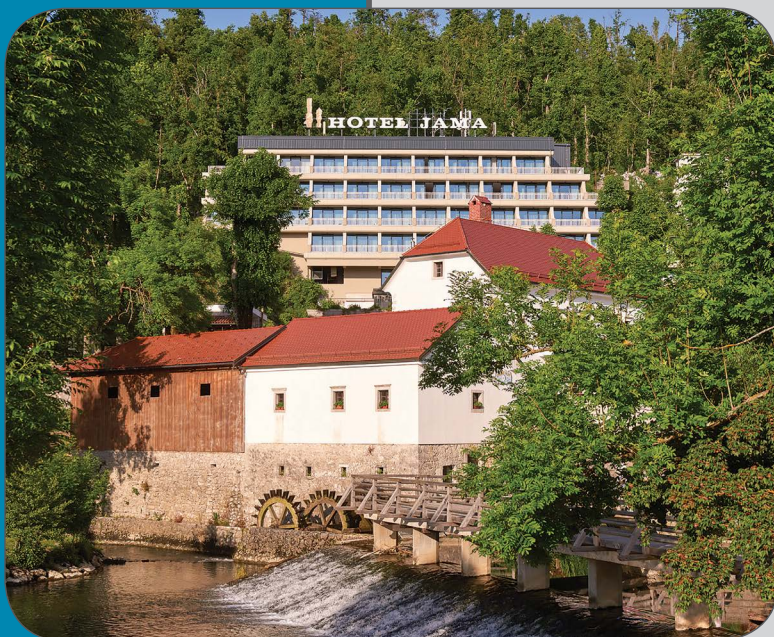


26.

JESENSKO SREČANJE EKONOMISTOV IN POSLOVODNIH DELAVCEV V ZDRAVSTVU

»ZDRAVSTVO
= EKONOMSKI IZZIV«



POSTOJNA, 23. in 24. oktober 2025



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

»Zdravstvo = ekonomski izziv«

**POSTOJNA, Hotel Jama
23. in 24. oktober 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 Bertoneclj, mag. Sabina Grm, Marjan Javornik,
Damjana Jelačin Ivanovič, Vida Komel, mag. Marjetka Kozar, doc. dr. Denis Tomše,
Jana Vučak, Nino Zajc, Anton Zorko, Matjaž Žura

PROGRAMSKI ODBOR SREČANJA:

Helena Ulčar Šumčič in Bogdan Tušar

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

Lektoriranje: HIERONYMUS prevajanje in lektoriranje,
Nives Mahne Čehovin

Za ogled publikacije lahko uporabite naslednjo povezavo:

<https://www.devz.si/2025/10/23/zbornik-in-prezentacije-26-jesenskega-srecanja-ekonomistov-in-poslovodnih-delavcev-v-zdravstvu-postojna-23-in-24-oktober-2025/>

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

COBISS.SI-ID 254190083

ISBN 978-961-95979-6-5 (PDF)

PROGRAM SREČANJA

Četrtek, 23. oktober 2025

- 08:30 – 09:30** Registracija udeležencev
- 09:30 – 09:40** »Zdravstvo = ekonomski izziv« – uvodni nagovor
Helena Ulčar Šumčič,
predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu
- 09:40 – 10:00** Predstavitev ZD Postojna ter izzivi in priložnosti
primarne ravni po uveljavitvi novele ZZdej
prim. Irena Vatovec, Eva Sojer Borsellino,
Zdravstveni dom Postojna
- 10:00 – 10:30** Sliši me, vidi in delajva na občutku pripadnosti
Sanela Peresciutti
- 10:30 – 10:50** ZZKS pred izzivom prenove modelov financiranja
za bolj dostopno in učinkovito zdravstvo
Anka Bolka, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 10:50 – 11:10** Izzivi osnovnega zdravstva pri izvajanju NMP
mag. Tomaž Glažar, Zdravstveni dom Idrija
- 11:10 – 11:30** Vizija ureditve NMP – organizacija, financiranje in investicije
Denis Kordež, Ministrstvo za zdravje
- 11:30 – 11:50** Urgentni centri prihodnosti – organizacija, obremenjenost
in financiranje z vidika slovenskih in mednarodnih izkušenj
dr. Gregor Prosen, Univerzitetni klinični center Maribor
- 11:50 – 12:10** Razprava
- 12:10 – 12:40** Odmor
- 12:40 – 13:00** Spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev po merilih
mednarodnega združenja za kakovost v medicini IQM
Dominika Oroszy, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 13:00 – 13:20** Trg zdravil v Sloveniji
doc. dr. Alenka Kovačič, Splošna bolnišnica Murska sobota
- 13:20 – 13:40** Kibernetika varnost v JZZ za varnejši jutri
– investicija ali strošek?
Andrej Dočinski, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 13:40 – 14:00** Razprava
- 14:00 – 16:00** Odmor za kosilo
- 16:00 – 19:00** Izlet
- 20:00** Družabni večer

Petek, 24. oktober 2025

- 09:00 – 09:30 Aktualno v zdravstvu**
dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje
- 09:30 – 10:00 Poslovanje, trendi in razvojne aktivnosti ZZZS**
mag. Robert Ljoljo, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 10:00 – 10:20 Razprava**
- 10:20 – 10:50 Merjenje obremenjenosti zdravstvenega kadra**
Jasna Humar, Ministrstvo za zdravje
- 10:50 – 11:20 Razpoložljivost virov in vpliv na dostopnost**
prim. mag. Dorijan Marušič, Zdravstveni zavod Celjenje
- 11:20 – 11:40 Razprava**
- 11:40 – 12:10 Odmor**
- 12:10 – 12:30 Rast plač v zdravstvu – izziv za vzdržnost poslovanja JZZ**
Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
- 12:30 – 13:00 Si res želimo preprečiti ekonomsko razmišljanje v zdravstvu?**
*izr. prof. dr. Petra Došenovič Bonča,
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani*
- 13:00 – 13:30 Vrednotenje novih zdravstvenih tehnologij
in vključevanje v sistem financiranja**
dr. Katarina Beravs Bervar, Agencija RS za kakovost v zdravstvu
- 13:30 – 13:45 Razprava in sporočila srečanja**
- 13:45 Zaključek srečanja**

VSEBINA

»Zdravstvo = ekonomski izziv«	7
doc. dr. Denis Tomše, Društvo ekonomistov v zdravstvu	
Predstavitev ZD Postojna ter izzivi in priložnosti primarne ravni po uveljavitvi novele ZZdej	11
prim. Irena Vatovec, Eva Sojer Borsellino, Zdravstveni dom Postojna	
Izzivi osnovnega zdravstva pri izvajanju nujne medicinske pomoči	19
mag. Tomaž Glažar, Zdravstveni dom Idrija	
Spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev po merilih mednarodnega združenja za kakovost v medicini IQM	25
Dominika Oroszy, Univerzitetni klinični center Ljubljana	
Trg zdravil v Sloveniji	31
doc. dr. Alenka Kovačič, Splošna bolnišnica Murska sobota	
Kibernetska varnost v JZZ za varnejši jutri – investicija ali strošek?	39
Andrej Dočinski, Univerzitetni klinični center Ljubljana	
Rast plač v zdravstvu – izziv za vzdržnost poslovanja JZZ	45
Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije	
Vrednotenje novih zdravstvenih tehnologij in vključevanje v sistem financiranja	51
dr. Katarina Beravs Bervar, Agencija RS za kakovost v zdravstvu	



doc. dr. Denis Tomše
Društvo ekonomistov v zdravstvu



»Zdravstvo = ekonomski izziv«

Letošnje jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, ki ga gosti Postojna, je že šestindvajseto po vrsti oziroma štirinajseto, če prištejemo še spomladanska. V več kot četrstoletja smo ta srečanja oblikovali v prostor, kjer se stroka ne le srečuje, temveč tudi podaja usmeritve in rešitve, v katero smer želimo razvijati slovenski zdravstveni sistem. Čeprav se okoliščine spreminjajo, ostaja osrednje vprašanje nespremenjeno: kako ob omejenih virih zagotoviti dostopno, kakovostno in dolgoročno vzdržno zdravstveno varstvo. Tokratna tema »Zdravstvo = ekonomski izziv« zato ni le naslov, temveč povabilo k poglobljenemu razmisleku o tem, kaj nam sistem danes govori, česa ne more več skriti in kako ga sooblikovati, da bo jutri boljši. Vsako srečanje je hkrati tudi majhna diagnoza – priložnost, da priznamo, kje napredujemo, kje zaostajamo in kaj konkretno moramo spremeniti.

Na prejšnjih srečanjih smo znova in znova poudarjali, da so komunikacija, preglednost in sodelovanje med deležniki pogoj za uspeh kakršnekoli reforme. Tudi letos to ostaja rdeča nit. Razprave morajo biti konkretne, poglobljene in povezovalne; številke morajo imeti človeški obraz. Zato bomo ob »trših« ekonomskih temah premišljeno odpirali tudi razsežnost pripadnosti: brez občutka, da so zaposleni in pacienti videni in slišani, ni zavzetosti, brez zavzetosti pa ni kakovosti. Ekonomika zdravstva niso zgolj številke, ampak način upravljanja ljudi, časa, znanja, prostorov, opreme in financ – tako, da iz vsakega vloženega vira nastane čim več zdravja, varnosti in zaupanja. Donosnost v zdravstvu se ne sme meriti v dobičku, temveč v izidih zdravljenja, dostopnosti in zadovoljstvu pacientov.

Zato ekonomija ni nasprotje humanosti, temveč njena zaveznica: omogoča smiselno razporeditev kadrov, pregledne procese, utemeljene odločitve in merljive učinke.

Ko pomislimo na ekonomijo, se naravno dotaknemo financ. Prenova sistema financiranja, ki bo spodbujala dostopnost, kakovost in učinkovitost – ne zgolj obsega – je nujna. Današnji modeli pogosto premalo odražajo kompleksnost obravnav, ekipno delo in dolgoročne učinke; nagrajujejo količino, ne izidov. Potrebujemo plačilne mehanizme, ki vrednotijo pravočasnost, kakovost in varnost, upoštevajo celoten potek obravnave ter ne ustvarjajo spodbud, da se izvajajo le dobro plačane storitve, medtem ko ključne, a manj donosne, ostajajo na robu. Pri tem se ne moremo izogniti konceptu zdravstva, temelječega na vrednosti za bolnika: sredstva usmerjamo tja, kjer dokazano nastajajo boljši izidi in večja kakovost življenja, hkrati pa se zmanjšujejo nepotrebne obremenitve sistema. To pa ni zgolj tehnična sprememba, temveč sistemska reforma, ki se dotika organizacije dela, vodenja zavodov in odgovornosti vsakega deležnika – zato mora nastajati v dialogu z izvajalci, financerjem, regulatorji in pacienti.

Pomanjkljivosti slovenskega zdravstvenega sistema so dobro vidne tudi na področju sistema nujne medicinske pomoči in dežurne službe, ki je ogledalo celotnega sistema. Urgentni centri lahko delujejo le, če so primarna, sekundarna in terciarna raven usklajene, če je jasna razdelitev pristojnosti in če je dovolj kadra. Slovenija je v minulih letih naredila pomembne infrastrukturne korake, a brez stabilnega financiranja, standardov obremenjenosti, ki bodo temeljili

na razpoložljivih resursih, funkcionalne informacijske podpore in močnih povezav med posameznimi ravni zdravstvenega varstva se službe nujne medicinske pomoči hitro znajdejo na meji zmogljivosti. Satelitski urgentni centri lahko delujejo, kadar so del celostnega načrta in ne izoliran otok. Potrebujemo enotno, za celotno državo premišljeno ureditev nujne medicinske pomoči in dežurne službe – parcialne rešitve le premeščajo težavo z enega dela sistema na drugega. Premišljeno razviti urgentni centri ter na osnovi resursov postavljen sistem NMP in dežurne službe pa lahko postane hrbtenica odzivnega, varnega in zaupanja vrednega sistema.

Srčika vsake reforme so ljudje. Brez zadostnega števila usposobljenih, motiviranih in dobro vodenih ekip noben model ne zaživi. Pomanjkanje kadrov v ključnih specialnostih, preobremenjenost, administrativni pritiski in nejasne kariere poti slabijo sistem tam, kjer bi moral biti najmočnejši – pri pacientu. Zato so poleg zaposlovanja ključni tudi preurejanje procesov dela, pametna razporeditev nalog, digitalna podpora in kultiviranje vodenja, ki krepí pripadnost. Plačni model naj bo pravičen in stimulativen, da priznava zahtevnost, odgovornost in rezultate. Kadar kadri vedo, da so slišani in cenjeni, sistem pridobi največ, kar ima – njihovo znanje in energijo. Ne smemo pa pozabiti na (pre) obremenjenost kadra. Merjenje obremenjenosti kadra je eno najboljčutljivejših in hkrati najpomembnejših področij. Zdravstveni delavci so pod vedno večjimi pritiski: več pacientov, zahtevnejše obravnave, administrativne obremenitve, pomanjkanje sodelavcev ... Sistem mora zagotoviti tudi metodologijo, ki objektivno meri delovno obremenitev in jo upošteva pri načrtovanju kadrov, urnikov, nagrajevanja in vlaganj v podporne storitve. Brez tega tveganja niso nezadovoljni le zaposleni, temveč tudi pacienti, ki v preobremenjenem sistemu težje dobijo varno in kakovostno obravnavo. Zato merjenje obremenjenosti ni le birokracija, ampak strateško orodje za vzdržnost sistema.

Z ljudmi pa je tesno povezana tudi rast plač – tema, ki jo pogosto spremljajo različna pričakovanja in strahovi. Na eni strani so zaposleni, ki zahtevajo pravično nagrado za svoje delo, na

drugi strani pa javni zavodi, ki morajo obvladovati stroške in zagotavljati vzdržnost poslovanja. Če plače naraščajo hitreje od produktivnosti ali od finančnih zmožnosti sistema, se lahko znajdemo v začaranem krogu, kjer rast stroškov ogrozi izvajanje storitev. Po drugi strani pa stagnacija plač pomeni odhode kadra in še večje težave z dostopnostjo. Rešitev ni enostavna – potrebujemo plačni model, ki bo priznal zahtevnost dela, odgovornost in rezultate, hkrati pa ohranil finančno ravnotežje. Brez tega bomo težko zadržali obstoječi kader in pridobili novega.

Osrednji del ekonomije v zdravstvu mora biti tudi kakovost. Brez merjenja kakovosti ne vemo, ali sredstva dosegajo svoj namen. Uveljavitev mednarodno primerljivih meril (npr. IQM) prinaša preglednost in primerljivost znotraj države in navzven: od zapletov in ponovnih sprejemov do učinkovitosti terapij in doživetve izkušnje. Kakovost pa ni zgolj tabela kazalnikov – je kultura. Rezultati naj služijo učenju, ne kaznovanju; vodstva naj dajejo zgled, zaposleni naj bodo vključeni, pacienti pa obveščeni. Šele ko finančne spodbude povežemo z dokumentiranimi izidi in varnostjo, ekonomika zares dobi smisel: za vsak evro čim več zdravja.

Posebno poglavje je trg zdravil. Na eni strani stoji izjemen napredek inovativnih terapij, na drugi omejenost virov in realne motnje v preskrbi – od osnovnih antibiotikov do specialnih zdravil. Zanesljiva oskrba je varnostni temelj sistema, zato potrebujemo dolgoročno strategijo, pregledno cenovno politiko, močno pogajalsko pozicijo, večjo rabo generičnih in bioloških zdravil ter, kjer je smiselno, skupne nabave. Zdravila niso le strošek, so investicija v zdravje in produktivnost – a morajo skozi jasne, transparentne postopke vrednotenja, ki omogočijo vključevanje inovacij, ko prinašajo dokazano dodano vrednost, hkrati pa zagotavljajo stalno dostopnost nujnih terapij za vse.

V digitalni dobi postaja kibernetska varnost strateški steber zaupanja. Zdravstvene ustanove hranijo najboljčutljivejšo podatke; vsak vdor ali izpad sistema ni le kršitev zasebnosti, temveč tveganje za varnost pacientov in neprekinjenost

obravnav. Vlaganja v varnost so zato naložba – cenejša od posledic incidentov – in nujen pogoj za uspeh digitalizacije. Potrebni so robustna infrastruktura, jasni protokoli in stalno usposabljanje zaposlenih. Le varno digitalno okolje spodbuja zaupanje pacientov v e-zdravje in tele-medicinske rešitve ter razbremeni procese, ki z boljšimi podatki postanejo tudi bolj ekonomsko smiselni.

Precej časa se že ukvarjamo s tem, kakšen »kupec« naj bo ZZZS – kupec količin ali kupec kakovosti? Vloga Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bistvena, saj nastopa kot glavni kupec zdravstvenih storitev. A vprašanje je, ali nastopa tudi kot kupec kakovosti. Dolgo smo živeli v sistemu, kjer so bile storitve vrednotene predvsem po obsegu, ne glede na izide ali zadovoljstvo pacientov. Tak sistem spodbuja povečevanje količine, ne pa nujno kakovosti. Če želimo premik, mora ZZZS razviti mehanizme, ki nagrajujejo boljše rezultate zdravljenja, preprečevanje zapletov in pravočasnost obravnav. To zahteva več transparentnosti, boljše spremljanje kazalnikov kakovosti in stalno komunikacijo z izvajalci. Samo, če bo ZZZS resnično kupec kakovostnih storitev, bo lahko usmerjal razvoj sistema v pravo smer – k obravnavi, ki je učinkovita, varna in osredotočena na pacienta.

Provokativno vprašanje, ali si res želimo preprečiti ekonomsko razmišljanje v zdravstvu, v resnici obrne zrcalo nam samim. Če ekonomijo potisnemo na rob, tvegamo neučinkovitosti, stihijo in izgubo zaupanja. Če jo sprejmemo kot orodje, dobimo jezik, s katerim znamo pošteno razdeliti omejene vire, meriti učinke in vztrajati pri odgovornosti. Ekonomija je pot do bolj humane obravnave – ker omogoča, da si človeškost lahko tudi privoščimo. Naj bo tudi tokratno srečanje priložnost za jasne besede, pogumne predloge in dogovore, ki jih bomo prevedli v delo. Povsod nas spremlja isto merilo: za vsak vložen vir čim več zdravja, varnosti in zaupanja. Če bomo znali povezati številke z ljudmi, lahko ustvarimo zdravstvo, na katerega bomo ponosni – dostopno, kakovostno in vzdržno za vse.

BELEŽKE

[illegible]

prim. Irena Vatovec

Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna

Eva Sojer Borsellino

Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna



Predstavitev ZD Postojna ter izzivi in priložnosti primarne ravni po uveljavitvi novele ZZDej

Povzetek

Zdravstveni dom Postojna je osrednja ustanova primarnega zdravstva v občinah Postojna in Pivka, ki 24.000 prebivalcem obeh občin nudi ustrezno dostopnost vseh storitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Na področju specialitike, diagnostike ter obravnave otrok in mladostnikov z motnjami telesnega razvoja in duševnega zdravja nudi storitve prebivalcem širše regije.

V Zdravstvenem domu Postojna je zaposlenih 176 strokovnih delavcev in sodelavcev v 12 organizacijskih enotah. Letno opravimo 210.000 storitev, ki jih nudimo 35.000 bolnikom, v skupni vrednosti 10.000.000 EUR.

ZZDej-N prinaša pomembne spremembe na področju kadrovskega upravljanja, organizacije dela, financiranja in nadzora kakovosti v javnih zdravstvenih zavodih. Čeprav so cilji zakonodajalca usmerjeni v večjo transparentnost in kakovost, pa trenutni finančni in kadrovski okvirji ne omogočajo enostavne implementacije vseh določb v praksi. Zato bo za uspešno izvajanje nove zakonodaje treba vzpostaviti ustrezne finančne mehanizme, državno koordinirano digitalizacijo ter namenska sredstva za investicije v prostore in opremo.

