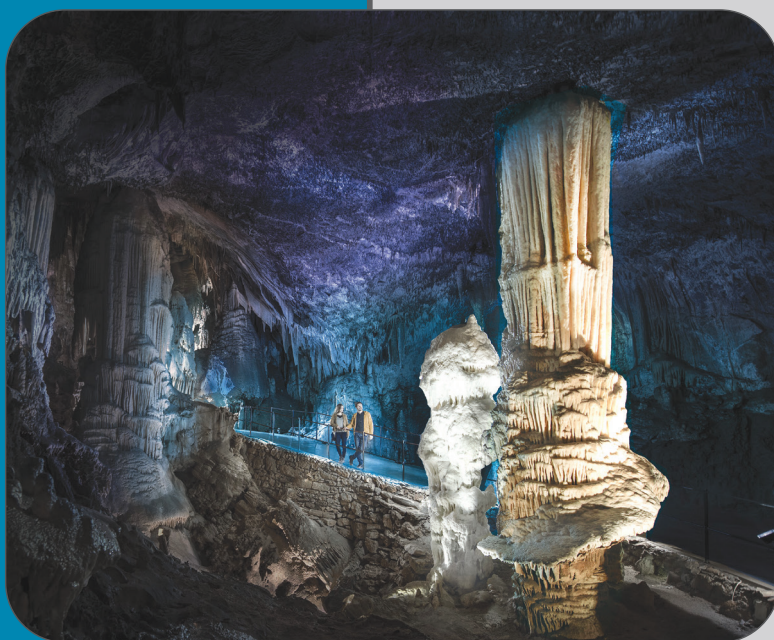


27.

**JESENSKO SREČANJE
EKONOMISTOV IN POSLOVODNIH
DELAVCEV V ZDRAVSTVU**

**»KOMU JE ZDRAVSTVO
RES POMEMBNO?«**



**POSTOJNA, Hotel JAMA
22. in 23. oktober 2026**



**ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU**

»Komu je zdravstvo res pomembno?«

POSTOJNA Hotel JAMA
22. in 23. oktober 2026



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, Metka Jevšenak, mag. Tatjana Kolenc,
Vida Komel, Miran Merkuš, mag. Nevenka Romih, doc. dr. Denis Tomše, Jana Vučak,
Nino Zajc, Rok Škvarč, Matjaž Žura

PROGRAMSKI ODBOR SREČANJA:

Helena Ulčar Šumčič in Bogdan Tušar

ORGANIZACIJSKI ODBOR SREČANJA:

Irena Mrzelj

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu
Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana
Ljubljana, oktober 2026

Lektoriranje: HIERONYMUS prevajanje in lektoriranje,
Nives Mahne Čehovin

Za ogled publikacije lahko uporabite naslednjo povezavo:

<https://www.devz.si/2026/10/20/zbornik-in-prezentacije-27-jesenskega-srecanja-ekonomistov-in-poslovodnih-delavcev-v-zdravstvu-postojna-22-in-23-oktober-2026/>

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

COBISS.SI-ID 301615363

ISBN 978-961-95979-8-9 (PDF)

