Elizabeth: *International models of health systems financing*, *Journal of Hospital Administration*, 2014.
6. Schneider, Simone M., Roots, Ave in Rathmann, Katharina: *Health outcomes and health inequalities* (v *Health politics in Europe a handbook*), Oxford University Press, Oxford 2021.
7. Snoj, Alenka: *Sistemi zdravstvenega varstva v EU* (magistrsko delo), Fakulteta za družbene vede, Ljubljana 2008.
8. Toth, Federico: *Is there a Southern European Healthcare Model?*, *West European Politics* 2010.
9. Van der Wees, Philip J. et al.: *The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries*, *International Journal of Health Policy and Management* 2015.
10. Zaletel-Kragelj, Lijana, Eržen, Ivan in Premik, Marjan: *Uvod v javno zdravje*, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Ljubljana 2011.

¹⁷ Snoj, *Sistemi zdravstvenega varstva v EU* (2008), str. 38–42.



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

STROKOVNA IN JESENSKA SREČANJA DRUŠTVA EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU



STROKOVNA SREČANJA

1. Ljubljana, december 1992, 2. Ljubljana, marec 1994, 3. Ljubljana, november 1996,
4. Radenci, april 1997, 5. Nova Gorica, april 1998, 6. Čatež, april 1999, 7. Portorož, april 2000,
8. Zreče, april 2001, 9. Bled, april 2002, 10. Ljubljana, april 2003, 11. Maribor, april 2004,
12. Otočec, maj 2005, 13. Portorož, maj 2006, 14. Radenci, maj 2007, 15. Ptuj, maj 2008,
16. Rogaška Slatina, maj 2009, 17. Čatež, maj 2010, 18. Bohinjska Bistrica, maj 2011, 19. Rimske Toplice, maj 2012,
20. Ljubljana, maj 2013, 21. Portorož, maj 2014, 22. Nova Gorica, maj 2015, 23. Bohinjska Bistrica, maj 2016,
24. Laško, maj 2017, 25. Bernardin, maj 2018, 26. Bohinjska Bistrica, maj 2019, 27. Laško, maj 2022,
28. Nova Gorica, maj 2023, 29. Portorož, april 2024, 30. Laško, maj 2025

JESENSKA SREČANJA

1. Ljubljana, december 1997, 2. Bled, november 1998, 3. Žalec, november 1999 (odpadlo), 3. Otočec, oktober 2000,
4. Velenje, november 2001, 5. Nova Gorica, oktober 2002, 6. Moravske Toplice, oktober 2003, 7. Rogaška Slatina, oktober 2004,
8. Kranjska gora, oktober 2005, 9. Podčetrtek, oktober 2006, 10. Nova Gorica, oktober 2007, 11. Laško, oktober 2008,
12. Bled, oktober 2009, 13. Lipica, oktober 2010, 14. Lendava, oktober 2011, 15. Ankaran, oktober 2012,
16. Zreče, oktober 2013, 17. Podčetrtek, oktober 2014, 18. Radenci, oktober 2015, 19. Maribor, oktober 2016,
20. Ptuj, oktober 2017, 21. Moravske Toplice, oktober 2018, 22. Rogaška Slatina, oktober 2019,
23. Ankaran, oktober 2022, 24. Podčetrtek, oktober 2023, 25. Maribor, oktober 2024