Abstract

The Postojna Health Centre is the central primary healthcare institution for the municipalities of Postojna and Pivka. It provides approximately 24,000 residents of both municipalities with appropriate access to the full range of primary healthcare services. In the fields of specialist services, diagnostics, and the treatment of children and adolescents with physical developmental disorders and mental health conditions, the centre also serves residents of the wider region.

The Postojna Health Centre employs 176 healthcare professionals and staff, working across 12 organisational units. Each year, we provide 210,000 medical services to 35,000 patients, with a total annual value of EUR 10,000,000.

The ZZDej-N introduces significant changes in the areas of human resource management, work organization, financing, and quality control in public healthcare institutions. Although the legislator's objectives are aimed at increasing transparency and quality, the current financial and staffing frameworks do not allow for the straightforward implementation of all provisions in practice. Therefore, the successful implementation of the new legislation will require the establishment of appropriate financial mechanisms, state-coordinated digitalization, and dedicated funds for investments in facilities and equipment.

1. UVOD

Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna (ZD Postojna) je javni zavod, ustanovljen leta 2017 z namenom izvajanja osnovne zdravstvene dejavnosti za prebivalce občin Postojna in Pivka po načelih enakosti in pravičnosti.

TEMELJNO POSLANSTVO

Vsem uporabnikom naših storitev želimo zagotoviti celostno kakovostno, varno, krajevno in časovno dostopno zdravstveno oskrbo na primarnem nivoju ter na področju specialistične zdravstvene dejavnosti. Naš zavod je strokoven, napreden, usmerjen v razvoj, preventivo, opolnomočenje pacientov in poučevanje. Naše delo temelji na sprotnem izpopolnjevanju in učenju, humanosti in empatiji. Izvajamo ga skladno z medicinsko etiko in sodobnimi strokovnimi smernicami.

VIZIJA

Želimo ostati ena najbolj cenjenih ustanov na področju primarnega zdravstva, prepoznavni po odličnosti, kakovosti, varnosti in zglednem odnosu do uporabnikov. Vodilo nam je razvojna usmeritev ter zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih. S pridobitvijo certifikata za vodenje kakovosti našim uporabnikom zagotavljamo še kakovostnejše in varnejše zdravstveno varstvo. ZD Postojna izvaja zdravstveno dejavnost na primarni ravni zdravstvenega varstva, zagotavlja ustrezno diagnostiko in zdravljenje ter nujno medicinsko pomoč v sklopu neprekinjenega zdravstvenega varstva za 24.000 prebivalcev občin Postojna in Pivka.

Za izvajanje nujne medicinske pomoči smo zadolženi tudi za območje avtoceste od Logatca do Razdrtega in Senožeč ter za vojaško vadbišče Poček.

ZD Postojna je regijski center na področju ortodontije, specialitike, slikovne diagnostike ter obravnave otrok in mladine z motnjami telesnega in duševnega razvoja.

V zavodu je zaposlenih 176 strokovnih delavcev in sodelavcev, kar omogoča pokrivanje širokega spektra dejavnosti na primarni in sekundarni ravni.

Načela, na katerih temelji delo v ZD, so usmerjenost v pacienta, celostna obravnava posameznika, usmerjenost v zdravje – preventiva, populacijski pristop, opolnomočenje pacientov in skrb za zaposlene.

2. PREDSTAVITEV DEJAVNOSTI

2.1 Primarno zdravstveno varstvo

2.1.1 Družinska medicina

Storitve izvajamo v šestih ambulantah družinske medicine (ADM), ki imajo 10.000 opredeljenih oseb. V povprečju presegamo plan glavarinskih količnikov za 16 % in plan storitev za 37 %. Preventivne preglede in vodenje kroničnih bolnikov že osem let izvajajo diplomirane medicinske sestre. V delo ADM smo uspešno vpeljali administrativno pomoč zdravstvenih administratorjev v obliki informacijskega centra in s tem omogočili pacientom večino administrativnih storitev za paciente na daljavo.

Zaposlenega imamo dovolj kadra, da vsem občanom obeh občin omogočamo izbiro zdravnika, zagotovili pa bomo tudi nadomeščanje dveh zdravnikov po upokojitvi v letu 2026.

Dve ambulantni imamo organizirani na dislociranih enotah v socialno-varstvenih zavodih. Vzpostavljeno imamo tudi antikoagulantno ambulanto, ki jo izvajamo v sklopu ene ADM. V sodelovanju z lekarno nudimo pacientom tudi storitve farmacevtskega svetovanja.

2.1.2 Zdravstveno varstvo otrok in mladine

Zdravstveno varstvo otrok in mladine izvajamo v 3,5 ambulate, v katerih je opredeljenih 5100 otrok in mladostnikov, kar pomeni preseganje glavarinskih količnikov za 20 %. Na tem področju je največji izziv pomanjkanje pediatrov. V dveh ambulantah opravljajo storitve specialisti družinske medicine, katerim niso priznane kompetence za opravljanje preventivnih pregledov otrok.

Plan preventivnih pregledov dosegamo z zaposlovanjem zunanjih sodelavcev. Izkazujemo nadpovprečne rezultate na področju precepljenosti otrok in mladostnikov ter na področju udeležbe preventivnih pregledov šolarjev in dijakov.

Dodatne storitve nudimo otrokom širše Notranjsko-kraške regije v Razvojni ambulanti in Centru za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM). Izvajamo diagnostiko in obravnave otrok z motnjami v razvoju ter otrok z težavami na področju duševnega zdravlja. Obravnave izvaja multidisciplinarni tim, ki vključuje psihologe, klinične psihologe, socialne delavce, specialne pedagoge, delovne terapevte, nevrofizioterapevte in logopede.

Zaradi pomanjkanja nekaterih profilov na trgu dela je obseg obeh dejavnosti okrnjen in ne sledi potrebam otrok. Kadrovsko dopolnitev pričakujemo v dveh letih, ker smo uspeli napotiti na specializacijo tri psihologe in enega logopeda. Izpad storitev delno nadomeščamo z organizacijo Treninga starševstva in Učenja socialnih veščin.

2.1.3 Center za krepitev zdravja – preventivna dejavnost

Preventivna dejavnost je organizirana v obliki integriranega Centra za krepitev zdravja (CKZ). Nalogi CKZ sta krepitev javnozdravstvene vloge zdravstvenega doma in implementacija nadgradenj preventivnih pregledov otrok in mladostnikov ter odraslih na področju preventive kroničnih bolezni.

Združuje štiri ločene programe, ki pomembno prispevajo k obravnavi tako odraslih kot otrok in so podaljšana roka ambulantnih obravnav.

Preventivna dejavnost je ena od glavnih prioritiet zdravstvene dejavnosti, ki jo izvajamo tako na terenu kot ambulantno in dosega vidne rezultate na zdravju obravnavane populacije.

2.1.4 24-urno zdravstveno varstvo in nujna medicinska pomoč (NMP)

NMP je organizirana kot Satelitski urgentni center (SUC) in nudi storitve nujne medicinske

pomoči 24 ur na dan, vse dni v letu v sestavi: zdravnik specialist družinske ali urgentne medicine, šest reševalcev: štirje v dveh nujnih reševalnih vozilih, en voznik urgentnega zdravnika in en na triaži. Odkar smo vključeni v Dispečersko službo zdravstva, se je število intervencij in prevoženih kilometrov povečalo za 29 %. Poleg urgentnih storitev se je povečalo tudi število nenujnih pregledov, predvsem med vikendi.

SUC je opremljen z 24-urno laboratorijsko diagnostiko, UZ diagnostiko in večino časa tudi RTG diagnostiko.

Izzivi na področju NMP so predvsem finančni, ker pavšal ne zadošča za kritje vseh stroškov. Pohvalimo se lahko z visoko strokovnostjo enote, kar dosegamo z redno zaposlenim kadrom, ki ima na področju NMP dovolj izkušenj in opravljenih izobraževanj. Strokovnost dokazujemo s skrajševanjem dostopnega časa, ki je pod slovenskim povprečjem, ter povečanjem deleža obravnav pacientov z nenujnimi stanji brez napotitev na sekundarni nivo.

NMP Postojna je poznana tudi kot dober organizator strokovnih srečanj za vse urgentne službe Slovenije.

2.1.5 Patronažno varstvo

Zdravstvene storitve na domu izvaja devet patronažnih medicinskih sester na področju zdravstvenega varstva posameznika, družine in skupnosti.

Prednostne naloge patronažnega varstva so izvajanje kurativnih in preventivnih storitev na domu, s ciljem dostopanja do ranljivih skupin starostnikov, kroničnih bolnikov, invalidov, nosečnic in mladih družin z dojenčki.

Patronažne medicinske sestre so pomembne članice timov družinske medicine in pediatrije, tako na področju zdravstvene nege kot tudi pri dostopnosti zdravstvenih storitev na domu. So pomemben vir informacij s terena, kar doprinaša k sprotnemu ocenjevanju potreb prebivalcev na področju zdravstva.

2.1.6 Fizioterapija

Rehabilitacijske dejavnosti izvajamo v obliki osmih programov fizioterapije, od katerih dva izvajamo v dislocirani enoti v Pivki. Z dodatnimi zaposlitvami fizioterapevtov presegamo plan dela preko 25 % in s tem skrajšujemo čakalne dobe.

Pacientom nudimo tudi specialne obravnave limfne drenaže in manualne terapije zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema. Na področju fizioterapije nudimo tudi samoplačniške storitve.

2.1.7 Zobozdravstveno varstvo

Zobozdravstveno varstvo izvajamo v obsegu 1,5 programa za odrasle ter 1 program za otroke in mladostnike. Zobozdravstvene storitve dopolnujemo z ortodontskimi storitvami in specialističnimi storitvami zobne protetike. Na področju zobozdravstva sta največja izziva dolge čakalne vrste (razen za otroke) in pomanjkanje kadra.

Primorani bomo reševati tudi področje zobotehnikov, ker glede na ZZDej ne bomo smeli več sklepati pogodb z zasebniki.

Prednost naše zdravstvene službe je timska obravnava pacienta v sodelovanju s protetikom, ortodontom in zobnim kirurgom, ki dela na isti lokaciji. Program zobozdravstvene preventive izvajamo po šolah in vrtcih za otroke obeh občin.

2.2. Diagnostika

2.2.1 Rentgenska diagnostika

Storitve na RTG oddelku obsegajo rentgensko slikanje skeleta, posameznih organov, trebuha in zob. Letno opravimo 16.500 storitev. Zaradi zelo kratkih čakalnih dob prihajajo v naš zdravstveni dom pacienti iz širše regije, celo ljubljanske.

RTG diagnostika je dostopna 12 ur dnevno med delovnim tednom in trenutno zadošča potrebam.

Kot tržno dejavnost opravljamo RTG storitve za zobozdravnike zasebnike, kar pomembno doprinaša k uravnoteženemu poslovanju te enote.

2.2.2 Laboratorijska diagnostika

Laboratorijsko diagnostiko izvaja šest redno zaposlenih sodelavcev. Laboratorijske storitve obsegajo diagnostiko na področju hematologije, biokemije, nujnih laboratorijskih preiskav in preiskav izločkov, kar zadošča za potrebe vseh dejavnosti zdravstvenega doma ter Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo.

Laboratorijska diagnostika je dosegljiva vse dni v tednu – med vikendom v obliki pripravljenosti. Letno opravimo preko 200.000 storitev, kar se vsako leto povečuje, zato v letu 2026 planiramo širitev laboratorija in avtomatizacijo procesov.

2.3. Specialistične dejavnosti

V Zdravstvenem domu Postojna opravljamo sekundarno zdravstveno dejavnost v specialističnih ambulantah: diabetološka ambulanta 0,4, ortopedska ambulanta 0,49, dermatološka in varikološka ambulanta 0,50 ter kirurška ambulanta 0,20.

V specialističnih ambulantah opravljamo storitve za bolnike širše regije in omogočamo večjo dostopnost specialističnih storitev tako glede na oddaljenost bolnikov kot na časovno dostopnost (strokovno sprejemljive čakalne dobe).

Organizacija teh ambulant je zahtevna, saj pogodbeno zaposlujemo 12 zdravnikov. Letno v specialistični ambulanti opravimo 9.500 pregledov.

2.4 Kadri

Število zaposlenih se zaradi širitve dejavnosti in pridobivanja novih programov vsa leta zvišuje. Od leta 2005 je število zaposlenih zraslo s 65 na 176 delavcev, od tega 31 zdravnikov, 68 zdravstvenih tehnikov in diplomiranih medicinskih sester, 52 ostalih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter 26 delavcev druge stroke. Pogodbeno sodelujemo s 16 zdravniki in 8 zdravstvenimi delavci.

2.5 Podporne službe

Brez podpornih služb – finančno računovodske, kadrovske, pravne, plansko analitske, informatike, administracije, službe za kakovost in tehnične službe – bi zdravstveni dom težko deloval in strokovno-organizacijsko rastel.

3. IZZIVI IN PRILOŽNOSTI PRIMARNE RAVNI PO UVELJAVITVI NOVELE ZZDej-N

Smo v obdobju prehoda z Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) na novelo Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-N). Del določb novele je že implementiran, del pa se še razvija in prilagaja praksi izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Cilji ZZDej-N, ki naj bi se izkazali kot priložnosti, niso še v polnosti zaživel, ker zakon še ni dopolnjen s pravilniki in podzakonskimi akti.

Naj izpostavimo nekatera področja:

- Boljši dostop do zdravstvenih storitev na osnovi mreže javne zdravstvene službe, ki še ni oblikovana.
- Spodbujanje raziskovalne dejavnosti tudi na primarni ravni z možnostjo oblikovanja kliničnega inštituta, vendar še ni določen postopek izvedbe.
- Zakonske osnove za medsebojno sodelovanje med zavodi oziroma uporaba instrumenta »javni poziv«, vendar za to še ni urejeno delovnopravno področje.
- Možnosti sklepanja podjemnih pogodb z lastnimi zaposlenimi, vendar pod omejenimi pogoji.
- Bolj jasna razmejitev med javnim in zasebnim sektorjem (transparentnost), vendar z več omejitv in regulative v javnih zavodih kot pri koncesionarjih (neenakost).
- Spodbujanje tržne dejavnosti – ni še jasnih definicij glede nekaterih pogojev.
- Dodatne zahteve na področju strokovnosti direktorja, strokovnega direktorja in članov sveta zavoda – niso še določene institucije, ki bi uredile dodatna izpopolnjevanja na tem področju, in ni vira.

- Spremembe pogojev za odgovornega nosilca zdravstvenih dejavnosti, kar rešuje dosednji velik izziv na tem področju.
- Kot največji izziv doslej nam pomeni izpolnjevanje ZZDej na naslednjih področjih:
- Spremembe pogojev za direktorja in strokovnega direktorja, ker je zahtevana polna zaposlitev direktorja in vsaj 60-odstotna zaposlitev strokovnega direktorja, kar bomo ob pomanjkanju interesa in kadra težko premostili.
- Spremembe pogodbenih oblik sodelovanja z zunanjimi izvajalci. Posledično lahko pričakujemo ukinitev nekaterih programov in s tem manjšo dostopnost, višje stroške dela po pogodbah in več omejitev nadurnega dela (soglasja).

Kot izvajalec primarne in sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti smo v ZZDej prepoznali prednosti predvsem v večji operativni fleksibilnosti. Ta je omogočala hitro zapolnitev kadrovskih primanjkljajev na področju specialističnih dejavnosti in sprotno prilagajanje pogodb z zunanjimi izvajalci dejanskim potrebam. Sistem plačila po opravljenih storitvah izvajalcev specialistov – in ne pavšalno glede na število ambulant ali število ur – je ustvarjal močnejše ekonomske spodbujevalce za izvajalce specialistične dejavnosti, saj so bili ob enakih stroških za zavod njihovi neto prejemi višji. To je prispevalo k izpolnitvi pogodbenega plana do ZZZS in hkrati omogočilo začasno povečanje obsega storitev nad planom v dejavnostih, kjer je bil tovrsten način plačila predviden. Na ta način smo dodatno prispevali k zmanjševanju čakalnih dob. Čeprav je bilo plačilo izvajalcev višje, pri tem za zavod niso nastajali stroški nadomestil za dopuste in stroški regresov ali bolniških odsotnosti, kar je finančno ugodno vplivalo na poslovanje. Po uveljavitvi ZZDej-N pa se pojavlja ključen izziv – zagotavljanje izvajanja specialističnih programov (v Zdravstvenem domu Postojna so to ortopedija, kirurgija, dermatologija, diabetologija in radiologija), kjer je zaradi majhnega obsega programa in izrazitega pomanjkanja kadra skoraj nemogoče trajno zaposliti ustrezne specialiste.

V obdobju od leta 2022 do konca junija 2025 smo v Zdravstvenem domu Postojna na navedenih programih opravili storitve in preglede, ki so s številkami podani v tabeli spodaj. V kolikor bo zaradi sprememb, določenih v ZZDej-N,

prišlo do izpada storitev in pregledov pacientov, ocenjujemo, da bi ZD Postojna letno izgubil program v vrednosti približno 750.000 EUR oziroma 7 % prihodkov.

Tabela 1: Realizacija in vrednost programov sekundarne zdravstvene dejavnosti od leta 2022 do junija 2025

SEKUNDARNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	Enota mere	Realizacija storitev od l. 2022 do junija 2025	Vrednost programa od l. 2022 do junija 2025 (v EUR)
Diabetologija (0,4 programa)	Točke	86.183	317.030
	Prvi obiski	299	
Ortopedija (0,49 programa)	Točke	116.804	447.925
	Prvi obiski	6.628	
Kirurgija (0,21 programa)	Točke	27.127	154.936
	Prvi obiski	2.108	
Dermatologija (0,5 programa)	Storitve	7.981	359.734
	Celotni pregledi	4.442	
Rentgen (0,6 programa)	Točke	170.397	762.805
SKUPAJ	Točke	400.511	2.042.430
	Prvi obiski	8.736	
	Storitve	7.981	
	Celotni pregledi	4.442	

V primeru, da za vse specialistične programe v ZD Postojna sklenemo podjemne pogodbe namesto pogodb z normiranimi samostojnimi podjetniki, ob pogoju primerljivega neto izplačila, je ocena povečanja stroška dela za ZD 22 %, kar znaša 40.000 EUR letno. Vpliva sprememb na trg dela, ki jih na področju pogodbenega dela prinaša ZZDej, še ni mogoče oceniti.

Podobni izzivi se pojavljajo tudi pri zobozdravstvenih storitvah, zlasti na področju zobne protetike in ortodontije. Trenutno na teh programih sodelujemo z zunanjimi izvajalci – zobnimi tehnikami in inženirji zobne protetike. Po uveljavitvi ZZDej-N takšen način sodelovanja ne bo več dopusten, kar pomeni, da bo treba kader zaposliti neposredno. Poleg kadrovskega

izziva se pojavlja tudi prostorski in investicijski problem, saj je za nove zaposlitve treba zagotoviti dodatne delovne prostore in ustrezno opremo. Zaradi omejenih prostorskih in finančnih zmožnosti to v kratkem obdobju ni izvedljivo. Posledično je izvajanje zobne protetike in ortodontije po uveljavitvi nove zakonodaje v Zdravstvenem domu Postojna negotovo, kar pomeni, da bi se obseg storitev lahko zmanjšal za približno 500.000 EUR letno, kar predstavlja 5 % prihodkov.