PROGRAM SREČANJA

Četrtek, 22. oktober 2026

08:30 – 09:30	Registracija udeležencev
09:30 – 09:40	Komu je zdravstvo res pomembno? - uvodni nagovor <i>Helena Ulčar Šumčič, predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu</i>
09:40 – 10:00	Obseg zdravstvenih pravic v času omejenih virov <i>mag. Ana Vodičar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije</i>
10:00 – 10:20	Primarno zdravstvo - prvi stik, zadnja skrb? <i>doc. dr. Denis Tomše, Zdravstveni dom Trbovlje</i>
10:20 – 10:40	Nova agencija, nova pravila igre? <i>mag. Klavdija Kobal Straus, Javna agencija RS za kakovost v zdravstvu</i>
10:40 – 11:00	Od nadzora k zaupanju - nova paradigma kakovosti <i>Biserka Simčič, članica sveta Javne agencije RS za kakovost v zdravstvu</i>
11:00 – 11:20	Ekonomska in družbena donosnost naložbe v zdravstvo <i>dr. Jože Sambt, Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani</i>
11:20 – 11:30	Razprava
11:30 – 12:00	Odmor
12:00 – 12:15	Realizacija in prihodnost projektov eZdravja <i>mag. Katarina Kralj, Ministrstvo za zdravje</i>
12:15 – 12:30	eNaročanje po prenovi: kaj pridobijo pacienti in kaj izvajalci? <i>Hajdi Kosednar, Nacionalni inštitut za javno zdravje</i>
12:30 – 12:45	Digitalizacija po meri izvajalcev: potrebe, želje in realnost <i>Maja Arzenšek, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor</i>
12:45 – 13:05	Od razpršenih podatkov do enotnega pogleda na zdravstveni sistem <i>Nina Graj, Univerzitetni klinični center Ljubljana</i>
13:05 – 13:20	Razprava
13:20 – 14:00	Goreti, a ne izgoreti na delovnem mestu <i>Damijan Perne, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana</i>
14:00 – 16:00	Kosilo
16:00 – 19:00	Izlet
20:00	Družabni večer

Petek, 23. oktober 2026

- 09:00 – 09:30 Številke ne lažejo. Jih pa radi preslišimo**
prim. mag. Dorijan Marušič, Zdravstveni zavod Celjenje
- 09:30 – 10:00 Usmeritve zdravstvene politike v novem mandatu, pacient v središču?**
dr. Tadej Ostrc, minister za zdravje
- 10:00 – 10:20 Izzivi in priložnosti zdravstvene blagajne usmerjene v pacienta**
mag. Robert Ljoljo, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 10:20 – 10:40 Med potrebami pacientov in zmožnostmi sistema**
Dimitrij Klančič, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica
- 10:40 – 10:55 Odmor**
- 10:55 – 11:15 Preventiva od rojstva**
doc. dr. Marko Pokorn, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 11:15 – 11:35 Pacient v središču ali na robu sistema?**
mag. Irena Žagar, zastopnica pacientovih pravic
- 11:35 – 12:05 OKROGLA MIZA: Pacienti, politika, izvajalci, plačnik - skupni cilj, različni interesi ali komu je zdravstvo res pomembno?**
*moderira: prim. mag. Dorijan Marušič,
gostje: dr. Tadej Ostrc, mag. Robert Ljoljo, doc. dr. Denis Tomše,
Dimitrij Klančič, doc. dr. Marko Pokorn, mag. Irena Žagar*
- 12:05 – 12:30 Razprava in sporočila srečanja**
- 12:30 Zaključek srečanja**

VSEBINA

Komu je zdravstvo res pomembno? - uvodni nagovor	7
doc. dr. Denis Tomše, Društvo ekonomistov v zdravstvu	
Primarno zdravstvo - prvi stik, zadnja skrb?	11
doc. dr. Denis Tomše, Zdravstveni dom Trbovlje	
Kakovost in varnost zdravstvene obravnave kot dejavnik učinkovitosti zdravstvenega sistema	21
mag. Klavdija Kobal Straus, direktorica, Javna agencija Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu	
Od nadzora k zaupanju: nova paradigma kakovosti	31
Biserka Simčič, članica sveta Javne agencije RS za kakovost v zdravstvu	
eNaročanje po prenovi: kaj pridobijo pacienti in kaj izvajalci?	37
Hajdi Kosednar, Nacionalni inštitut za javno zdravje	
Od razpršenih podatkov do enotnega pogleda na zdravstveni sistem	43
Nina Graj, Univerzitetni klinični center Ljubljana	
Pacient v središču ali na robu sistema?	51
mag. Irena Žagar, zastopnica pacientovih pravic	