Tabela 2: Realizacija in vrednost programov zobozdravstvenih dejavnosti od leta 2022 do junija 2025, brez storitev nege

ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST	Enota mere	Realizacija storitev od l. 2022 do junija 2025	Vrednost programa od l. 2022 do junija 2025 (v EUR)
Zobozdravstvo za odrasle (1,5 programa – brez nege)	Točke	115.215	370.241
Ortodontija (1,0 program)	Točke	227.047	670.859
Specialistična zobna protetika (0,3 programa)	Točke	61.013	234.936
SKUPAJ		403.275	1.276.036

Na področju zagotavljanja zobotehničnih storitev je nujno poiskati rešitve izven okvirov ZZDej (interventni zakon, podaljšanje prehodnega obdobja, sklepanje pogodb s koncesionarji, ki lahko sklepajo pogodbe z nosilci zobne protetike). Po navedbah Ministrstva za zdravje ZZDej-N prinaša številne priložnosti, med drugim večjo transparentnost in boljši nadzor nad kakovostjo storitev. To se odraža v zahtevah po dodatnem poročanju in usklajevanju med javnimi zdravstvenimi zavodi, Ministrstvom za zdravje, svetom zavoda in drugimi deležniki. Zagotavljanje kakovosti je dodatno opredeljeno tudi v Zakonu o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ). Kljub povečanju administrativnih nalog in obveznosti poročanja, pa delež priznanega administrativno-tehničnega kadra ostaja enak, kar ustvarja nesorazmerje med zahtevami in razpoložljivimi viri. Novela uvaja tudi profesionalizacijo vodenja javnih zdravstvenih zavodov, s poudarkom na strokovni usposobljenosti in kompetencah vodstvenega kadra. Direktorji in strokovni direktorji morajo biti po novem v matičnem zavodu zaposleni za polni delovni čas. Za ZD Postojna to pomeni dvig deleža zaposlitve direktorja s 60 % na 100 % in strokovnega direktorja s 40 % na 60 %, kar predstavlja skupno povečanje s 100 % na 160 % in povečanje stroškov dela za približno 53.000 EUR letno. Po trenutno veljavni Uredbi o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev je finančni vir za kritje teh stroškov bistveno manjši od potrebnega. Dodatni izziv bo v manjših zavodih pridobiti kandidata, ki

bi sprejel funkcijo strokovnega direktorja. Brez strokovnega direktorja ni možno zagotoviti nosilca nekaterih dejavnosti, vprašljiva pa je tudi zakonitost delovanja zavoda.

Naslednji ključni izziv prihodnjega obdobja je digitalni razvoj zdravstvenega sistema. Uvajanje digitalnih rešitev na nacionalni ravni poteka prepočasi in ne sledi zahtevam zakonodaje, zato posamezni zavodi samostojno iščejo rešitve pri različnih ponudnikih. Takšen pristop vodi v razdrobljenost informacijskih sistemov, visoke stroške in omejeno kompatibilnost med zavodi. Zato se kaže nujna potreba po vzpostavitvi enotnega državnega informacijskega sistema za vse javne zdravstvene zavode. V Zdravstvenem domu Postojna intenzivno vlagamo v razvoj področja IT – od leta 2022 smo v nakup in vzdrževanje programske ter računalniške opreme investirali 608.000 EUR. Kljub analiziranju trga, pogajanjem in sklepanju večletnih pogodb s ponudniki programskih rešitev je zaradi majhnega števila uporabnikov težko doseči ekonomsko učinkovite cene razvoja programskih rešitev.

Potrebna vlaganja v infrastrukturo in opremo so vse večja, razpoložljivi finančni viri pa omejeni. V preteklih letih smo v ZD Postojna uspešno pridobivali sredstva prek državnih razpisov in projektnega sofinanciranja, pomemben vir financiranja v objekte pa so tudi prihodki od oddaje poslovnih prostorov. Od leta 2022 smo v posodobitev zgradbe in ureditve novih prostorov investirali 635.000 EUR ter v nakup medicinske in nemedicinske opreme 1.020.000 EUR,

skupaj 1.655.000 EUR. Za občini ustanoviteljici predstavljajo tovrstne investicije znaten finančni zalogaj, kar na splošno velja za občine z majhnim številom prebivalcev, a z veliko površino in širokim spektrom upravljanja, saj so njihovi proračuni pogosto premajhni za pokrivanje vseh potreb. Dodatno obe občini in Zdravstveni dom Postojna zagotavljamo investicije v prostore in opremo za izvajanje programov regijskega pomena in specialističnih dejavnosti, namenjenih pacientom iz cele Slovenije. Ker torej Zdravstveni dom Postojna zagotavlja storitve tudi za paciente iz drugih regij, vidimo priložnost v namenskih državnih razpisih za financiranje investicij v zdravstvo, ki bi omogočili dolgoročno stabilno delovanje zavoda.

4. ZAKLJUČEK

Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna ostaja osrednja ustanova na področju primarnega zdravstva v občinah Postojna in Pivka, pa tudi Notranjsko-kraške regije.

Z jasno vizijo in usmerjenostjo v razvoj, tako na strokovnem kot poslovnem področju, imamo cilj nadgraditi svojo prepoznavnost po odličnosti, kakovosti, varnosti, dostopnosti in zglednem odnosu do uporabnikov.

S prilagodljivostjo in aktivnim pristopom do novosti, ki jih prinaša ZZDej-N, verjamemo, da bomo našo organizacijo uspeli prilagoditi zakonu ter izpeljati spremembe zakona, kjer bo to potrebno.

5. 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 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPO-PDVE, 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 in 32/25).
2. *Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)*. Uradni list RS, št. 102/24.
3. *Odlok o ustanovitvi Zdravstvenega doma dr. Franca Ambrožiča Postojna*. Uradni list RS, št. 61/2017.
4. *Statut Zdravstvenega doma dr. Franca Ambrožiča Postojna z dne 5. 4. 2018*.
5. *Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025*. Uradni list RS, št. 13/2025.
6. *Ministrstvo za zdravje (2. 4. 2025). Sprejeta novela Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki krepi javne zdravstvene zavode*. <https://www.gov.si/novice/2025-04-02-sprejeta-novela-zakona-o-zdravstveni-dejavnosti-ki-krepi-javne-zdravstvene-zavode/>

mag. Tomaž Glažar
Zdravstveni dom Idrija



Izzivi osnovnega zdravstva pri izvajanju nujne medicinske pomoči

Povzetek

Nujna medicinska pomoč, ki je organizirana v okviru osnovnega zdravstva, ima veliko prednosti, ima pa tudi slabosti, priložnosti in nevarnosti. Prednost je vsekakor v tem, da je organizirana po potrebah lokalnega prebivalstva. Slabost je v tem, da v večini zdravstvenih domov primanjkuje ustreznega kadra. Zato so tudi različne prakse njenega izvajanja. Nekatere ne zadostijo strokovnim standardom.

Nujna medicinska pomoč, organizirana v zdravstvenem domu, je po zmožnostih na razpolago tudi za nenujne zdravstvene potrebe prebivalcev. S tem je v veliko pomoč ambulantam družinske medicine. Tako organizirana služba ima velik učinek na razvoj in delovanje prvih posredovalcev. Obstaja pa nevarnost, da pride do nepopolnih ekip, kadar nenadoma izpade zdravstveni kader zaradi začasnih ali trajnih odsotnosti.

Sprememba obstoječega sistema zahteva poglobljeno analizo možnosti za vpeljavo novega sistema. Brez te analize obstaja veliko tveganje, da se bo obstoječi nivo nujne medicinske pomoči bistveno zmanjšal.

Abstract

Emergency medical care organized within the framework of primary healthcare offers numerous advantages, but it also presents certain weaknesses, opportunities, and risks. Its primary strength lies in being structured according to the needs of the local population. However, many healthcare centers face a shortage of qualified personnel, resulting in variations in how emergency care is provided. Some of which do not fully meet professional standards.

Emergency medical services based in health centers are, within their capacity, also available for non-urgent medical needs of the population. This arrangement provides valuable support to family medicine practices and significantly contributes to the development and operation of first responders. Nevertheless, there is a potential risk of incomplete or understaffed teams when healthcare workers are suddenly absent due to temporary or permanent reasons.

Any reform of the existing system requires a thorough analysis of the feasibility of introducing a new model. Without such an analysis, there is a considerable risk that the current level and quality of emergency medical care could be substantially diminished.

1. UVOD

Že vrsto let se pri organizaciji nujne medicinske pomoči (NMP) v Sloveniji med seboj borita dva koncepta. Prvi zagovarja lokalni pristop, drugi pa centralizacijo.

Nujna medicinska pomoč se je na lokalni ravni razvila ob dejavnosti ambulant splošne medicine. Osební izbrani zdravniki so svojim pacientom v okviru ordinacijskega časa ali na klic, od doma, nudili tudi nujno medicinsko pomoč. Razvoj nujne medicinske pomoči so vodili zdravniki splošne medicine iz osnovnega zdravstva. Prvi pravilnik nujne medicinske pomoči je za Zdravstveni dom Kranj izdelal zdravnik splošne medicine Ciril Armeni že leta 1975.¹ Odbor za nujno medicinsko pomoč v okviru Skupnosti zdravstvenih delovnih organizacij so skoraj v celoti sestavljali zdravniki splošne medicine. Na drugem posvetu, ki ga je odbor organiziral leta 1979, so med drugim zapisali: »... glavno breme NMP nosi osnovno zdravstveno varstvo in še posebej splošna medicina. /.../ Potrebno je doseči strokovno enotnost za nudenje NMP; usklajevanje naj izvede Slovensko zdravniško društvo in njegove strokovne sekcije.«²

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je v Sloveniji potekalo veliko aktivnosti za vzpostavitev dodatnih izobraževanj za zdravnike na področju nujne medicinske pomoči. V ta prizadevanja se je vključil tudi Zvezni odbor za NMP, ki je decembra 1988 predlagal program specializacije iz urgentne medicine. Slovenski zdravniki so predlagano specializacijo odklonili zaradi negativnih izkušenj, ki so jih imeli po centrih NMP v drugih republikah.³

- V centrih za NMP so izredno težko zadržali zdravnike za več let. V njih so delovali predvsem mladi zdravniki, ki so čakali na druge specializacije.
- Stalno delo v NMP je izredno naporno. Že po nekaj letih so se začeli kazati negativni vplivi na zdravje.
- S službo NMP je treba pokrivati večja območja – od centra do periferije. Zato je koncentracija v mestu, kjer je bil sedež centra NMP, pomenila siromašenje periferije in

zmanjševanje učinkovitosti, predvsem zaradi daljšega časa za prihod in nepoznavanja terena.

Kljub temu se je v prvi polovici prejšnjega desetletja v okviru Ministrstva za zdravje začel formalno razvijati sistem centraliziranja nujne medicinske pomoči v urgentnih centrih. Zanesljivo ima ta ideja nekatere prednosti, ki jih decentralizirani sistem nujne medicinske pomoči ne more zagotoviti. Seveda pa tak sistem prinaša tudi slabosti in predvsem nevarnosti, ki jih ne bi smeli zanemarjati. Prvi osnutki Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči, ki je bil sprejet leta 2015, so predvidevali ukinitve službe nujne medicinske pomoči na lokalni ravni. Sprejeti pravilnik je v 3. členu predvidel, da je izvajalec službe NMP javni zdravstveni zavod, ki službo NMP izvaja v organizacijski obliki urgentnega centra, satelitskega urgentnega centra in mobilne enote na terenu.⁴

Rešitev je bila sprejeta brez resne pisne študije ali analize, kaj to lahko pomeni za stabilnost celotnega sistema nujne medicinske pomoči. Brez daljšega prehodnega obdobja so avtorji želeli preobraziti desetletja razvijajoči se sistem nujne medicinske pomoči na lokalni ravni v centraliziran sistem, ki je vezan na urgentne centre. Kljub prehodnemu obdobju se je služba nujne medicinske pomoči na lokalni ravni obdržala do današnjega dne.

V tem trenutku se ponovno izvajajo dejavnosti za centralizacijo službe nujne medicinske pomoči. Pričakujemo, da bodo ustvarjalci novega sistema korektno pripravili analizo prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti novega sistema. Kot vzorec je v nadaljevanju predstavljena analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti organiziranja službe nujne medicinske pomoči v lokalni skupnosti.

¹ Košir (2001), str. 215.

² Košir (2001), str. 216.

³ Košir (2001), str. 220.

⁴ Pravilnik o NMP (2015).

2. PREDNOSTI

Velika prednost lokalno organizirane nujne medicinske pomoči je v prilagajanju lokalnim posebnostim prebivalstva in terena. Ta prednost se posebej izkaže v redko naseljenih in obsežnih območjih izven urbanih središč. Ekipe nujne medicinske pomoči dobro poznajo teren in njegove posebnosti. Dobro poznajo paciente, zato se primerno odzivajo na njihove klice na pomoč. Brez večjih tveganj znajo presoditi, ali mora ekipa na teren z vsemi mobilnimi enotami ali ne. Zato so njihove zmogljivosti racionalno razporejene in ne tratijo svojih moči za nepotrebne intervencije. Dostop na lokacijo je hitrejši.

Statistike kažejo, da je v nekaterih območjih relativno malo nujnih primerov. To so predvsem redko naseljena področja, kjer so dostopni časi praviloma dolgi. Pomembno je, da je tim nujne medicinske pomoči na razpolago, ko je potrebno. Med tem, ko ekipe čakajo na intervencije, opravljajo preglede akutno obolelih in lažje poškodovanih pacientov. Opravijo obiske na domu in tudi mrliške ogleda.

V časih kroničnega pomanjkanja zdravnikov je to izredno pomemben prispevek k dostopnosti zdravstvenih storitev v osnovnem zdravstvu. Tako se ne dogaja, da se nenujna stanja spremenijo v nujna. Obravnava pacientov z nenujnimi zdravstvenimi težavami v okviru službe nujne medicinske pomoči zmanjšuje njihov obisk v urgentnih centrih.

Služba nujne medicinske pomoči, ki je organizirana v okviru zdravstvenega doma, omogoča dobre povezave z drugimi dejavnostmi v zdravstvenem domu. Na področju diagnostike so to predvsem laboratorijske, radiološke in druge preiskave. Zelo močna povezava je z ambulantami družinske medicine, saj njihova medsebojna kadrovska in strokovna povezava močno koristi predvsem pacientom. Tako kot dela v ambulanti tudi zdravljenja na domu ni mogoče v celoti ločiti od nujne medicinske pomoči.⁵ Ko so v obravnavi zelo mladi oz. otroci, je zelo pomemben neposreden kontakt s pediatri v otroških in

šolskih dispanzerjih. Klic pediatra tudi takrat, ko le-ta ni v službi, ni nič nenavadnega.

Služba nujne medicinske pomoči in dežurna služba sta popolnoma prepleteni. Ta prednost pomeni prihranek pri kadru in predvsem bolj kakovostno dostopnost zdravstvenih storitev za paciente vsak dan, 24 ur na dan. Čeprav sta ti dejavnosti formalno ločeni, se v praksi zaposleni medsebojno pokrivajo, če je potrebno.

Za opravljanje službe nujne medicinske pomoči primanjkuje zdravnikov, enako kot v drugih temeljnih dejavnostih osnovnega zdravstva. Zato večino dejavnosti z dežurstvi pokrivajo zdravniki družinske medicine. 60 odstotkov mreže nujne medicinske pomoči in dežurne službe pokrivajo izbrani osebni zdravniki.⁶ Zdravniki iz zdravstvenega doma in koncesionarji, ki se morajo vključevati v nujno medicinsko pomoč, včasih ne zadostujejo za vse termine. Mnogi zdravstveni domovi si pomagajo z zdravniki iz drugih okolij in s svojimi specializanti, a včasih niti to ne zadostuje. V teh primerih prihaja do izraza pripadnost zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja svoji lokalni skupnosti. Pripravljeni so dežurati tudi po več kot 70 ur na mesec, če ne gre drugače. Tudi kadar pride do nenadnega izpada zaposlenih, se vedno najde ustrezna zamenjava. To je velika prednost v teh časih. V marsikaterem lokalnem okolju je to edina rešitev, da se zagotovi celotna ekipa nujne medicinske pomoči 24/7.

Delo v nujni medicinski pomoči je zahtevno. Delo se opravlja podnevi in ponoči, preko vikendov in praznikov. Zato je dokaj normalno, da si tudi tisti, ki stalno delajo v službi nujne medicinske pomoči, z leti želijo bolj umirjenega delovnega okolja. V okviru zdravstvenega doma imajo več možnosti. Če imajo ustrezno specializacijo, se lahko preselijo na ambulantno delo. Ker je v nujno medicinsko pomoč vključena večina zdravnikov s specializacijo družinske medicine, s tem prehodom ni nobenih težav, saj teh zdravnikov primanjkuje.

⁵ Košir (2001), str. 222.

⁶ Strokovna izhodišča za prenovo sistema NMP (2023), str. 7.

3. SLABOSTI

Največja težava pri zagotavljanju nujne medicinske pomoči na lokalni ravni je pomanjkanje zdravnikov. Samo v večjih urbanih središčih lahko organizirajo samostojne ekipe nujne medicinske pomoči. V delo te dejavnosti se morajo preko dežurstev vključevati zdravniki, ki imajo sicer svoje ambulate. Zdravniki družinske medicine ali pediatrije, ki si ne želijo opravljati dela v dežurni službi, si izberejo delodajalca, kjer se lahko tem obveznostim izognejo. Zato nekatera okolja ne morejo privabiti novih zdravnikov. Ponekod se še vedno dogaja, da morata zdravnik in medicinska sestra delati istočasno na dveh deloviščih, kar je nesprejemljivo.

Pomanjkanje zdravnikov je razlog za finančni primanjkljaj v dejavnosti nujne medicinske pomoči. Razlog je v tem, da mora zdravstveni dom plačevati veliko število nadur in supernadur. Tudi zunanji sodelavci so praviloma »dražji«, kot so zaposleni v zdravstvenem domu. Vsi ti dodatni stroški niso predvideni v normativih, ki jih plačuje ZZSZS.

Finančni primanjkljaj v službi nujne medicinske pomoči nastaja tudi zaradi prenizko vrednotenih materialnih stroškov in amortizacije. Sodobne smernice za opremo in zgradbe, ki jih je sprejelo Ministrstvo za zdravje, niso upoštevane pri določanju cen zdravstvenih storitev nujne medicinske pomoči. Prav tako v zadnjih treh letih ni priznana revalorizacija, kar dodatno vpliva na neprimerno financiranje te dejavnosti.

Zaradi nezadovoljive strokovne, kadrovske in finančne nepokritosti službe nujne medicinske pomoči prihaja do razlik med izvajalci. Nekateri se morajo zadovoljiti s kadrom, ki ni primerno usposobljen. Finančna stiska se pozna tudi pri zagotavljanju ustrezne opreme in slabši kakovosti materialov. Zato se pri izvajanju službe nujne medicinske pomoči še vedno dogajajo slabe prakse.

4. PRILOŽNOSTI

Redno zaposleni na delovišču službe nujne medicinske pomoči so ustrezno usposobljeni za izvajanje te dejavnosti. Zato svoje znanje lahko prenašajo tudi na ostale sodelavce in sodelavke v zdravstvenem domu. Izobražujejo in trenirajo jih za temeljne postopke oživljanja in odziv na druga nujna stanja. Tovrstna izobraževanja in izpopolnjevanja se lahko stalno ponavljajo, enkrat ali celo večkrat letno. Tisti, ki sicer niso zaposleni na delovišču nujne medicinske pomoči, se pa vključujejo v delo te službe, morajo opraviti tudi ustrezna zunanja izobraževanja.

Ekipe nujne medicinske pomoči, organizirane na lokalni ravni, so pomemben dejavnik pri načrtovanju in organiziranju mreže prvih posredovalcev, obenem pa le-te izobražujejo in jim ponekod zagotavljajo tudi materialna sredstva za njihovo delovanje. Lokalno okolje lažje sprejme pobude za vključevanje v dejavnost prvih posredovalcev, kadar to dejavnost promovirajo zdravstveni delavci iz lokalnega okolja. Bolj uspešna je povezava zdravstvenega doma, občine, krajevne skupnosti in gasilskega društva s prvimi posredovalci kot pa povezava z državno ali regijsko organizacijo in prvimi posredovalci. S tem se zagotavlja stabilnejše delovanje prvih posredovalcev in zmanjša fluktuacija prostovoljcev.

Z razbremenitvijo ambulant družinske medicine na račun pregledov v ambulantni nujne medicinske pomoči lahko zdravniki družinske medicine namenijo večjo pozornost kroničnim bolnikom in preventivni zdravstveni dejavnosti. Na ta način zmanjšujejo število nujnih primerov. Tisti zdravstveni domovi, ki imamo izkušnje s pomanjkanjem zdravnikov v ambulantah družinske medicine, ugotavljamo, da se je povečalo število nujnih intervencij zaradi kroničnih pacientov.

5. NEVARNOSTI

V zdravstvenih domovih, kjer je pomanjkanje zdravnikov, obstaja veliko tveganje, da za določene izmene ne bo mogoče zagotoviti zdravnika. To se je v posameznih primerih že dogajalo. Ob pomanjkanju zdravnikov je zelo težko nadomestiti izredni izpad v primeru nenadne odpovedi zaradi bolezni zdravnika, ki bi moral dežurati. Zato se pogosto dogaja, da mesta v nujni medicinski pomoči zasedejo zdravniki, ki niso dovolj usposobljeni za kakovostno izvajanje te službe. Zaradi tega obstaja tveganje, da nujni pacienti ne bodo ustrezno oskrbljeni.

Pomanjkanje diplomiranih zdravstvenikov trenutno še ni tako kritično kot pomanjkanje zdravnikov. Ker se je povečala potreba po njih tudi v nujni medicinski pomoči, obstaja nevarnost, da jih v prihodnje ne bo možno zagotoviti v zadostnem številu.

6. ZAKLJUČEK

Navedena kratka analiza kaže na to, kako občutljiv in pomemben je sistem nujne medicinske pomoči, ki je organiziran na lokalni ravni v okviru zdravstvenih domov. Spremembe tega sistema zahtevajo poglobljeno analizo in predlog rešitev, ki mora zajeti najmanj:

- število potrebnih enot nujne medicinske pomoči po različnih velikostnih skupinah,
- število zaposlenih po teh enotah in po poklicnih skupinah ter skupno za vso Slovenijo,
- kako in v kakšnem časovnem obdobju bo možno pridobiti celoten potreben kader,
- kakšna oprema in prostori so potrebni, koliko tovrstne opreme in prostorov ter kakšno je stanje za vsako lokacijo posebej,
- finančne kalkulacije stroškov zaposlenih, materiala in storitev ter zgradb in opreme, ki poleg neposrednih stroškov vključujejo tudi posredne stroške upravljanja, nabave idr.,
- sistem izobraževanja,
- karierni razvoj zaposlenih,
- vključitev nenujnih in sanitetnih prevozov v novo rešitev,

- kako bo sprememba vplivala na druge zdravstvene dejavnosti v lokalni skupnosti,
- kako bo poskrbljeno za razvoj in organiziranje prvih posredovalcev,
- ocena prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti,
- plan druge variante sistema, če se predlagani ne more izvesti, ter
- odgovorne osebe in organizacije v primeru poslabšanja trenutnega stanja nujne medicinske pomoči.

Prepričan sem, da se sistem nujne medicinske pomoči mora razvijati in da je nekatere njegove dele že danes mogoče centralizirati na državni ravni. To velja predvsem za helikoptersko nujno pomoč in dispečerske centre. Predlagam pa, da se z vso previdnostjo pristopi k prenosu dejavnosti nujne medicinske pomoči z lokalne na državno raven. Predvsem pa je treba pri prenosu zagotoviti ustrezno prehodno obdobje, v katerem bo možno testirati novi sistem na manjših območjih, preden se uveljavi na celem ozemlju Republike Slovenije. Menim, da je sistem nujne medicinske pomoči v Sloveniji na zelo visoki ravni, čeprav ima tudi slabosti. Zaradi rešitev, ki so dobre, a jih ne moremo uveljaviti zaradi pomanjkanja kadrov in drugih razlogov, ne smemo ogroziti tega sistema.

7. VIRI IN LITERATURA

1. Košir, Tone: *Splošna medicina v Sloveniji, zgodovinski pregled do leta 1992, Združenje za splošno/družinsko medicino, Ljubljana 2001.*
2. *Pravilnik o nujni medicinski pomoči, Uradni list RS, št. 81/15, Ljubljana 2015*
3. *Strokovna izhodišča za prenovo sistema NMP, <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/Strokovna-izhodišca-za-prenovo-sistema-NMP-april-2023.pdf>, 2023*

BELEŽKE

[illegible]

Dominika Oroszy
Univerzitetni klinični center Ljubljana



Spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev po merilih mednarodnega združenja za kakovost v medicini IQM

Povzetek

Prispevek predstavlja metodologijo mednarodnega združenja za kakovost v medicini IQM za spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev. Osredotoča se na sistem kazalnikov G-IQI (German Inpatient Quality Indicators), ki omogoča merjenje in primerjavo kakovosti bolnišničnih obravnav na podlagi rutinskih podatkov.

Kazalniki G-IQI zajemajo različna področja: bolnišnično umrljivost, standardizirano stopnjo umrljivosti (SMR), procesne kazalnike, kazalnike zapletov, kazalnike obsega in zakonsko predpisan minimalni obseg storitev. SMR omogoča primerjavo med bolnišnicami ob upoštevanju dejavnikov tveganja pacientov, kar zagotavlja pravičnejšo oceno rezultatov.

Pomembno je razumevanje, da statistično odstopanje rezultatov kazalnikov ne pomeni nujno slabše kakovosti, ampak predstavlja izhodišče za poglobljene analize in kolegialne presoje (peer review). Te analize omogočajo odkrivanje priložnosti za izboljšave na strokovni, procesni in strukturni ravni.

UKC Ljubljana je 1. 1. 2025 postal redni član združenja IQM, javna objava rezultatov kazalnikov pa je predvidena v letu 2026. Metodologija prispeva k transparentnosti zdravstvene obravnave in mednarodni primerljivosti rezultatov ter spodbuja kulturo stalnega izboljševanja kakovosti zdravstvenih storitev.

Abstract

This article presents the methodology of the Initiative for Quality in Medicine (IQM) for monitoring the quality of healthcare services. It focuses on the G-IQI (German Inpatient Quality Indicators) system, which enables measurement and comparison of hospital care quality based on routine data.

The G-IQI indicators cover various areas: hospital mortality, standardized mortality ratio (SMR), process indicators, complication indicators, volume indicators, and legally mandated minimum volumes. SMR enables comparison between hospitals while accounting for patient risk factors, ensuring a fairer assessment of outcomes.

It is important to understand that statistical deviation in indicator results does not necessarily indicate lower quality, but rather serves as a starting point for in-depth analyses and Peer Reviews. These analyses enable the identification of improvement opportunities at professional, process, and structural levels.

University Medical Centre Ljubljana became a regular member of the IQM Association on 1 January 2025, with public disclosure of indicator results planned for 2026. The methodology contributes to healthcare transparency, international comparability of results, and promotes a culture of continuous quality improvement in healthcare services.

1. UVOD

Merjenje kakovosti zdravstvenih storitev predstavlja temelj za sistematično izboljševanje zdravstvenih sistemov, optimizacijo procesov in zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave pacientov.

V UKC Ljubljana smo v okviru članstva v mednarodnem združenju IQM (Initiative Qualität-smedizin) pričeli z implementacijo strukturiranega pristopa k spremljanju in izboljševanju kakovosti, ki temelji na enotni metodologiji in mednarodno primerljivih kazalnikih kakovosti. Pri uvajanju metodologije IQM ima pomembno vlogo vodstvo bolnišnice, saj transparentnost rezultatov zahteva odprtost za sprejemanje kritike, samozavest in pogum. Sodelovanje vseh odgovornih, posloводства, stroke in vseh zaposlenih je pri uvedbi pristopa nepogrešljivo.

2. METODOLOGIJA IQM

Metodologija IQM predstavlja sistematičen pristop k merjenju in izboljševanju kakovosti zdravstvenih storitev in sloni na treh temeljih:

1. merjenje kakovosti na osnovi rutinskih podatkov,
2. transparentnost rezultatov z javno objavo,
3. stalno izboljševanje kakovosti s kolegijskimi presojami.

Metodologija je natančneje opredeljena v Priročniku IQM (1).

2.1 Prednosti merjenja kakovosti z rutinskimi podatki

Akutne bolnišnične obravnave spremljamo z rutinskimi podatki za obračun zdravstvenih storitev (MKB diagnoze, KTDP klinični postopki, starost, spol, ležalna doba, stanje ob odpustu, premestitve itd.) in tako ne predstavljajo dodatne obremenitve za dokumentacijo kazalnikov (2).

- Podatki so preverjeni s strani državnih institucij (zavarovalnice, zunanje inšpekcije) in zajemajo vse bolnišnične obravnave v tekočem letu.

- Kazalniki kakovosti G-IQI (German Inpatient Quality Indicators) zajamejo 50 % vrst zdravstvenih obravnav v bolnišnici, medtem ko nacionalni kazalniki zajamejo okoli 20 % bolnišničnih obravnav.
- Interna analiza rezultatov G-IQI omogoča mednarodno primerljivost bolnišnic glede na raven zdravstvene obravnave in lastništvo bolnišnic (sekundarne, terciarne, univerzitetne, javne in zasebne) ter prikaže pričakovani rezultat glede na lastno populacijo obravnavanih pacientov.

2.2 Transparentnost rezultatov

Članice združenja IQM so zavezane k javni objavi rezultatov kazalnikov:

- Notranja transparentnost omogoča kvalitativno razpravo o rezultatih kazalnikov in iskanje priložnosti za izboljšave ter opredelitev aktivnosti in merjenje njihove učinkovitosti.
- Zunanja transparentnost z javno objavo rezultatov pa kaže na pripravljenost za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, saj dobri rezultati predstavljajo motivacijo za objavo, nedoseganje pričakovanih rezultatov pa nujnost za uvedbo izboljšav zdravstvene obravnave.

2.3 Stalno izboljševanje kakovosti z medsebojnimi kolegijskimi presojami (peer review)

Kolegijske presoje z individualno analizo celotnega procesa zdravstvene obravnave predstavljajo nepogrešljivi del stalnega izboljševanja kakovosti. Bolnišnice, ki so članice združenja IQM, so zavezane sodelovati v kolegijskih presojah ter predlagati ustrezne in usposobljene presojevalce.

Značilnosti kolegijskih presoj so:

- izvaja jih klinično aktivno zdravstveno osebje (zdravniki in zdravstvena nega) ter odgovorni za kakovost,
- sistematična analiza procesov/organizacije/strukture bolnišnice,
- opredelitev možnih izboljšav na osnovi pregleda zdravstvene dokumentacije, ogleda enote in dialoga z vodstvom presojanega oddelka.

3. GERMAN INPATIENT QUALITY INDICATORS (G-IQI)

German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) predstavljajo celovit sistem kazalnikov kakovosti, ki temeljijo na rutinsko zbranih administrativnih podatkih akutnih bolnišničnih obravnav. Sistem G-IQI je bil razvit na osnovi ameriških kazalnikov AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ter prilagojen nemškemu sistemu kodiranja in zdravstvene obravnave.

Sistem G-IQI vključuje 495 kazalnikov, ki pokrivajo široko področje bolnišničnih obravnav:

- kirurška področja: abdominalna kirurgija, srčno-žilna kirurgija, travmatologija in ortopedija, nevrokirurgija, torakalna kirurgija, urologija,
- internistična področja: kardiologija, gastroenterologija, nevrologija, pnevmologija, nefrologija, geriatrija,
- ginekologija in porodništvo: kazalniki porođništva in ginekoloških posegov,
- pediatrija: posebni kazalniki za otroško populacijo,
- kompleksna bolezenska stanja: mehansko predihavanje, sepsa itd.,
- urgentna medicina: kazalniki za urgentne zdravstvene obravnave.
- Sistem kazalnikov G-IQI vključuje sledeče vrste kazalnikov:

3.1 Bolnišnična umrljivost

Definicija: Delež pacientov, ki so umrli med bolnišnično obravnavo s specifično diagnozo ali po specifičnem posegu.

Predstavlja kazalnik izida zdravljenja za bolezenska stanja z visokim tveganjem (na primer umrljivost pri akutnem miokardnem infarktu, umrljivost pri možganski kapi, umrljivost po aortokoronarnem premostitvenem posegu).

3.2 Standardizirana stopnja umrljivosti – SMR (Standardized Mortality Ratio)

Definicija: Razmerje med opazovano umrljivostjo v bolnišnici in pričakovano umrljivostjo, prilagojeno za dejavnike tveganja (starostne skupine, spol, drugi dejavniki).

To omogoča pravičnejšo primerjavo rezultatov glede na dejavnike tveganja populacije obravnavanih pacientov (3).

Izračun SMR: $SMR = (\text{opazovana umrljivost} / \text{pričakovana umrljivost})$

Razlaga SMR je sledeča:

- $SMR = 1$ pomeni, da je umrljivost enaka pričakovani vrednosti,
- $SMR < 1$ pomeni boljši rezultat od pričakovane vrednosti,
- $SMR > 1$ pomeni slabši rezultat od pričakovane vrednosti.

3.3 Opazovane vrednosti

Pri nekaterih kazalnikih iz različnih razlogov ne moremo iz rezultata neposredno sklepati na kakovost zdravstvene obravnave, na primer pri majhnem številu zapletenih operacij. V tem primeru se spremljajo rezultati, ki omogočajo interne poglobljene analize.

3.4 Drugi rutinski podatki

Nekateri podatki, kot so premestitve in povprečna ležalna doba za posamezna bolezenska stanja, predstavljajo pomemben kazalnik kakovosti poteka procesov in tudi posredno kažejo na kakovost zdravstvene obravnave.

3.5 Procesni kazalniki in kazalniki zapletov

V dialogu s stroko so opredeljeni tudi procesni kazalniki, kot so različne tehnike operacij, delež konverzij ali delež zapletov pri določenih postopkih. Ponekod, kjer je strokovno relevantno, se določijo ciljne vrednosti ali pa se spremlja zgolj rezultat.

3.6 Kazalniki obsega

Definicija: Kazalniki, ki merijo število izvedenih posegov ali obravnavanih primerov določenega zdravstvenega stanja v bolnišnici.

Število izvedenih posegov ali obravnav lahko služi za opredelitev specializiranih centrov, so podpora odločitvam pri centralizaciji kompleksnih posegov in predstavljajo tudi kontekst pri interpretaciji rezultata kazalnika.

3.7 Zakonsko predpisan minimalni obseg zdravstvenih storitev

Definicija: V Nemčiji je zakonsko določeno minimalno letno število posegov, ki jih mora bolnišnica izvesti za pridobitev programa izvajanja določenih kompleksnih posegov.

Namen je zagotoviti, da kompleksne posege izvajajo le centri z zadostno izkušnostjo in ustrezno infrastrukturo (kader, oprema in prostori).

4. ALI S KAZALNIKI G-IQI MERIMO KAKOVOST ALI LE STATISTIČNO Odstopanje?

Pomembno je razlikovati med statističnim odstopanjem rezultata kazalnika od pričakovane vrednosti in dejansko kakovostjo zdravstvene obravnave. Neposredno sklepanje na slabšo kakovost zdravstvene obravnave zgolj na podlagi nedoseganja pričakovanega rezultata kazalnika ni možno brez poglobljene individualne analize bolnišničnih obravnav.

Statistično odstopanje rezultatov kazalnikov G-IQI predstavlja zgolj izhodiščni kriterij za poglobljene analize v bolnišnicah (MM konferenca, samoocena, notranje presoje), s katerimi opredelimo priložnosti za izboljšave (4).

Združenje IQM na podlagi statistično pomembnih odstopanj v letnih rezultatih kazalnikov posameznih bolnišnic oblikuje načrt kolegijskih presoj (peer review).

Med presojo strokovnjaki različnih disciplin in poklicev skupaj z vodstvom bolnišničnega oddelka identificirajo konkretne priložnosti za izboljšave na treh ravneh:

- strokovna raven: izboljšave v kliničnih protokolih in standardih zdravljenja,
- procesna raven: optimizacija delovnih procesov in organizacije dela,
- strukturna raven: izboljšave v infrastrukturi, kadrovske zasledbe in opremi.

Tako statistično odstopanje rezultatov kazalnikov ne predstavlja »slabe ocene«, ampak izhodišče za sistematično izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev skozi strukturiran proces učenja in izmenjave dobrih praks.

5. UVEDBA METODOLOGIJE IQM V UKC LJUBLJANA

UKC Ljubljana je 1. 1. 2025 postal redni član združenja IQM in s tem prevzel zaveze k spremljanju kazalnikov G-IQI iz rutinskih podatkov. Uvedba celotne metodologije poteka postopoma in v več fazah, javna objava rezultatov kazalnikov G-IQI pa je predvidena v letu 2026.

5.1 Izzivi implementacije

Med ključne tehnične izzive uvajanja metodologije sodi priprava podatkovne baze za analizo kazalnikov, ki zahteva nabor različnih podatkov za vsako posamezno zdravstveno obravnavo. Trenutno poteka tudi preslikava šifrantov kliničnih postopkov s strani stroke, sledi preverjanje ustreznosti podatkovne baze in nato analiza posameznih kazalnikov.

5.2 Proces analize in objave rezultatov

Analiza anonimiziranih podatkov poteka centralizirano na ravni združenja IQM za vse sodelujoče bolnišnice, kar zagotavlja enotno metodologijo in primerljivost rezultatov. Po zaključeni analizi združenje IQM posreduje rezultate posameznim bolnišnicam.

Rezultati kazalnikov so nato objavljeni na dveh ravneh:

- na intranetni strani Združenja IQM za interno uporabo in primerjave med članicami,
- na javno dostopni spletni strani posamezne bolnišnice za transparentnost do pacientov in drugih deležnikov.

6. ZAKLJUČEK

Spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev na osnovi kazalnikov G-IQI predstavlja pomemben korak k transparentnosti rezultatov zdravstvene obravnave. Mednarodno poenotena metodologija kazalnikov omogoča primerljivost med bolnišnicami in določitev pričakovane vrednosti za lastno ustanovo, kar je ključnega pomena za objektivno ocenjevanje kakovosti zdravstvenih storitev.

Veliko dodano vrednost predstavlja standardizirana stopnja umrljivosti (SMR), ki upošteva dejavnike tveganja pacienta in s tem omogoča objektivnejšo oceno rezultata. Ta pristop zagotavlja, da primerjave med bolnišnicami upoštevajo razlike v kompleksnosti primerov in demografskih značilnostih pacientov.

Kazalniki G-IQI ne predstavljajo zgolj numeričnih vrednosti za primerjavo, ampak služijo kot izhodišče za poglobljene notranje in zunanje analize (peer review) področij, kjer je prisotno statistično pomembno odstopanje od pričakovanih vrednosti kazalnika. Poglobljene analize rezultatov omogočajo odkrivanje priložnosti izboljšav na strokovni, procesni in strukturni ravni ter spodbujajo medsebojni prenos znanja in učenje med ustanovami.

Javna objava rezultatov G-IQI kazalnikov kakovosti zagotavlja transparentnost kakovosti zdravstvene obravnave za paciente in druge deležnike, kar prispeva k večjemu zaupanju v zdravstveni sistem in omogoča informirane odločitve. Implementacija metodologije IQM v UKC Ljubljana tako predstavlja pomemben mejnik v razvoju kulture kakovosti in odgovornosti do vseh uporabnikov zdravstvenih storitev.