doc. dr. Denis Tomše
Društvo ekonomistov v zdravstvu



»Komu je zdravstvo res pomembno?«

Letošnje, že 27. jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, ki ga ponovno gosti Postojna, smo naslovili »Komu je zdravstvo res pomembno?«. Na prvi pogled se zdi odgovor samoumeven. Pacientom, zaposlenim, vodstvom zdravstvenih zavodov, plačniku in zdravstveni politiki. Vsak od teh deležnikov ima svoje razloge, pričakovanja in odgovornosti. Toda če nam je zdravstvo res vsem tako pomembno, zakaj se že vrsto let ukvarjamo s podobnimi težavami? Odgovor verjetno ni v pomanjkanju interesa, temveč v različnih pogledih na to, kaj pomeni uspešen zdravstveni sistem. Vsak namreč na delovanje zdravstva gleda nekoliko drugače, pogosto predvsem z vidika lastnih interesov in odgovornosti. Težave nastanejo, ko se ti pogledi ne dopolnjujejo, ampak si začnejo nasprotovati.

Na dosedanjih srečanjih smo obravnavali številna vprašanja, povezana z organizacijo, financiranjem, kakovostjo in dostopnostjo zdravstvenih storitev. Opozarjali smo na kadrovske težave, neustrezno vrednotenje posameznih programov, potrebo po boljšem upravljanju in nujnost sodelovanja med deležniki. V zadnjih letih smo bili priča tudi številnim zakonodajnim in organizacijskim spremembam. Nekatere so prinesle napredek, druge so odprle nova vprašanja, pri marsikateri pa bo treba na dejanske učinke še počakati. Posameznih težav ni mogoče obravnavati ločeno. Sprememba financiranja vpliva na organizacijo dela, organizacija na obremenjenost zaposlenih, ta na kakovost obravnave, kakovost in dostopnost pa neposredno na zadovoljstvo pacientov. Zdravstvo je povezan sistem, v katerem lahko tudi dobronameren ukrep na enem področju povzroči težave drugje.

Lansko srečanje je potekalo pod naslovom »Zdravstvo = ekonomski izziv«. Takrat smo poudarili, da ekonomika zdravstva ni zgolj vprašanje prihodkov, odhodkov in poslovnega rezultata, temveč predvsem odgovornega ravnanja z omejenimi viri. Denar je pomemben, nikakor pa ni edini omejitveni dejavnik. Še večji izziv pogosto predstavljajo razpoložljivi kadri, njihov čas, organizacija dela in sposobnost učinkovitega povezovanja posameznih delov sistema. Letos želimo razpravo nadaljevati z nekoliko drugačnega zornega kota. Če smo se lani spraševali, kako učinkovito upravljati zdravstvo, se letos sprašujemo, kdo je pripravljen prevzeti odgovornost za odločitve, ki so za njegovo dolgoročno uspešnost nujne. Prepoznati težavo je razmeroma preprosto. Precej težje je sprejeti rešitev, ki zahteva spremembo ustaljenega načina dela ali poseže v interese posameznih deležnikov.

Med zahtevnejšimi vprašanji, ki se jim v prihodnosti verjetno ne bomo mogli izogniti, je obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Staranje prebivalstva, naraščanje kroničnih bolezni in razvoj novih metod zdravljenja povečuje potrebe po zdravstvenih storitvah, razpoložljivi viri pa temu ne morejo neomejeno slediti. Iskati bo treba ravnovesje med pričakovanji prebivalstva, razpoložljivimi sredstvi in možnostmi zdravstvenega sistema. Gre za občutljivo področje, na katerem preprostih odgovorov ni. Zahteva širši družbeni dogovor in pripravljenost, da se o njem odkrito pogovarjamo.

S tem je povezano financiranje zdravstvenih programov, zlasti na primarni ravni. Zdravstvene domove pogosto označujemo kot temelj zdravstvenega sistema, hkrati pa od njih pri-

čakujemo vedno več. Ob povečevanju potreb prebivalstva in zahtevnosti obravnav se upravičeno zastavlja vprašanje, ali obstoječi modeli financiranja še ustrezno odražajo dejanske stroške izvajanja programov. Prav financiranje primarnega zdravstvenega varstva odpira nekatera vprašanja, ki si zaslužijo več pozornosti, kot so je bila deležna doslej.