7. VIRI IN LITERATURA

1. Martin, J., Braun, J-P, Zacher, J.: *Handbuch IQM (3. Auflage)*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2023.
2. Nimptsch U., Assenmacher D., Cools A., Mansky T.: *G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.5. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2022. Working Papers in Health Services Research Vol. 8., Technische Universität Berlin, 2024.*
3. Schwarzkopf D., Nimptsch U., Graf R., Schmitt J., Zacher J., Kuhlen R.: *Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten – ein Werkstattbericht. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 163, 1–12, 2021.*
4. Mansky T., Völzke T., Nimptsch U.: *Improving outcomes using German Inpatient Quality Indicators in conjunction with peer review procedures. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 109(9–10), 662–70, 2015.*
5. Krahwinkel W., Rink O., Liebetrau M., Günther M., Schuler E., Kuhlen R.: *10 Jahre Peer Review – Verbesserung der medizinischen Behandlung durch Qualitätsindikatoren aus Routinedaten., Dtsch Med Wochenschr 136, 2083–8, 2011.*

BELEŽKE

[illegible]

doc. dr. Alenka Kovačič
Splošna bolnišnica Murska Sobota



Trg zdravil v Sloveniji

Povzetek

Celotna vrednost javno financiranih zdravil v Sloveniji je leta 2023 znašala 969,7 milijona EUR, kar je 6,5 % več kot leta 2022, in še vedno raste. Od leta 2016 so se izdatki povečali za 58,0 %. Rast vrednosti trga je posledica predvsem dražjih in novejših terapij. Povprečna veleprodajna cena (VPC) se je v obdobju 2016–2022 zvišala za 45 %, na 16,17 EUR leta 2022. Zdravila z VPC nad 2.000 EUR na škatlo vrednostno obsegajo 26,2 % trga, količinsko pa 4,8 % zdravil. Količinska prodaja se je v obdobju 2016–2022 povečala za le 2 %, vrednostno pa za skoraj polovico (48 %). Zdravila s seznama B so draga bolnišnična zdravila (cena priporočenega odmerka presega 5.000 EUR letno). Njihovi stroški so leta 2023 dosegli 163,7 milijona EUR (+13,1 % glede na 2022). Zdravila s seznama A so ampulirana in nekatera druga zdravila, ki se uporabljajo izključno ambulantno. Njihovi stroški so leta 2023 znašali 27,3 milijona EUR (+3,9 % glede na 2022). Razvoj gre v smeri ambulantnega zdravljenja z dražjimi zdravili, ki se aplicirajo doma (tablete, peresniki), kar povečuje vrednostno rast v lekarnah. V letu 2023 je vsak prebivalec Slovenije v povprečju prejel 9,6 recepta v skupni vrednosti 356 EUR. Največ receptov je bilo predpisanih za zdravila za bolezni srca in ožilja (24,5 % vseh receptov), živčevje (19,4 %) ter prebavila in presnovo (14,7 %). Največ receptov na 1.000 prebivalcev je bilo izdanih v pomurski regiji, najmanj pa v osrednjeslovenski. Trg zdravil brez recepta in ostalih OTC izdelkov je v prvi polovici leta 2025 skupno znašal 98,3 milijona EUR.

Abstract

The total value of publicly funded medicines in Slovenia amounted to 969.7 million EUR in 2023, which is 6.5% more than in 2022 and also grows in the future. Since 2016, expenditure has increased by 58.0%. The growth in market value is primarily due to more expensive and newer therapies. The average wholesale price (VPC) increased by 45% in the period 2016–2022, reaching 16.17 EUR in 2022. Medicines with a VPC over 2,000 EUR per box account for 26.2% of the market value and 4.8% of the quantity of medicines. Quantitative sales increased by only 2% in the period 2016–2022, while the market size increased in value by almost half (48%). Medicines on List B are expensive hospital drugs (the price of the recommended dose exceeds 5,000 EUR annually). Their costs reached 163.7 million EUR in 2023 (+13.1% compared to 2022). Medicines on List A are ampoule and some other drugs used exclusively in outpatient settings. Their costs amounted to 27.3 million EUR in 2023 (+3.9% compared to 2022).

1. ZDRAVILA IN OBLIKOVANJE CEN ZDRAVIL V SLOVENIJI

Slovenija ima javno financiran sistem OZZ. ZZZS skrbi za zdravstveno zavarovanje in vključitev zdravil v sistem povračila izdatkov. Preden se zdravila uvrstijo na seznam povračil, se ocenijo njihova klinična učinkovitost, varnost in stroškovna učinkovitost (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZ-VZZ)). V Sloveniji je zdravstveni sistem splet deležnikov, ki so v njem povezani z določenimi pravili ter tako delujejo v utečenem in predpisnem redu. To so bolniki, izvajalci zdravstvenega varstva, dobavitelji, plačniki zdravstvenih storitev in sponzorji.

Izdatki za zdravila se plačujejo iz OZZ, vendar ne vsi in ne v celoti. Zdravila, ki jih ZZZS ne razvrsti (in s tem tudi ne plača), so nerazvrščena zdravila, ki se sicer lahko predpisujejo na beli recept, ki je samoplačniški receptni obrazec.

Cene zdravil v Sloveniji so v celoti regulirane, in to na vseh ravneh deležnikov: proizvajalec, veletrgovina in lekarna. Za regulacijo cen zdravil v Sloveniji skrbita JAZMP in ZZZS. Ob vsakem novem prihodu zdravila na trg JAZMP skladno s Pravilnikom o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini določi ceno zdravila in jo nato dvakrat na leto uskladi z referenčnimi cenami držav. Najvišje dovoljene cene zdravil (v nadaljevanju NDC) se oblikujejo na podlagi cen

v primerjalnih državah (JAZMP, 2024). V Sloveniji v ta namen uporabljamo referenčne cene zdravil, ki so financirane iz javnih sredstev v Avstriji, Franciji in Nemčiji. NDC, ki se oblikuje v okviru JAZMP, še ni končna cena zdravila. Ob vsaki novi uvedbi zdravila se s proizvajalci oz. imetniki dovoljenja za promet z zdravilom za ceno pogaja tudi ZZZS. Tako ZZZS določi končno NDC. JAZMP lahko za neko zdravilo prizna tudi izredno višjo dovoljeno ceno (IVDC), če denimo zaradi velikosti in drugih značilnosti trga v Sloveniji NDC ne omogoča oskrbe trga (JAZMP, 2024).

Hitro naraščajoč delež dragih zdravil v obdobju 2016–2022 je vzrok, da se je dvignila povprečna veleprodajna cena (VPC), in sicer za kar 45 %. Leta 2022 je povprečna VPC znašala 16,17 EUR na celotnem trgu. V bolnišnicah je bila povprečna cena zdravila 44,00 EUR, v lekarnah pa 13,30 EUR. Na trgu imamo količinsko kar 20,1% zdravil, kjer je VPC pod 5 EUR. Na drugi strani imamo zelo draga zdravila, pri katerih je VPC na škatlo nad 2.000 EUR. Ta zdravila vrednostno obsegajo kar 26,2 %, količinsko pa 4,8 % zdravil (Rutar Pariš, 2023). Povečuje se število zdravil, ki imajo VPC nad 50 EUR. Zdravila prvih štirih razredov, do 50 EUR, pa padajo, kar je razvidno iz *Tabele 1*. Število zdravil se je močno zmanjšalo v 1. in 2. razredu, torej do 5,0 EUR; vzrok za to so predvsem zamenjave za novejša dražje terapije (Rutar Pariš, 2023).

Tabela 1: Število zdravil po cenovnih razredih (po številu škatel in deležih)

Celoten trg Oznake vrstic VPC (v EUR)	Število zdravil (škatle)		Delež (%)	
	2016	2022	2016	2022
0–2,5	251	192	7,7	5,7
2,5–5	523	484	16,0	14,4
5–10	478	531	14,6	15,8
10–50	1.140	905	34,8	27,0
50–500	597	777	18,2	23,2
500–2.000	201	304	6,1	9,1
Več kot 2.000	83	162	2,5	4,8
Skupaj	3.273	3.355	100,0	100,0

VPC = veleprodajna cena

Vir: Prirejeno po podatkih Rutar Pariš (2023)

Zdravila, ki so na listah MZZ/TSZ, količinsko zajemajo 44,5 % zdravil. Vrednostno je ta delež manjši, in sicer 24 %, saj so to praviloma starejše terapije zdravil, pri katerih je na trgu več proizvajalcev in je konkurenca večja, zato so tudi cenejša (Rutar Pariš, 2023).

2. RAZVRŠČANJE ZDRAVIL

ZZZS razvršča zdravila, ki se predpisujejo na recept, na pozitivno listo. Od 1. januarja 2024 se zdravstvene storitve in zdravila, izdani po tem datumu, v celoti (100 %) krijejo iz OZZ (ZZZS, 2023). Že pred to spremembo pa so bila nekatera zdravila lahko razvrščena na pozitivno listo, ki jih je OZZ kril v celoti (pozitivna lista P100). V tem primeru gre za zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje oseb, bolezni in stanj, ki so podrobneje navedeni v 23. členu ZZVZZ. To so npr. zdravila za zdravljenje in rehabilitacijo malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze, infekcije HIV ter tudi obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom. Posebna skrb se posveča tudi otrokom, učencem, dijakom, vajencem in študentom ter otrokom z motnjami v duševnem in telesnem razvoju, ki so imeli v celoti krita zdravila na pozitivni ali vmesni listi.

Poleg zdravil, ki se predpisujejo na recept, ZZZS razvršča tudi bolnišnična zdravila. Zdravilo se na seznam B razvršča, če njegova cena v priporočenem odmerku presega vrednost 5.000 EUR na osebo v enem letu v breme zdravstvenega zavarovanja. Draga bolnišnična zdravila imajo tako poseben status. Seznam je 1. avgusta 2023 vključeval 312 zdravil, večinoma iz skupine zdravil za bolezni krvi in krvotvornih organov (ATC-skupina B), ter zdravil z delovanjem na novotvorbe in imunomodulatorji (ATC-skupina L). Zdravila s seznamom B se npr. financirajo na podlagi mesečnih zahtevkov bolnišnic glede na njihovo sprotno dejansko porabljeno količino (ZZZS, 2011). ZZZS dodatno razvršča ampulirana in nekatera druga zdravila, ki se uporabljajo izključno ambulantno, na seznam A. Namen obeh seznamov je predvsem nadzor nad stroški draž-

jih zdravil oz. boljši pregled nad porabo zdravil. Podatki o aktualnih seznamih B in A so dostopni v CBZ. Bolnišnice morajo ob uporabi zdravila s seznamom B ali A v medicinskem programu to posebej razknjižiti na posameznega pacienta, da je vidna sledljivost od nabave do aplikacije zdravila znotraj bolnišnice (Uredba o programih storitev OZZ, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025, stran 1103).

3. IZDATKI ZA ZDRAVILA V SLOVENIJI

Celotna javno financirana zdravila so bila po podatkih IQVIA leta 2020 vredna 717,3 milijona EUR, od tega je bil lekarniški segment vreden 497,3 milijona EUR, kar obsega okrog 70 %, bolnišnični pa 214,9 milijona EUR in zajema 30 % celotne vrednosti javno financiranih zdravil (Rutar Pariš, 2021). Vrednost javno financiranih zdravil od leta 2016 vsako leto raste predvsem zaradi novejših in dražjih terapij. Izdatki za zdravila so rasli tudi v času pandemije (Kostnapfel in Albrecht, 2024). Leta 2023 so bili izdatki za javno financirana zdravila že 969,7 milijona EUR in so glede na leto 2022 zrasli za 6,5 %. Od leta 2016 so se izdatki za javno financirana zdravila povečali s 613,7 milijona EUR na 969,7 milijona EUR, kar pomeni za 58,0 %.

Od leta 2016 je bila vrednostna rast javno financiranih zdravil zaradi dragih, med njimi tudi bioloških zdravil, praviloma večja v bolnišnicah, medtem ko je bila leta 2022 izjemoma večja rast v lekarnah. Glavni vzrok za to je, da se je razvrstilo mnogo novejših dragih zdravil v obliki tablet ali peresnikov, ki si jih lahko zdaj bolniki sami aplicirajo doma, pred tem pa so bili morada vezani na intravensko terapijo v bolnišnici. Ta novejša zdravila za samoaplikacijo pa se na recept izdajajo v lekarnah na primarni ravni zdravstvenega varstva. Prav tako velja omeniti, da je bil obseg bolnišničnih obravnav leta 2022 še vedno manjši kot v preteklih letih. Tudi leta 2023 je bila vrednostna rast nekoliko večja v lekarnah, in sicer 6,9 % v primerjavi z bolnišnicami, v katerih je bila 5,6 %. Delež vrednostne prodaje v lekarnah je leta 2022 znašal 73,8 %, v bolnišnicah pa 25,6 %, kar je primerljivo z deležem vrednostne prodaje leta 2023 (Tabela 2) (Rutar Pariš, 2023).

Tabela 2: Javno financirana zdravila v Sloveniji – vrednostno v lekarnah, bolnišnicah in skupaj (v lekarnah in bolnišnicah) v letih 2016, 2021, 2022 in 2023

	Vrednost zdravil (mio EUR)				Delež	Delež	Indeks	Indeks	Indeks
	2016	2021	2022	2023	2022 (%)	2023 (%)	23/16 (%)	23/21 (%)	23/22 (%)
Skupaj	613,7	831,8	910,3	969,7	100	100	158,0	116,6	106,5
Lekarne	467,2	601,4	671,8	718,3	73,8	74,1	153,7	119,4	106,9
Bolnišnice	142,2	225,1	233,2	246,2	25,6	25,4	173,1	109,4	105,6

Vir: Prirejeno po podatkih Rutar Pariš (2023) ter Jaklič Kajzer in Kotnik (2024)

Leta 2022 je bila tako količinska prodaja 56,3 milijona škatlic zdravil, leta 2016 pa 55,2 milijona. Vmesna leta je bila prodaja okoli 54,5 milijona škatlic zdravil, v covidnih letih 2020 in 2021 pa je padla celo na približno 53,5 milijona škatlic zdravil na leto. Delež količinske prodaje v lekarnah je leta 2022 znašal 90 %, v bolnišnicah pa 9 %. Pri interpretaciji teh podatkov je treba upoštevati raznolikost pakiranj, saj lahko posamezna škatlica vsebuje na primer 20, 30, 56 ali 90 tablet. Če primerjamo vrednostne in količinske deleže, vidimo, da je količinski delež prodaje v lekarnah večji v primerjavi z vrednostnim (90 % vs. 74 %), kar je posledica tega, da so zdravila v bolnišnicah v povprečju dražja (Rutar Pariš, 2023). V obdobju 2016–2022 se je količinska rast celotnega trga povečala za le 2 %, medtem ko se je velikost trga vrednostno povečala za skoraj polovico (48 %) (Rutar Pariš, 2023).

Leta 2023 je bilo izdanih skoraj 20,4 milijona receptov (indeks 104) za ambulantno predpisana zdravila v vrednosti malo manj kot 756,2 milijona EUR (indeks 111), od tega 97,4 % zelenih receptov in 2,6 % belih. Vsak prebivalec Slovenije je v povprečju prejel 9,6 recepta s predpisanimi zdravili v skupni vrednosti 356 EUR (vrednost enega recepta je bila povprečno 37,12 EUR). Tudi leta 2023 je bilo največ receptov predpisanih za zdravila za bolezni srca in ožilja (24,5 % vseh receptov, 2.348 receptov/1.000 prebivalcev), za zdravila z delovanjem na živčevje (19,4 % vseh receptov, 1.866 receptov/1.000 prebivalcev) ter za zdravila za bolezni prebavil in presnove (14,7 % vseh receptov, 1.415 receptov/1.000 prebivalcev). Največ receptov je bilo izdanih v pomurski regiji (12.173 receptov, kar je 26,7 % nad slovenskim povprečjem), najmanj pa v osrednjeslovenski regiji (8.474 receptov,

kar je 11,8 % pod slovenskim povprečjem). Po številu predpisanih receptov na 1.000 prebivalcev so pod slovenskim povprečjem še goriška, gorenjska in obalno-kraška regija, ostale regije pa so nad povprečjem (Kostnapfel in Albrecht, 2024).

Izdatki ZZZS za zdravila s seznama B so leta 2023 dosegli 163.734.926 EUR, kar je 13,1-odstotno povečanje v primerjavi z letom 2022. Stroški zdravil s seznama A so v istem obdobju znašali 27.349.574 EUR, kar je 3,9 % več kot leto prej. Na seznam bolnišničnih zdravil je bilo leta 2023 dodanih osem novih zdravil, kar je dvakrat več kot leta 2022, ko so bila dodana štiri. Povečanje izdatkov za javno financirana zdravila in za tista, ki se aplicirajo v bolnišnicah, je predvsem posledica uvajanja novih terapij in širše uporabe že razvrščenih zdravil na različnih kliničnih področjih. Največji vpliv so imela zdravila v onkologiji, hematologiji, revmatologiji in pri zdravljenju nevroloških bolezni (GOV, 2025).

V prvi polovici leta 2025 je trg zdravil na recept v kanalu lekarn znašal 355,5 milijona evrov in je glede na lani zrasel za 4,8 %. Pregled razvoja trga po ATC klasifikaciji kaže, da so v prvi polovici leta 2025 skoraj vse kategorije rasle, med njimi največ zdravila za bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni (za 14,3 %), pa tudi zdravila za bolezni srca in ožilja (za 11,8 %). V primerjavi z letom 2024 je trg v kanalu lekarn zrasel za 4,8 %. Razmerje vrednosti trga zdravil na recept (355,5 milijona evrov) proti vrednosti trga zdravil brez recepta (46,7 milijona evrov) je bilo približno 8 proti 1. Vrednost trga ostalih OTC izdelkov je znašala 51,6 milijona evrov (3,7-odstotna rast) (Jaklič Kajzer in Kotnik, 2025).

Tabela 3: Prvih 10 proizvajalcev zdravil na recept in prvih 10 blagovnih znamk zdravil na recept v Sloveniji v prvi polovici leta 2015

Prvih 10 proizvajalcev zdravil Rp	Prvih 10 blagovnih znamk zdravil Rp
Krka	Evrysdi (Roche)
Novartis	Xarelto (Bayer)
Johnson & Johnson	Xtandi (Astellas)
Pfizer	Entresto (Novartis)
Novo Nordisk	Jardiance (Boehringer Ingelheim)
Astra Zeneca	Rybelsus (Novo Nordisk)
Lek	Vyndaquel (Pfizer)
Boehringer Ingelheim	Hemlibra (Roche)
Roche	Kaftrio (Vertex)
Bayer	Skyrizi (Abbvie)

Vir: Prirejeno po podatkih FarmaInfo (Jaklič Kajzer in Kotnik, 2025)

4. IZDATKI ZA ZDRAVILA V BOLNIŠNICAH

V Sloveniji financiranje dragih bolnišničnih zdravil poteka prek javno financiranega sistema zdravstvenega zavarovanja. Bolnišnice prejema-jo sredstva po sistemu SPP, povračilo pa vklju-čuje stroške porabljenih zdravil med bivanjem v bolnišnici. Za draga zdravila, ki niso v celoti pokrita s plačili SPP, se ZZZS pogaja s farma-cevtskimi podjetji o dodatnem financiranju in so razvrščena na seznam A ali B.

Skupno je bilo leta 2023 porabljenih 90.165.704 EUR za bolnišnično predpisana zdravila (brez zdravil s seznamov A in B), kar je 11 % več kot leta 2022. Od tega v splošnih bolnišni-cah 78.364.235 EUR, v specialnih bolnišnicah 10.685.127 EUR in v psihiatričnih bolnišnicah, pri katerih je vključen tudi oddelek za psihiatri-jo UKC Maribor, 1.116.342 EUR. Največ je bilo porabljenih zdravil za bolezni prebavil in pre-snove v skupni vrednosti 3.911.765 EUR, zdra-vil za bolezni srca in ožilja v skupni vrednosti 4.368.593 EUR, zdravil z delovanjem na živčevje v skupni vrednosti 7.324.834 EUR ter zdravil za bolezni krvi in krvotvornih organov v skupni vrednosti 23.329.107 EUR (NIJZ, 2024).

ZZZS bolnišnicam ločeno financira draga zdra-vila s seznamoma B. Seznam B je ZZZS v celoti uvedel s Splošnim dogovorom leta 2013, čeprav

se je razvrščanje dragih bolnišničnih zdravil za-čelo že pred tem. Od takrat se seznam teh zdra-vil redno dopolnjuje in revidira (ZZZS, 2023c). Zdravila s tega seznamoma lahko aplicirajo le bol-nišnice, ne pa tudi zdravstveni domovi ali am-bulante v domovih starejših občanov.

Prvi seznam B z dne 15. novembra 2011 je vključeval 22 zdravil, 10. avgusta 2023 pa že 312 zdravil. Izdatki za zdravila s seznamoma B narašča-jo že vsa leta od 2016. S povečevanjem skupne vrednosti predpisanih zdravil s seznamoma B na-raščajo tudi izdatki, ki bremenijo OZZ (ZZZS, 2024). Ker bolnišnice lahko še za nazaj poročajo porabo za nekaj let, izdatki za zdravila s sezna-ma B tudi za nazaj še naraščajo.

Seznam A pa je uvedla ZZZS s Splošnim dogo-vorom leta 2013. Od takrat se seznam teh zdra-vil redno dopolnjuje in revidira, kar je vidno na spletni strani ZZZS (ZZZS, 2023c). Prvi seznam A z dne 1. maja 2013 je vključeval 144 zdravil, 10. avgusta 2023 pa že 195. Čistopis seznamoma je vedno dostopen na strani CBZ. Rast števila apli-kacij zdravil skozi leta spremlja tudi povečeva-nje izdatkov iz OZZ (ZZZS, 2025). Spremembe na področju zdravil kažejo, da gre razvoj v smeri ambulantnega zdravljenja z vse več in vse draž-jimi zdravili, da se podaljšujeta čas zdravljenja in preživetje bolnikov, izboljšuje pa se tudi ka-kovost njihovega življenja. Izdatki za zdravila na recept in tista, ki se aplicirajo v bolnišnicah,

Tabela 4: Prvih 10 proizvajalcev zdravil BRp in prvih 10 blagovnih znamk zdravil BRp v Sloveniji v prvi polovici leta 2015

Prvih 10 proizvajalcev zdravil BRp	Prvih 10 blagovnih znamk zdravil BRp
Lek	Lekadol (Lek)
Krka	Linex (Lek)
Bayer	Detralex (Servier)
Oktal Pharma	Voltaren Emulgel (GlaxoSmithKline/Medis)
Haleon	Bepanthen (Bayer)
Abbot	Artelac (Dr. Gerhard Mann/PharmaSwiss)
Farmedica	Nalgesin (Krka)
Servier	Ensure (Abbot)
Bausch & Lomb	Operil (Lek)
Belupo	Rupurut (Bayer)

Vir: Prirejeno po podatkih Rutar Pariš (2023) ter Jaklič Kajzer in Kotnik (2024)

so se povečali predvsem zaradi uvajanja novih zdravil in širše uporabe že razvrščenih zdravil na več kliničnih področjih, predvsem v onkologiji, hematologiji, revmatologiji in pri nevroloških boleznih (Mlakar in drugi, 2024, str. 56).

5. TRG ZDRAVIL BREZ RECEPTA V SLOVENIJI

Trg zdravil brez recepta (BRp) in ostalih izdelkov OTC je v prvi polovici letošnjega leta skupno znašal 98,3 milijona evrov. V primerjavi z lanskim letom je zrasel za 4,5 %. Najbolj prodajana skupina med zdravili brez recepta z rastjo (0,6 %) so produkti za kašelj, prehlad in ostala respiratorna sredstva. Padec prodaje (0,2 %) so imeli le produkti za bolečino. Med ostalimi izdelki OTC po prodaji prednjačijo vitamini in minerali ter produkti za inkontinenco. Največjo rast so imeli toniki in drugi stimulansi (16,9 %) ter produkti za nego oči (9,3 %) (Jaklič Kajzer in Kotnik, 2025). Pomembno je torej dejstvo, da tudi za zdravila brez recepta pacienti v Sloveniji porabijo blizu 200 milijonov evrov letno. Prvih 10 proizvajalcev in blagovnih znamk v Sloveniji po prodaji zdravil BRp je predstavljeno v Tabeli 4.

7. VIRI IN LITERATURA

1. GOV. (2025). Izvajalci zdravstvene dejavnosti. Portal GOV.SI. Pridobljeno 7. februarja 2025 s <https://www.gov.si teme/izvajanje-zdravstvene-dejavnosti/>
2. Jaklič Kajzer, P. in Kotnik, M. (2024). Trg zdravil in ostalih OTC izdelkov v kanalu lekarn v letu 2023.
3. Jaklič Kajzer, P. in Kotnik, M. (2025). Trg zdravil in ostalih OTC izdelkov v kanalu lekarn v prvi polovici leta 2025. *FarmaInfo*, september 2025.
4. JAZMP. (2024). Cene zdravil – JAZMP. Pridobljeno 17. avgusta 2024 s <https://www.jazmp.si/humana-zdravila/cene-zdravil/>
5. Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (2024). PORA-B A ZDRAVIL, PREDPISANIH NA RECEPT V SLOVENIJI V LETU 2023. <http://www.nijz.si>
6. Mlakar, T., Bolka, A., Kenk, N., Bogataj, B., Dimić, D., Božič Povše, R. in drugi (2024). Letno poročilo ZZZS 2023. [https://api.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/25ca7505308118d8c1258ad70032b7ce/\\$FILE/Letno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202023.pdf](https://api.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/25ca7505308118d8c1258ad70032b7ce/$FILE/Letno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202023.pdf)
7. NIJZ. (2024). Poraba zdravil v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2023. NIJZ. https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/12/POROCILO-PORA-B A-BOLN.ZDR_-KONCNO-231224.pdf

8. Rutar Pariš, A. (2021). Trg zdravil na recept skozi leta – po cenovnih razredih. https://www.kemofarmacija.si/KemoWcmExtensions/Render?name=2021-06_FarmaInfo.pdf&library=KemofarmacijaCommerce&sitearea=FarmaInfoLeto2021
9. Rutar Pariš, A. (2023). Kaj se dogaja na trgu zdravil in zakaj je zanesljiva oskrba trga z zdravili lahko ogrožena?. <https://www.kemofarmacija.si/wps/wcm/connect/SL/Domov/Za+medije/Aktualno/Landing/Kaj+se+dogaja+na+trgu+zdravil+in+zakaj+je+zanesljiva+oskrba+trga+z+zdravili+lako+ogrozena>
10. Toth, M., Premik, M., Kalčič, M., Kidrič, D. in Košir, F. (z Kramberger, B.). (2003). Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
11. Uredba o programih storitev OZZ, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025, stran 1103, na podlagi četrtega odstavka 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Ur. l. 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
12. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur. l. 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, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N
13. ZZZS. (2011). Novi predpisi na področju zdravil. Recept, Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pridobljeno 18. avgusta 2023 s [https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bc3c5cc8b519f593c12578990025d7d7/\\$FILE/Bilten%20Recept_%C5%A1t%201_25.5.2011.pdf](https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/bc3c5cc8b519f593c12578990025d7d7/$FILE/Bilten%20Recept_%C5%A1t%201_25.5.2011.pdf)
14. ZZZS. (2023a). Obvezni zdravstveni prispevek. Pridobljeno 26. novembra 2024 s <https://zavezanec.zzzs.si/prispevki-za-obvezno-zdravstveno-zavarovanje/obvezni-zdravstveni-prispevek/>
15. ZZZS. (2023b). Podatki o porabi zdravil. Pridobljeno 18. avgusta 2023 s https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_zaposebne_zdravstvene_namene/podatki_o_porabi_zdravil!/ut/p/z1/04_Sj-9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08LSyCDQ0cjZzMzXz8XQ0sTAz0C7IdFQG-dnpEx/
16. ZZZS. (2023c). ZZZS – Seznam A s spremembami. Pridobljeno 1. septembra 2023 s https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_zaposebne_zdravstvene_namene/liste_npv_seznami/seznam_a_s_spremembami!/ut/p/z1/04_Sj-9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08LSyCDQ0cjZzMzXz8XQ3cw0z0C7IdFQ-F7AlnD/
17. ZZZS. (2025). Podatki o porabi zdravil. Pridobljeno 7. februarja 2025 s <https://partner.zzzs.si/zdravila-in-zivila-za-posebne-zdravstvene-namene/podatki-o-porabi-zdravil/>

BELEŽKE

[illegible]

Andrej Dočinski
Univerzitetni klinični center Ljubljana



Kibernetska varnost v JZZ za varnejši jutri – investicija ali strošek?

Povzetek

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana smo kot prvi javni zdravstveni zavod v Republiki Sloveniji kibernetsko varnost opredelili kot temeljni element korporativnega varovanja organizacije kot celote in ne zgolj kot tehnično nalogo Področja za informatiko. V prispevku je pojasnjena pomembnost strateškega pristopa kibernetske varnosti kot investicije, ne zgolj stroška, predstavljene pa so tudi sodobne grožnje v okviru celostnega varovanja javnih zdravstvenih zavodov.

Abstract

At the University Medical Center Ljubljana, we were the first public health institution to define cybersecurity as a fundamental element of corporate security for the organization as a whole, and not just as a technical task of IT department. The paper analyzes the importance of a strategic approach to cybersecurity as an investment rather than a cost, presenting contemporary threats within holistic security approaches in public healthcare institutions.

1. UVOD

V zadnjih letih je zdravstvo napredovalo na številnih področjih, še največ na področju digitalizacije. Zdravstvene organizacije, zlasti javni zdravstveni zavodi (JZZ), so postale tarča vse pogostejših in vedno bolj sofisticiranih kibernetskih napadov. Ti ne ogrožajo samo podatkov, ampak tudi zaupanje, varnost pacientov in neprekinjeno oskrbo. Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKCL) je bil prvi JZZ, ki je kibernetsko varnost opredelil kot strateško vprašanje celostnega varovanja zavoda, ki presega tehnične okvire informatike. Gre za sistemski pristop upravljanja varnosti, ki vključuje medsektorsko sodelovanje, zakonodajno skladnost, ocenjevanje tveganj in krizno upravljanje.

2. KIBERNETSKA VARNOST KOT ŠIRŠI OKVIR VAROVANJA ZAVODA

Korporativna varnost je sistem ukrepov, ki vključujejo pravne, organizacijske, kadrovske in tehnične vidike varovanja organizacije. Naloga Službe za korporativno varnost (SKV) UKCL je preprečevanje in obvladovanje notranjih ter zunanjih tveganj, ki bi lahko ogrozila delovanje, poslovanje, ugled ali varnost zaposlenih in pacientov.

SKV UKCL zaposluje 47 sodelavcev. Razdeljeni smo v šest enot: Enota za fizično in tehnično varovanje daje poudarek nadzoru in izboljšanju tehničnih varnostnih sistemov; Enota za strateško varnostno načrtovanje in obrambo, katere namen je izboljšati pripravljenost na krizne situacije; Enota za integriteto, preko katere smo vzpostavili mehanizme za preprečevanje notranjih tveganj, korupcije in drugih nepravilnosti; Enota za upravljanje s kritično IT infrastrukturo, s katero smo dali večji poudarek zagotavljanju neprekinjenega delovanja digitalnih sistemov v kriznih razmerah; Enota za psihološko pomoč zaposlenim, ki nudi psihološko podporo zaposlenim pri soočanju s stresom in izrednimi dogodki, ter Enota za kibernetsko varnost, ki postaja čedalje pomembnejši del korporativne varnosti UKCL.

Kibernetsko varnost lahko definiramo kot skupek ukrepov, praks in procesov, ki ščitijo informacijske sisteme, omrežja, podatke in digitalne informacije pred nepooblaščenim dostopom, zlorabo, poškodbami ali motnjami. Vendar pa kibernetska varnost sama po sebi ni le tehnična funkcija, ampak je del širšega sistema korporativne varnosti, ki znotraj organizacije zagotavlja celovito zaščito vseh poslovnih procesov, premoženja, ljudi in informacij.

Digitalizacija in napredne informacijske tehnologije so kibernetsko varnost opredelile kot ključen del korporativnih varnostnih strategij, saj brez ustreznih kibernetskih ukrepov ni mogoče zagotoviti varnosti informacij in nemotnega delovanja celotne organizacije. Kibernetska varnost ne predstavlja zgolj zaščite IT sistemov, ampak strateško upravljanje vseh tveganj, povezanih z informacijami, poslovnimi procesi in zaposlenimi. Zaščita vključuje tudi pravila, politike, izobraževanja in odgovornosti na ravni celotne organizacije. Glavni cilj je zaščititi neprekinjeno poslovanje, varnost pacientov, ugled ustanove in skladnost z regulativami. Vodstveni organi in korporativno varnostni strokovnjaki smo odgovorni za sprejemanje strateških odločitev o naložbah, politiki in oblikovanju varnostne kulture, medtem ko je Področje za informatiko tisto, ki izvaja tehnične ukrepe, ki so del širšega varnostnega sistema.

Vloga Enote za kibernetsko varnost SKV UKCL je strateško usmerjati zgoraj naštete aktivnosti v sodelovanju s Področjem za informatiko in drugimi organizacijskimi enotami ter službami znotraj UKCL. Vpeljali smo nadzor nad izvajanjem varnostnih politik na področju informacijske varnosti in nadgradili sistem varnostnega upravljanja, ki omogoča boljšo analitiko varnostnih dogodkov in hitrejše odzivanje na incidente ter izdelavo celovitega načrta neprekinjenega poslovanja. Veliko pozornosti posvečamo tudi stalnemu strokovnemu usposabljanju sodelavcev s poudarkom na zagotavljanju informacijske in kibernetske varnosti ter področju krizne komunikacije in obvladovanju incidentov.

3. AKTUALNE GROŽNJE IN INCIDENTI V ZDRAVSTVU

Zdravstveni sektor žal predstavlja enega bolj zaželenih ciljev kibernetskih napadov zaradi visoko »dragocenih« podatkov pacientov. Evropski akcijski načrti in raziskave kažejo, da so kibernetski incidenti v porastu. Vse pogostejši so tudi v Sloveniji, kar zahteva ključno povečanje pripravljenosti in odpornosti zdravstvenih sistemov. Aktualne grožnje in incidenti v zdravstvu, povezani s kibernetsko varnostjo, se osredotočajo na več ključnih področij, ki močno vplivajo na delovanje zdravstvenih ustanov, varnost pacientov in zaupnost podatkov.

Kot najnevarnejše se omenjajo naslednji:

- **Ransomware napadi.** Ti predstavljajo eno izmed največjih groženj v zdravstvu, saj napadalci z uporabo zlonamerne programske opreme zaklenejo dostop do sistemov ali podatkov in zahtevajo odkupnino za odklep. Posledice so lahko izpadi ključnih zdravstvenih storitev in ogrožanje življenja pacientov zaradi prekinitve delovanja sistemov.
- **Kraja in zloraba zdravstvenih podatkov** zajema krajo občutljivih osebnih podatkov pacientov, kar vodi do zlorabe identitet, nepooblaščenega dostopa ali razkritja zaupnih informacij. To vpliva na zaupanje pacientov in je predmet strogih zakonodajnih sankcij.
- **Napadi na medicinske in IoT naprave** izpostavljajo specifično ranljivost zdravstvenih ustanov, saj so te naprave dostopne prek omrežij in niso vedno dovolj zaščitene. Napadi lahko povzročijo motnje v delovanju klinične opreme, kar neposredno ogroža varnost pacientov.
- **Notranje grožnje in socialni inženiring** predstavljajo nepravilno uporabo informacijskih sistemov, neozaveščenost zaposlenih in notranje zlorabe. So pogosti vzroki varnostnih incidentov. Socialni inženiring, kot so phishing napadi, izkorišča človeški faktor za dostop do sistemov.
- **Motnje delovanja IT infrastrukture** so napadi, ki povzročijo izpad delovanja informacijskih sistemov (npr. DoS napadi), ki povzročajo nedosegljivost storitev in prekinjejo neprekinjeno oskrbo pacientov.

Vse grožnje zahtevajo multidisciplinarni pristop in stalno izboljševanje kibernetske varnosti, da se zmanjša tveganje za kritične incidente in izboljša odpornost sistema.

4. STROŠKI KIBERNETSKIH INCIDENTOV- RESNIČNA CENA VARSTVA

Analize kažejo, da lahko cena enega resnega incidenta v zdravstvu preseže več milijonov evrov, kar vključuje stroške obnove IT sistemov in podatkov, pravne posledice in kazni, izgubo zaupanja pacientov ter celo ogrožanje življenj.

Preventivni varnostni ukrepi, kot so usposabljanja, varnostna tehnologija, redni pregledi in simulacije, predstavljajo znatno nižje stroške, kot so stroški odprave posledic kibernetskih incidentov. Takšne naložbe so ne le finančno upravičene, temveč ključne za zakonito in učinkovito delovanje. Stroški kibernetskih incidentov v zdravstvu so lahko izredno visoki in vključujejo več različnih vidikov, ki ustvarjajo finančno, operativno in reputacijsko škodo za zdravstvene organizacije.

Opredelimo jih lahko kot:

- Neposredni finančni stroški, ki vključujejo stroške za obnovo informacijskih sistemov, forenzične preiskave, plačilo odkupnin (če pride do ransomware napada), pravne stroške in kazni zaradi neskladnosti z zakonodajo o varstvu podatkov (kot je GDPR).
- Operativne motnje in prekinitve storitev IT sistemov, ki povzročijo zamude ali popolne prekinitve zdravstvenih storitev, kar lahko ogrozi zdravje in življenje pacientov. Te motnje lahko trajajo od nekaj ur do več dni ali tednov, kar povzroča dodatne posledice in stroške.
- Reputacijska škoda in izguba zaupanja pacientov ter javnosti, kar se lahko odrazi v zmanjšanem številu pacientov in višjih stroških za obnovo ugleda.
- Pravni in regulativni stroški, ki lahko ob neupoštevanju zahtev in standardov varstva podatkov povzročijo visoke kazni s strani nadzornih organov, zahteve za odškodnine in pravne postopke.

- Posredni stroški, ki vključujejo dodatne človeške vire, povečano administracijo, stroške povečane varnosti po incidentu ter izgubo produktivnosti zaposlenih zaradi odzivanja na incident.

Ker so ti stroški pogosto mnogo višji od stroškov investicij v preventivo (usposabljanje, tehnologija, nadzor), je kibernetsko varnost smiselno dojemati kot ključni element varovanja in ne zgolj kot strošek. Investiranje v kibernetsko varnost zagotavlja zmanjšanje verjetnosti incidentov in njihovo blažjo posledico, kar predstavlja dolgoročno finančno in varnostno optimizacijo.

5. KIBERNETSKA VARNOST KOT TRAJNOSTNA INVESTICIJA

Z vidika strategije je smiselno razumeti kibernetsko varnost kot investicijo, ki povečuje odpornost in zagotavlja neprekinjeno poslovanje.

Investicije morajo zajemati:

- tehnološke rešitve (firewall, nadzor omrežja, varnostne kopije),
- kadrovske vire (zaposlovanje v SKV, izobraževanja),
- organizacijske procese (politike, postopki, odzivnost na incidente),
- sodelovanje in izmenjavo informacij z drugimi ustanovami in državnimi organi.

V Sloveniji je razumevanje in sprejemanje kibernetske varnosti v porastu, kar potrjujejo tudi nove zakonodajne zahteve in podporni programi. To še posebej velja za UKCL.

Kibernetska varnost kot trajnostna investicija pomeni, da so vložki v zaščito informacijskih sistemov, podatkov in celotnega poslovanja usmerjeni v dolgoročno zagotavljanje odpornosti, skladnosti, varnosti ter zanesljivosti organizacije. Takšna investicija presega kratkoročne stroške in se osredotoča na trajnostne koristi, ki vključujejo:

- **Zagotavljanje neprekinjenega poslovanja:** S pravilnimi varnostnimi ukrepi se zmanjšuje tveganje motenj in izpadov, ki bi lahko ogrozili delovanje zdravstvenih ustanov in oskrbo pacientov.

- **Preprečevanje velikih finančnih izgub:** Investicije v vzpostavitev učinkovitih sistemov varnosti, redno usposabljanje zaposlenih, testiranje ranljivosti in krizno načrtovanje zmanjšujejo možnost dragih incidentov in sanacij.
- **Izboljšanje zaupanja pacientov in javnosti:** Stabilna varnost povečuje ugled organizacije in pripomore k dolgoročnemu sodelovanju ter zvestobi uporabnikov storitev.
- **Skladnost z zakonodajo in standardi:** S trajnostnim pristopom se zagotavlja spoštovanje vse bolj zahtevnih pravnih in regulativnih okvirov, kar zmanjšuje pravna tveganja in sankcije.
- **Spodbuda za inovacije in prilagodljivost:** Dobro organizirana kibernetska varnost omogoča varno uvajanje novih tehnologij in procesov, kar prispeva h konkurenčni prednosti in razvoju organizacije.