Finančni rezultat seveda ni edino merilo uspešnosti zdravstvenega sistema. V zadnjem obdobju smo z vzpostavljanjem novega zakonodajnega in institucionalnega okvira naredili pomembne korake na področju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Veliko pričakujemo tudi od Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu. Toda sprejeti pravilniki, vzpostavljene evidence in zbrani kazalniki sami po sebi še ne pomenijo kakovostnejšega zdravstva. Odločilno bo, kako bomo zastavljene cilje prenesli v vsakodnevno prakso in ali bodo spremembe dejansko prispevale k boljši obravi pacientov.

Odpira se tudi vprašanje odnosa med nadzorom in zaupanjem. Zdravstvene organizacije potrebujejo jasna pravila in odgovornost, hkrati pa okolje, v katerem lahko zaposleni opozarjajo na težave in sodelujejo pri njihovem odpravljanju. Iskanje ravnovesja med obema pristopoma je pomemben izziv za vodstva zdravstvenih zavodov. Kakovosti namreč ni mogoče zagotoviti samo s predpisi in nadzorom, temveč tudi z načinom vodenja in organizacijsko kulturo.

Ko govorimo o stroških zdravstva, pogosto pozabljamo, da zdravstvena dejavnost ustvarja tudi pomembne ekonomske in družbene koristi. Uspešno zdravljenje, preprečevanje bolezni in podaljševanje zdravega življenjskega obdobja vplivajo na številna področja družbe. Zato vlaganje v zdravstvo ne bi smeli presoјati zgolj skozi neposredne odhodke zdravstvene blagajne. Razumeti moramo tudi njihove širše učinke in prispevek k razvoju družbe.

Velik del pričakovanj glede izboljšanja učinkovitosti je povezan z digitalizacijo. V zadnjih letih smo na tem področju izvedli številne projekte, vendar ostaja odprto vprašanje, koliko bodo ti dejansko poenostavili delo zaposlenih in izbolj-

šali izkušnjo pacientov. Ob zaključku projektov, financiranih z evropskimi sredstvi, se odpirajo vprašanja njihove uvedbe v prakso, nadaljnjega financiranja in obveznosti, ki jih bodo nove rešitve prinesle izvajalcem. Digitalizacija mora biti namenjena izboljševanju procesov, ne zgolj uvajanju novih informacijskih rešitev.

Med pomembnejšimi projekti je prenova sistema eNaročanja, ki odpira nove možnosti za preglednejše naročanje in spremljanje dostopnosti zdravstvenih storitev. Toda tehnologija sama po sebi ne more odpraviti vseh organizacijskih in kadrovske težave. Uspešnost takšnih rešitev bo odvisna tudi od njihovega sprejemanja in uporabe pri izvajalcih.

V zdravstvenem sistemu zbiramo velike količine podatkov, vendar jih pri upravljanju pogosto še ne znamo dovolj učinkovito uporabiti. Razpršenost informacij, različne metodologije in nepovezani informacijski sistemi otežujejo celovit pregled nad delovanjem zdravstvenih zavodov. Boljša dostopnost in primerljivost podatkov bi lahko pomembno prispevali k odločanju tako na ravni posameznih organizacij kot celotnega zdravstvenega sistema.