Z vidika korporativnega varovanja je vlaganje v kibernetsko varnost trajnostna investicija, saj strateško varuje celoten poslovni ekosistem, ne zgolj informacijsko varnostnega sistema. Gre za sistemski pristop, ki dolgoročno zmanjšuje ranljivosti, izboljšuje odzivnost ter osvobaja vire za inovacije in rast.

6. MODEL UPRAVLJANJA KIBERNETSKE VARNOSTI V UKCL

Izhodišče za zagotavljanje uspešnega modela je celosten in interdisciplinaren pristop. V UKCL se zavzemamo, da pri načrtovanju in izvedbi sodeluje kar se da širok spekter profilov zaposlenih in posameznih organizacijskih enot, izvajajo se redne ocene tveganj, periodična izobraževanja in simulacije napadov, vzpostavlja se krizno načrtovanje, ki vključuje postopke za hitro okrevanje, povečuje pa se tudi ozaveščenost vseh zaposlenih.

Tak model pripomore k boljšemu in hitrejšemu odzivu, zmanjšanju negativnih posledic in izboljšanju zaupanja zaposlenih, pacientov ter splošne javnosti.

Model upravljanja kibernetske varnosti v UKCL temelji na celostnem, interdisciplinarnem pristopu, ki vključuje kombinacijo organizacijskih, tehničnih in kadrovskih ukrepov, usklajenih z vodstvom in SKV. Ključni elementi takšnega modela so:

- Vzpostavitev jasnih odgovornosti med SKV, Področjem za informatiko in ostalimi organizacijskimi enotami znotraj UKCL. Vsi moramo sodelovati pri ocenjevanju tveganj, pripravi politik, izobraževanju in odzivanju na incidente. Vpeljan je tudi Sistem upravljanja in varovanja informacij (SUVI), ki označuje celovit pristop ter formalni okvir, ki ga je zavod vzpostavil za zaščito svojih informacij in podatkov.
- Vzpostavitev centraliziranega nadzora in odziv na varnostne incidente – integrirani Security Operating Center (SOC) omogoča združevanje različnih varnostnih nadzornih funkcij (kibernetskih, fizičnih in drugih) v eno centralno enoto. Razviti integrirani SOC združuje kibernetski nadzor (SIEM, XDR), video nadzor, fizično varovanje in analitiko v realnem času. Tak center omogoča celovit pregled nad varnostnim stanjem, hitro prepoznavanje incidentov in usklajeno krizno upravljanje.
- Redne ocene tveganj ranljivosti informacijskih sistemov in simulacije zajemajo periodične analize, penetracijske teste in simulacijo napadov (npr. ransomware simulation) za preverjanje pripravljenosti in izboljšanje obrambe.
- Izobraževanje in zavedanje zaposlenih vključujeta prepoznavanje phishing napadov in varno ravnanje s podatki ter postopke ob incidentih.
- Krizno načrtovanje in hitri odziv pa zajemata pripravo jasnih kriznih načrtov z določenimi postopki in vlogami za hitro omejitve škode ter vzpostavitev delovanja sistema po incidentu.

Skladnost in stalno izboljševanje predstavlja usklajevanje z zakonodajo (npr. ZVOP-2, GDPR, ZinfV-1, NIS2) ter odprt krog varnostnega izboljševanja na podlagi izkušenj in novih groženj.

7. ZAKLJUČEK IN PRIPOROČILA

Kibernetska varnost ni strošek, ampak predvsem strateška in trajnostna investicija v varnost, zanesljivost ter dolgoročno odpornost javnega zdravstvenega sistema. Stroški odprave posledic kibernetskih incidentov so namreč znatno višji od stroškov preventivnih ukrepov in investicij v varnostne tehnologije, zaposlene ter usposabljanja.

Ker so zdravstvene ustanove izpostavljene ne-nehnim kibernetskim grožnjam, kjer ni več vprašanje, ali bodo napadene, temveč kdaj, vlaganje v kibernetsko varnost pomeni zmanjševanje tveganja za motnjo neprekinjenega poslovanja, pravne sankcije in izgubo zaupanja pacientov.

Kibernetsko varnost razumemo kot pomembno investicijo, ki ne prinaša le zaščite pred napadi, temveč omogoča tudi varno uvajanje inovacij, digitalizacijo in zagotavljanje neprekinjene zdravstvene oskrbe. Investicija v kibernetsko varnost je veliko bolj vzdržna in ekonomična kot stroški odpravljanja incidentov, zato mora biti strateško umeščena kot prioriteta naloga korporativnega upravljanja zavoda.

8. VIRI IN LITERATURA

1. *Evropska komisija: Evropski akcijski načrt za kibernetsko varnost bolnišnic in izvajalcev zdravstvenih dejavnosti (2025)*
2. *Health-ISAC: Trendi in grožnje kibernetske varnosti za svetovni zdravstveni sektor (2025)*
3. *BDO Slovenija: Glavne grožnje kibernetski varnosti in napovedi za leto 2025*

BELEŽKE

[illegible]

Tatjana Jevševar
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije



Rast plač v zdravstvu – izziv za vzdržnost poslovanja JZZ

Povzetek

Pomembna novost leta 2025 je prenova plačnega sistema v javnem sektorju in posledično tudi v javnih zdravstvenih zavodih (v nadaljevanju: JZZ). Zastavljeni cilji prenove plačnega sistema javnega sektorja so usmerjeni v ohranitev transparentnosti in javno finančno obvladljivost plačnega sistema, enotno ureditev vsebin, ki predstavljajo skupne temelje plačnega sistema, upoštevanje specifik posameznih delov javnega sektorja in dopustitev možnosti, da se določene vsebine uredijo ločeno po posameznih stebrih plačnega sistema.

Ob uveljavitvi tega zakona je znašala ocena potrebnih finančnih sredstev Ministrstva za finance za izvajalce v zdravstvu 125 mio EUR, po prevedbi in uveljavitvi tega zakona v praksi JZZ pa je ta znesek narasel na 195 mio EUR. Po podatkih JZZ in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije ta sredstva še vedno ne pokrivajo vseh stroškov JZZ, ki jih je prinesel novi plačni sistem, zato je njegova uveljavitev negativno vplivala na poslovanje JZZ v letu 2025.

Posledice nakopičenih izgub iz preteklih let in povečanje stroškov dela v letu 2025 povzročajo velike likvidnostne težave JZZ v letu 2025, predvsem bolnišnic. Naporavnane zapadle obveznosti so na dan 30. 6. 2025 v vseh JZZ znašale že 134,6 mio EUR in so bile višje za 13,1 % glede na stanje na zadnji dan preteklega leta. Večina le-teh odpade na bolnišnice, in sicer v višini 132,9 mio EUR oziroma 98,7 %.

Abstract

A major development in 2025 is the reform of the public sector pay system, which consequently also applies to public healthcare institutions (hereinafter: PHI). The objectives of the reform are to maintain transparency and fiscal controllability of the pay system, establish a unified regulation of the elements forming the common foundation of the pay system, taking into account the specifics of individual parts of the public sector, and to allow certain elements to be regulated separately within individual pillars of the pay system.

At the time of the enactment of this law, the estimated financial resources required by the Ministry of Finance for healthcare providers amounted to EUR 125 million. However, after the implementation and practical application of this law in PHIs, this amount increased to EUR 195 million. According to data from PHIs and the Association of Healthcare Institutions of Slovenia, these funds still do not cover all costs incurred by PHIs as a result of the new pay system, which means that its implementation has had a negative impact on the financial performance of PHIs in 2025.

The consequences of accumulated losses from previous years and the increase in labour costs in 2025 are causing major liquidity problems for PHIs in 2025, especially hospitals. As of 30 June 2025, outstanding overdue liabilities in all PHIs amounted to EUR 134.6 million, 13.1% higher than at the end of the previous year.

V prihodnjih letih bo finančni pritisk stroškov dela le še naraščal. Uveljavitev novega plačnega sistema je postopna in bo do leta 2028 v celoti zajela vse javne uslužbence, kar pomeni nadaljnje povečanje stroškov dela, zato bo razkorak med stroški dela in prihodki za ta namen še višji, če prihodki s strani ZZZS temu ne bodo sledili v ustrezni višini. Dodatna tveganja za poslovno stabilnost predstavljajo še rast materialnih stroškov, inflacija in napovedani varčevalni ukrepi ZZZS.

V teh okoliščinah bosta upravljanje finančne stabilnosti in vzdržnost poslovanja javnih zdravstvenih zavodov med ključnimi izzivi zdravstvenega sistema v prihodnjih letih.

The majority of this relates to hospitals, amounting to EUR 132.9 million or 98.7%.

In the coming years, financial pressure from labour costs is expected to continue increasing. The implementation of the new pay system is gradual and will include all public employees by 2028, leading to a further increase in labour costs. As a result, the gap between labour costs and the revenues allocated for this purpose will widen even further unless the revenues from the Health Insurance Institute of Slovenia (ZZZS) increase accordingly. Additional risks to operational stability include rising material costs, inflation, and the cost-containment measures announced by the ZZZS. In this context, managing financial stability and ensuring the sustainability of the operations of public healthcare institutions will be among the key challenges for the healthcare system in the coming years.

Pomembna novost leta 2025 je prenova plačnega sistema v javnem sektorju in posledično tudi v javnih zdravstvenih zavodih (v nadaljevanju: JZZ). Zastavljeni cilji prenove plačnega sistema javnega sektorja so usmerjeni v ohranitev transparentnosti in javno finančno obvladljivost plačnega sistema, enotno ureditev vsebin, ki predstavljajo skupne temelje plačnega sistema, upoštevanje specifik posameznih delov javnega sektorja, dopustitev možnosti, da se določene vsebine uredijo ločeno po posameznih stebrih plačnega sistema, odpravo uravnilovke v spodnjem delu plačne lestvice zaradi učinka minimalne plače, vzpostavitev ustrežnejših razmerij v plačah med funkcionarji, direktorji in javnimi uslužbenci ter znotraj posameznih stebrov, večjo variabilnost, povezano z učinkovitostjo dela (povezanost plače z rezultati dela), fleksibilnost nagrajevanja javnih uslužbencev, večjo privlačnost sistema za mlade, odpravo pravno sistemskih pomanjkljivosti, ki so se pokazale pri delovanju sedanjega plačnega sistema, manj administriranja in poenostavitev sistema. Novi plačni sistem je uveljavljen v celotnem javnem sektorju, ki ga sestavljajo vsi proračunski uporabniki (državni organi, občine, javni zavodi,

javni skladi, javne agencije, javni gospodarski zavodi), in velja za približno 190.000 zaposlenih v javnem sektorju. Temelj prenove sistema plač v javnem sektorju predstavlja Zakon o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju (ZST-SPJS), ki se uporablja od 1. januarja 2025.

1. KLJUČNE REŠITVE NOVEGA PLAČNEGA SISTEMA

- **Nova plačna lestvica** in določitev načina usklajevanja vrednosti, ki določa 67 plačnih razredov, razpon med plačnimi razredi pa znaša 3 odstotke. Z novo plačno lestvico in prevedbo plač delovnih mest se odpravlja ta problem velikega števila delovnih mest, katerih izhodiščna plača je nižja od minimalne, in problem enakega plačila javnih uslužbencev, katerih osnovna plača je pod višino minimalne plače ne glede na to, da so uvrščeni v različne plačne razrede. Način prevedbe v plačne razrede po novi plačni lestvici pomeni tudi višje osnovne plače na začetku delovne kariere, kar bo stimulatивно zlasti za mlade, zaradi manjšega razpona med razredi pa kljub ohranitvi 10 plačnih

razredov napredovanja manjše povečevanje plače na istem delovnem mestu oziroma manjšo razliko v plači za isto delo.

- **Način uvrščanja delovnih mest in nazivov v plačne razrede** temelji na kolektivnih pogodbah dejavnosti in poklicev ter uredbah vlade za javne uslužbence, uvrščanje funkcij v plačne razrede za funkcionarje pa na zakonu. Plačna skupina se glede na skupne značilnosti funkcij, delovnih mest in nazivov deli na plačne podskupine, in sicer od A1 do K1. Razvrstitev je v osnovi povzeta iz veljavne ureditve ZSPJS, s spremembo, da so delovna mesta iz dosedanje plačne skupine J – Spremljajoča delovna mesta (plačne podskupine J1 – Strokovni delavci, J2 – Administrativni delavci in J3 – Ostali strokovno tehnični delavci) vključena pri ostalih plačnih skupinah kot dve posebni plačni podskupini znotraj posamezne plačne skupine in ne sodijo več v samostojno plačno skupino J.
- **Najnižji možni izhodiščni plačni razred za posamezen tarifni razred** se določi s kolektivno pogodbo za javni sektor.
- **Pri določitvi osnovne plače javnih uslužbencev se ohrani dosednji način določitve osnovne plače javnega uslužbenca.** Zakon tako vsebuje izrecne določbe glede določitve osnovne plače javnega uslužbenca, določbe ob zaposlitvi in prehajanju na delovna mesta, ki so uvrščena v različne tarifne razrede, napredovanju v naziv ali višji naziv na istem delovnem mestu, pravila določitve plačnega razreda ob ponovni zaposlitvi v javnem sektorju, ohranitev doseženega plačnega razreda na prejšnjem delovnem mestu, pravila določitve plačnega razreda pripravnikom in pravila določitve plačnega razreda v primeru zaposlitve za določen čas. Navedene določbe se glede na določbe v ZSPJS v bistvenem ne spremenjajo, so pa glede na nekatere težave, ki so bile ugotovljene ob izvajanju določb ZSPJS v praksi, dopolnjene.
- **Ohranja se tudi institut določitve višjega plačnega razreda, ki pa se delno spremeni.** Do sedaj veljavni drugi odstavek 19. člena ZSPJS je določal možnost določitve višje osnovne plače do pet plačnih razredov

javnemu uslužbencu ob obstoju utemeljenih razlogov (kot so denimo posebna znanja, izkušnje, pridobljene kompetence in drugi razlogi) ob zaposlitvi, premestitvi na drugo delovno mesto, imenovanju v naziv ali višji naziv, pod predpostavko pridobljenega soglasja pristojnega soglasodajalca. V prihodnje bodo javni uslužbenci, pod določenimi zakonskimi pogoji, lahko uvrščeni za največ 10 plačnih razredov višje od izhodiščnega plačnega razreda delovnega mesta, kar pomeni možnost določitve do 30 odstotkov višje osnovne plače (sedanja ureditev dopušča največ 20 odstotkov višjo osnovno plačo). Na ta način bo delodajalcem omogočeno, da bodo zlasti najboljše kadre, s posebnimi kompetencami, ki jih je tudi težko pridobiti za delo v javnem sektorju (deficitarnost), bolje nagradili.

- **Zakon vsebuje prenovljen sistem napredovanja v višji plačni razred javnih uslužbencev na začetku delovne kariere**, ko bo možnost za napredovanje v višji plačni razred večja, kar bo stimulatивно vplivalo na zaposlovanje mladih, ki šele vstopajo na trg dela. Ukinja se napredovanje v višji plačni razred na podlagi ocen delovne uspešnosti.
- **Vrste dodatkov, do katerih so upravičeni javni uslužbenci in funkcionarji, se takساتivno določajo z zakonom tako kot doslej po ZSPJS.** Višina dodatkov se določi z zakonom ali kolektivno pogodbo za javni sektor. Ohranja se sedanji nabor dodatkov, poleg tega pa je predvidena uvedba dodatkov za omejitve in prepovedi. Višina velike večine dodatkov bo še naprej določena v Kolektivni pogodbi za javni sektor.
- **Delovna uspešnost** kot način določitve višine zneska materialne nagrade je odvisna od rezultatov dela, upošteva vnaprej postavljena merila oz. kriterije.
- **Vzpostavljenih je pet plačnih stebrov**, in sicer:
 1. plačni steber: funkcionarji,
 2. plačni steber: javni uslužbenci v državnih organih, samoupravnih lokalnih skupnostih in javnih zavodih gasilcev ter javni uslužbenci plačne skupine B v teh uporabnikih proračuna,

3. plačni steber: javni uslužbenci v zdravstvu in socialnem varstvu, javnih zavodih s področja obvezne socialne varnosti ter javni uslužbenci plačne skupine B v teh uporabnikih proračuna,
4. plačni steber: javni uslužbenci v raziskovalni dejavnosti, izobraževanju in kulturi ter javni uslužbenci plačne skupine B v teh uporabnikih proračuna,
5. plačni steber: javni uslužbenci v javnih agencijah, javnih skladih, drugih javnih zavodih in javnih gospodarskih zavodih ter javni uslužbenci plačne skupine B v teh uporabnikih proračuna.
- Ohranja se razvrstitev v plačne skupine, plačne podskupine in tarifne razrede. Zaradi ustrežnejše izvedbe načela primerljivosti (enako plačilo za delo na primerljivih delovnih mestih) in zaradi upoštevanja specifičnosti se v prenovljenem sistemu funkcionarji in javni uslužbenci dodatno razvrstijo v plačne stebre. Znotraj stebra pa velja načelo primerljivosti.

Ob uveljavitvi tega zakona je znašala ocena potrebnih finančnih sredstev Ministrstva za finance za izvajalce v zdravstvu 125 mio EUR, po prevedbi in uveljavitvi tega zakona v praksi JZZ je ta znesek narasel na 195 mio EUR. Po podatkih JZZ in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije pa še vedno ta sredstva ne pokrivajo vseh stroškov JZZ, ki jih je prinesel novi plačni sistem (npr. supernadure, prenizko so ocenjeni plačilni razredi pri določenih delovnih mestih ...). Ugotavljamo, da se je zato poslovanje JZZ v prvem polletju leta 2025 poslabšalo, saj so se prihodki JZZ povišali le za 10,9 %, odhodki za 11,1 % in od tega stroški dela kar za 13,5 %. Obeta pa se še izplačilo božičnice, ki bo zahtevalo dodatnih 30 mio EUR.

Ob upoštevanju dejstva, da je kumulativna izguba, izkazana v bilanci stanja JZZ na zadnji dan leta 2024, znašala kar 286,7 mio EUR in od tega kar 285,1 mio EUR v bolnišnicah, predstavlja navedena uveljavitev novega plačnega sistema v letu 2025 pomembno tveganje pri poslovanju JZZ. Z uveljavitvijo novega plačnega sistema stroški dela v strukturi celotnih prihodkov

predstavljajo v poprečju vseh JZZ že 57,6 %, od tega v zdravstvenih domovih 69,8 % in v bolnišnicah 53,8 %.

Pri tem je treba upoštevati še stroške storitev, ki vsebujejo stroške dela po podjemnih pogodbah in pogodbah o medsebojnem poslovanju, ki so v letu 2024 predstavljali povprečno 14,4 % celotnih prihodkov JZZ in so se povečali glede na preteklo leto za 7,9 %. Ocenjujemo, da stroški dela in stroški dela po pogodbah, ki pomenijo stroške dela v najširšem smislu, predstavljajo največje tveganje pri poslovanju JZZ v letu 2025.

Posledice nakopičenih izgub iz preteklih let in povečanje stroškov dela v letu 2025 povzročajo velike likvidnostne težave JZZ v letu 2025, predvsem bolnišnic. Neporavnane zapadle obveznosti so na dan 30. 6. 2025 v vseh JZZ znašale že 134,6 mio EUR in so bile višje za 13,1 % glede na stanje na zadnji dan preteklega leta. Večina le-teh odpade na bolnišnice, in sicer v višini 132,9 mio EUR oziroma 98,7 %.

V prihodnjih letih bo finančni pritisk stroškov dela le še naraščal. Uveljavitev novega plačnega sistema je postopna in bo do leta 2028 v celoti zajela vse javne uslužbence, kar pomeni nadaljnje povečanje stroškov dela, zato bo razkorak med stroški dela in prihodki za ta namen še višji, če prihodki s strani ZZZS temu ne bodo sledili v ustrezni višini. Dodatna tveganja za poslovno stabilnost predstavljajo še rast materialnih stroškov, inflacija in napovedani varčevalni ukrepi ZZZS.

V teh okoliščinah bosta upravljanje finančne stabilnosti in vzdržnost poslovanja javnih zdravstvenih zavodov med ključnimi izzivi zdravstvenega sistema v prihodnjih letih. Novi plačni sistem je nedvomno korak k pravičnejšemu nagrajevanju dela v zdravstvu in hkrati zahteva odgovore na vprašanje, kako ohraniti njegovo finančno vzdržnost in omogočiti JZZ, da kljub rasti stroškov ohranijo stabilno delovanje v korist pacientov in zaposlenih.

2. VIRI IN LITERATURA

1. *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-1O, 76/23, 24/25 – ZFisP-1 in 39/25.
2. *Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (ZNUZSZS)*. Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23, 136/23 – ZIUZDS, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N.
3. *Zakon o preglednosti finančnih odnosov in ločenem evidentiranju različnih dejavnosti (ZP-FOLERD-1)*. Uradni list RS, št. 33/11.
4. *Zakon o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju (ZSTSPJS)*. Uradni list RS, št. 95/24.
5. *Zakon o zdravniški službi (ZZdrS)*. Uradni list RS, št. 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, 35/24, 32/25 – ZZDej-N in 40/25 – ZPPKZD.
6. *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, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N.
7. *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 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPO-PDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ in 32/25.
8. Korpič Horvat, Etelka: *Pravilnost in smotrnost poslovanja javnih zavodov*, *Lex localis*, letnik II, številka 2, 2004, stran 135–148.
9. Rozman, Rudi, Kovač, Jure, Bojana, Filej, Robida, Andrej: *Management v zdravstvenih organizacijah*, 2019.
10. Tajnikar, Maks: *V zdravstvu ne moreš biti samo manager, ampak je potrebno razumeti celotni sistem delovanja zdravstvene ustanove*. <http://efnet.si/2013/09>
11. Podatki o poslovanju izvajalcev zdravstvene dejavnosti, izkazani v letnih poročilih za obdobje 2019–2014, in zbrani podatki o poslovanju JZZ s stani ZDRZZ za prvo polletje 2025.
12. Podatki o poslovanju izvajalcev zdravstvene dejavnosti v letu 2024 na spletni strani AJPes za leto 2024. <https://www.ajpes.si/>
13. Podatki o realizaciji zdravstvenih storitev v letu 2022, 2023 in 2024 na spletni strani ZZZS. <https://www.zzzs.si/>

BELEŽKE

[illegible]

dr. Katarina Beravs Bervar
Javna agencija Republike Slovenije
za kakovost v zdravstvu



Vrednotenje novih zdravstvenih tehnologij in vključevanje v sistem financiranja

Povzetek

Evropska unija je z Uredbo (EU) 2021/2282 vzpostavila nov okvir za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA). Ta prinaša skupna klinična vrednotenja (JCA), skupne znanstvene posvete (JSC), sistem zgodnjega zaznavanja novih tehnologij ter prostovoljno sodelovanje držav članic pri metodologiji in krepitvi zmogljivosti.

V Sloveniji je za izvajanje uredbe in za nacionalna vrednotenja odgovorna Javna agencija Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu (JAKZ). Agencija vodi postopke ocenjevanja, pripravlja sezname tehnologij, izdaja poročila v roku 90 dni in vključuje deležnike v vse faze postopka. Posebej pomembno je, da se vrednotijo zdravstvene tehnologije, ki bodo financirane iz obveznega zdravstvenega varstva, in tiste, ki bodo predmet skupnih kliničnih vrednotenj na ravni EU.

Postopek HTA vključuje klinični del, ki temelji na modelu PICO in ocenjuje učinkovitost ter varnost zdravstvenih tehnologij, ter neklinični del, ki se osredotoča na stroškovno učinkovitost, etične in družbene vidike ter organizacijske vplive in pravičnost. Vključevanje deležnikov – države, plačnikov, izvajalcev, razvijalcev, strokovnjakov in (zelo pomembno!) pacientov – zagotavlja transparentnost in legitimnost odločitev.

Abstract

The European Union has adopted Regulation (EU) 2021/2282, which establishes a new framework for Health Technology Assessment (HTA). The regulation introduces Joint Clinical Assessments (JCA), Joint Scientific Consultations (JSC), a horizon scanning system for emerging technologies, and voluntary cooperation of member states on methodology and capacity building.

In Slovenia, the Slovenian Quality Health Care Agency (JAKZ) is responsible for implementing the regulation and for conducting national HTA processes. The agency leads evaluations, prepares lists of technologies, publishes reports within 90 days, and engages stakeholders throughout the process. Importantly, health technologies funded by the public healthcare system and those subject to EU-level JCAs will undergo assessment.

HTA consists of a clinical part, based on the PICO framework, which assesses efficacy and safety, and a non-clinical part, which examines cost-effectiveness, ethical and social aspects, and organizational impacts, equity. Stakeholder involvement – including government, payers, providers, developers, experts, and very important patients – ensures transparency and legitimacy.

Vzpostavitev agencije in novi postopki pomenijo korak k preglednejšemu in usklajenemu sistemu, ki zagotavlja, da bodo nove zdravstvene tehnologije uvajane na podlagi dokazov, ob hkratni skrbi za dostopnost in vzdržnost zdravstvenega sistema.

The establishment of the agency and the new procedures mark a step towards a more transparent and coordinated system, ensuring that new health technologies are introduced based on evidence, while safeguarding patient access and the sustainability of the healthcare system.

1. UVOD

Zdravstvene tehnologije zajemajo širok spekter obravnav v zdravstvu, od zdravil, medicinskih pripomočkov, diagnostičnih in terapevtskih postopkov ter posegov do organizacijskih sistemov, digitalnih orodij in preventivnih programov. Gre torej za vse ukrepe in sredstva, ki se uporabljajo za preprečevanje bolezni, zdravljenje, diagnosticiranje, obravnavo in izboljšanje kakovosti življenja.

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (Health Technology Assessment, HTA) je multidisciplinaren proces, namenjen sistematični presoji kliničnih in nekliničnih vidikov zdravstvenih tehnologij. Njegov glavni cilj je podpreti odločevalce z na dokazih temelječimi učinkovitostjo, varnostjo, ekonomsko učinkovitostjo in širšim družbenim vplivom (1). Cilj HTA je zagotoviti znanstveno podprte, nepristranske in pregledne informacije, ki so v pomoč pri oblikovanju zdravstvenih politik in odločanju o tem, katere zdravstvene tehnologije naj bodo vključene v obvezno zdravstveno varstvo. HTA tako ni le tehnična ocena, temveč proces, ki prispeva k izboljšanju kakovosti odločanja, večji pravičnosti in trajnostnemu razvoju zdravstvenih sistemov.

Evropska unija je s sprejetjem Uredbe (EU) 2021/2282 o vrednotenju zdravstvenih tehnologij, ki se je začelo postopno uporabljati od januarja letos, postavila trdne temelje za enotnejši in bolj usklajen pristop k ocenjevanju novih zdravil, nekaterih medicinskih pripomočkov in drugih zdravstvenih tehnologij (2). Uredba določa štiri glavne domene sodelovanja držav članic: skupna klinična vrednotenja (Joint Clinical Assessments, JCA), skupne znanstvene posvete (Joint Scientific Consultations, JSC), sistem zgo-

dnjega zaznavanja novih tehnologij (Emerging Health Technologies, EHT) ter prostovoljno sodelovanje pri razvoju metodologije in izmenjavi dobrih praks (2). Tako so od januarja 2025 skupna klinična vrednotenja obvezna za nova onkološka zdravila in napredna zdravljenja, od leta 2028 bodo obvezna za zdravila za redke bolezni in od leta 2030 dalje za vsa nova zdravila, odobrena po centraliziranem postopku pri Evropski agenciji za zdravila (EMA), določene medicinske pripomočke in vitro diagnostične pripomočke.

2. UVEDBA UREDBE V SLOVENSKI PROSTOR IN PRAVNA PODLAGA

Na nacionalni ravni je Slovenija ustanovila Javno agencijo Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu (JAKZ), ki je prevzela naloge Sektorja za vrednotenje zdravstvenih tehnologij pri Ministrstvu za zdravje (3). JAKZ je nacionalni nosilec za vrednotenje zdravstvenih tehnologij in hkrati predstavnik Slovenije v Evropski koordinacijski skupini za HTA za izvajanje Uredbe (EU) 2021/2282 ter lahko sodeluje v skupnih kliničnih vrednotenjih in znanstvenih posvetih kot ocenjevalec ali so-ocenjevalec. V okviru izvajanja Uredbe JAKZ zastopa slovensko klinično prakso v postopku tako imenovanega PICO scoping, ki je del priprave skupnih kliničnih vrednotenj. V tem postopku JAKZ prispeva k oblikovanju raziskovalnega vprašanja in določanju obsega ocenjevanja za skupno klinično vrednotenje, ki odraža tudi klinično prakso v Sloveniji (2).

PICO scoping je začetna faza priprave skupne klinične ocene v okviru izvajanja Uredbe (EU) 2021/2282 (2). Gre za postopek, v katerem sodelujoče države članice, ki jih koordinirata

ocenjevalec in soocenjevalec, opredelijo raziskovalno vprašanje in obseg ocenjevanja, ki bo vodilo pripravo skupne klinične ocene določene zdravstvene tehnologije (npr. novega zdravila ali medicinskega pripomočka). PICO je kratica, ki predstavlja štiri osnovne elemente raziskovalnega vprašanja:

- P – populacija (Population): katera populacija je predmet vrednotenja,
- I – intervencija (Intervention): katera zdravstvena tehnologija se ocenjuje,
- C – primerjalnik (Comparator): s katero obstoječo terapijo ali pristopom se nova zdravstvena tehnologija primerja,
- O – izidi (Outcomes): kateri klinični izidi, kazalniki uspešnosti ali vplivi na kakovost življenja se bodo ocenjevali.

Postopek PICO scoping je namenjen zagotavljanju, da skupna klinična ocena odraža dejansko klinično prakso in potrebe pacientov v posameznih državah članicah. Države, med njimi tudi Slovenija, v tem postopku prispevajo vpogled v nacionalne standarde zdravljenja, razpoložljive primerjalne terapije in relevantne izide.

Kadar Slovenija nastopa kot ocenjevalka ali soocenjevalka, ima JAKZ vlogo koordinatorja pri pripravi PICO scoping in oblikovanju končnega PICO obsega ocenjevanja, ki predstavlja temelj za pripravo skupne klinične ocene. Pri izdelavi te ocene sodelujeta tako ocenjevalec kot soocenjevalec, končno poročilo pa se po zaključku postopka uporablja kot referenčni dokument v nacionalnih postopkih vrednotenja zdravstvenih tehnologij.

Pravna podlaga za ustanovitev in delovanje JAKZ je Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu, ki ga je Državni zbor sprejel decembra 2024 (3). Zakon je bil zasnovan z namenom, da se zagotovi enotno, pregledno in strokovno podprto urejanje področja kakovosti in varnosti zdravstvenega sistema ter področja vrednotenja zdravstvenih tehnologij. Zakon določa, da je eden od pomembnih ciljev zagotavljanje sistematične, nepristranske, zanesljive in strokovne ocene zdravstvenih tehnologij, ki služi kot podlaga za sprejemanje odločitev o tem, katere zdravstvene tehnologije naj bodo vključene

v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Postopek vrednotenja vodi JAKZ.

V okviru zakona je natančno opredeljeno, da JAKZ:

- pripravlja letne sezname zdravstvenih tehnologij za nacionalno vrednotenje na podlagi vnaprej določenih meril, kot so breme bolezni, prednostno področje zdravstva, pomembna odstopanja zdravstvenih tehnologij v praksi, etična načela uporabe, družbeni vpliv ter vpliv na proračun in sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS),
- vodi postopke ocenjevanja, vključno s kliničnim in nekliničnim delom,
- pripravlja poročila o vrednotenju in jih javno objavlja do roka 90 dni,
- vključuje deležnike v postopke ter zagotavlja transparentnost in možnost odziva,
- zastopa Slovenijo v okviru izvajanja evropske Uredbe (EU) 2021/2282.

S tem je zakon o kakovosti v zdravstvu ustvaril pravno in institucionalno podlago, ki omogoča, da Slovenija izpolnjuje obveznosti iz evropske uredbe o HTA in hkrati razvija nacionalni sistem vrednotenja zdravstvenih tehnologij, ki podpira dostopnost, varnost in vzdržnost zdravstvenega sistema.

V Sloveniji se trenutno zdravstvene tehnologije vrednotijo po različnih poteh. Zdravila se uvrščajo na pozitivno listo ZZZS, medicinski pripomočki za domačo rabo gredo prav tako skozi postopke pri ZZZS, cepiva so vključena v nacionalni program cepljenja na podlagi strokovnih priporočil, Zdravstveni svet pa kot posvetovalno telo Ministrstva za zdravje obravnava uvajanje novih metod zdravljenja in diagnostičnih postopkov (4,5). Novi sistem HTA te poti združuje in nadgrajuje, saj bo omogočal, da vse tehnologije, ki bodo financirane iz javnega zdravstva, kot tudi tiste, ki bodo predmet skupnih kliničnih vrednotenj v EU, prestanejo enoten, transparenten in strokovno utemeljen postopek.

3. POSTOPEK VREDNOTENJA

Postopek vrednotenja sestavljata klinični in ne-klinični del. Klinični del se osredotoča na vprašanje, kakšne učinke ima zdravstvena tehnologija na izide zdravljenja in kakovost življenja pacientov. Ta del temelji na mednarodno uveljavljenem modelu PICO, ki omogoča sistematično primerjavo med novo zdravstveno tehnologijo in obstoječimi načini zdravljenja oziroma obravnave (6). Analizirajo se randomizirane klinične raziskave, podatki iz realnega kliničnega okolja (Real World Evidence, RWE), varnostni profil in vpliv na specifične populacije, kot so na primer otroci, starejši ali bolniki z redkimi boleznimi.

Neklinični del pa klinične dokaze dopolnjuje z vidiki stroškovne učinkovitosti, proračunskih vplivov, etike, pravičnosti, družbenih učinkov in organizacijskih sprememb, ki jih uvajanje nove zdravstvene tehnologije prinaša. Posebej pomembni so farmakoekonomski modeli, ki ocenjujejo stroške na enoto pridobljenega izida, na primer kakovosti prilagojeno leto življenja (QALY), in analize vpliva na zdravstveni proračun. Ta del vključuje tudi etične dileme, kot so dostopnost za ranljive skupine, socialna pravičnost in vpliv na enakost.

Posebna vloga je namenjena vključevanju deležnikov. V postopke vrednotenja zdravstvenih tehnologij so vključeni ključni deležniki zdravstvenega sistema, regulatorji in plačniki zdravstvenih storitev, izvajalci zdravstvene dejavnosti, razvijalci zdravstvenih tehnologij, strokovna združenja in akademske ustanove, pa tudi pacienti ter njihove organizacije, ki s svojimi izkušnjami prispevajo k celovitejšemu in uravnoteženemu vrednotenju.

Slovenija pri oblikovanju svojega sistema vrednotenja zdravstvenih tehnologij sledi izkušnjam številnih držav članic Evropske unije. Poleg primerov iz srednje in vzhodne Evrope, kjer so sistemi HTA omogočili večjo transparentnost in metodološko usklajenost (7), se Slovenija ozira tudi na Nizozemsko in Irsko, ki veljata za državi z razvojem sodobnih pristopov HTA. Na Nizozemskem ima vrednotenje zdravstvenih

tehnologij dolgo tradicijo in je tesno povezano z zdravstveno politiko. Tamkajšnji sistem poudarja pomen celovitih analiz, ki vključujejo klinične in ekonomske vidike, pa tudi družbene učinke, in se je prilagodil tako, da bo JCA osnova za nacionalna neklinična vrednotenja (8). Irsko pa je v zadnjih letih razvila poseben triažni sistem, ki omogoča, da se vloge za vrednotenje zdravstvenih tehnologij razvrstijo glede na zahtevnost, pričakovani vpliv na zdravstveni sistem in obseg dokazov. Enostavnejše zdravstvene tehnologije tako ne gredo skozi celoten postopek HTA, temveč skozi hitrejšo, poenostavljeno oceno, medtem ko kompleksne prestanejo poglobljeno ocenjevanje. Ta pristop povečuje učinkovitost sistema, zmanjšuje administrativne obremenitve ter omogoča hitrejši dostop pacientov do manj kompleksnih inovacij, hkrati pa ohranja strogo metodologijo pri ocenjevanju zdravstvenih tehnologij z večjim vplivom na zdravstveni sistem (9).

4. PRIHODNJI RAZVOJ

Slovenija se pripravlja na prihodnje izzive s postavitvijo celovitega informacijskega sistema, ki bo predlagateljem olajšal pripravo vlog, ocenjevalcem pa nudil strukturirano podporo pri obdelavi kliničnih in nekliničnih podatkov. Sistem bo omogočal sledljivost, transparentnost in učinkovitost postopkov. Obenem se krepi strokovna zmogljivost JAKZ s kadri in usposabljanji, v prihodnosti vključno z uvajanjem digitalnih rešitev ter umetne inteligence v postopke vrednotenja, saj Uredba (EU) 2021/2282 z letom 2030 določa obvezno skupno klinično vrednotenje za vsa nova zdravila (2).

5. ZAKLJUČEK

Vzpostavitev JAKZ in implementacija Uredbe (EU) 2021/2282 sta pomemben korak k celovitemu, preglednemu in evropsko usklajenemu sistemu vrednotenja zdravstvenih tehnologij v Sloveniji. Cilj tega procesa je jasen: zagotoviti, da so odločitve o uporabi in financiranju novih zdravstvenih tehnologij utemeljene na najboljših razpoložljivih dokazih, da pacientom omogočajo enakopraven dostop ter hkrati zagotavljajo dolgoročno vzdržnost zdravstvenega

sistema. Slovenija pri uvajanju sistema HTA ne črpa le iz regionalnih praks, temveč upošteva tudi izkušnje držav, ki so metodološko naprednejše in že dalj časa izvajajo sistematične postopke. Kombinacija izkušenj predstavlja bogato podlago, ki omogoča, da se slovenski sistem oblikuje pregledno, učinkovito in v skladu z najboljšimi evropskimi standardi.

6. LITERATURA

1. O'Rourke, Oortwijn, Schuller. *The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration*. *Int J Technol Assess Health Care*. 2020;36(3): 187–90. doi:10.1017/S0266462320000215.
2. Regulation (EU) 2021/2282 on Health Technology Assessment. EUR-Lex 22.12.2021. Regulation - 2021/2282 - EN - EUR-Lex (dostopano oktobra 2025)
3. Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu. Uradni list RS, št. 102/2024, 3. 12. 2024. <https://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2024-01-3196> (dostopano oktobra 2025)
4. Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo. Uradni list RS, št. 35/2013, 3. 4. 2013. Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo (PISRS) (dostopano oktobra 2025)
5. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Zdravstveni svet. Postopek obravnave vlog za nove zdravstvene programe. Postopek obravnave vlog za nove zdravstvene programe | GOV.SI (dostopano oktobra 2025)
6. What is PICO? Cochrane Library About PICO | Cochrane Library (dostopano oktobra 2025)
7. Gulácsi, Rotar, Niewada et al. *Health technology assessment in Poland, the Czech Republic, Hungary, Romania and Bulgaria*. *Eur J Health Econ* 2014;15(1): 13–25. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0590-8>
8. Willemsen, Rutten-van Mölken, et al. *Preparing for the EU HTA Regulation: Insights from the Dutch Perspective*. *Journal of Market Access & Health Policy* 2025;13(3):35. doi: 10.3390/jmahp13030035.
9. Connolly, O'Donnell, Lamrock et al. *Health Technology Assessment of Drugs in Ireland: An Analysis of Timelines*. *PharmacoEconomics - Open* 2020;4: 287–296. doi: 10.1007/s41669-019-00177-8.

BELEŽKE

[illegible]



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, 26. Postojna, oktober 2025