Pri vseh organizacijskih in tehnoloških spremembah ne smemo pozabiti na zaposlene. Zdravstveni sistem že dolgo deluje pod velikimi kadrovskimi pritiski, ki se odražajo v obremenjenosti, odsotnostih in težavah pri zagotavljanju kontinuitete dela. Pogosto pričakujemo, da bodo zaposleni z dodatnim trudom nadomestili pomanjkljivosti organizacije ali financiranja. Kratkoročno je to včasih mogoče, dolgoročno pa takšen pristop ni vzdržen. Skrb za zaposlene in preprečevanje izgorelosti zato nista le vprašanja posameznika, temveč tudi pomembni nalogi vodstev zdravstvenih zavodov. Kako uspešen je slovenski zdravstveni sistem, je mogoče presoјati z različnih vidikov. Na voljo imamo številne podatke o financiranju, kadrih, opravljenih storitvah in dostopnosti, vendar jih pogosto različno razlagamo. Številke same po sebi še ne povedo vsega, prav tako pa jih ne bi smeli prezreti, kadar opozarjajo na težave. Pomembno je, da smo pripravljeni o njih odkrito razpravljati in na njihovi podlagi iskati ustrezne rešitve.

Ob začetku novega političnega obdobja bodo posebej zanimive tudi usmeritve zdravstvene politike. Zdravstveni zavodi težko načrtujejo razvoj, če se pravila financiranja, organizacijske zahteve in prednostne naloge prepogosto spreminjajo. Zato od zdravstvene politike pričakujemo jasne cilje, predvidljivo okolje in ustrezne pogoje za izvajanje načrtovanih sprememb. Prav pri zagotavljanju teh pogojev se v praksi pogosto pokaže največja razlika med zastavljenimi cilji in možnostmi njihove uresničitve.

Pomembno vlogo ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Kot osrednji plačnik zdravstvenih storitev mora zagotavljati finančno vzdržnost sistema, hkrati pa s svojimi odločitvami vpliva na delovanje izvajalcev. V prihodnje bo vse pomembnejše, kako uskladiti potrebe pacientov, razpoložljiva sredstva in modele financiranja, ki bodo izvajalce spodbujali h kakovostnemu in učinkovitemu delu. Uspešnosti plačnika in izvajalcev ne bi smeli obravnavati kot dveh ločenih ciljev, temveč kot dva vidika uspešnosti istega zdravstvenega sistema.

Vprašanje dostopnosti je bistveno širše od zagotavljanja dodatnih finančnih sredstev. Zdravstvene potrebe prebivalstva in razpoložljive zmogljivosti niso enakomerno porazdeljene, zato potrebujemo boljše načrtovanje zdravstvene mreže in učinkovitejše povezovanje med posameznimi ravni zdravstvenega varstva. Vodstva zdravstvenih zavodov so pogosto postavljena pred zahtevno nalogo usklajevanja pričakovanj pacientov, razpoložljivih kadrov in finančnih omejitev. Od njih se pričakuje večja dostopnost, širši obseg storitev in stabilno poslovanje, čeprav vseh teh ciljev z obstoječimi zmogljivostmi ni vedno mogoče doseči hkrati. Zato je pomembno, da so odgovornosti posameznih deležnikov jasno opredeljene.

Več pozornosti moramo nameniti tudi preventivi. V sistemu, ki se že danes sooča z velikimi potrebami po zdravljenju, so vlaganja v preprečevanje bolezni pogosto premalo izpostavljena, čeprav lahko dolgoročno pomembno zmanjšajo zdravstveno in finančno breme. Preventiva se začne že ob rojstvu in mora posameznika spremljati skozi celo življenje. Njeni rezultati niso vedno takoj vidni, zato zahteva stabilno financi-

ranje in vztrajnost zdravstvene politike, ki pre-sega posamezne mandate.

V središču vseh teh razprav mora ostati pacient. Njegove pravice so v zakonodaji jasno opredeljene, vendar se njihovo dejansko uresničevanje pogosto razlikuje od zapisanega. Pacientu, ki več mesecev čaka na zdravstveno storitev, formalno zagotovljena pravica sama po sebi ne pomeni veliko. Zato moramo pri ocenjevanju uspešnosti sistema poleg finančnih in organizacijskih kazalnikov upoštevati tudi izkušnje pacientov. Njihova opozorila in pritožbe so lahko pomemben pokazatelj težav, ki jih običajna poslovna poročila ne zaznajo.

Letošnje srečanje bomo sklenili z razpravo med predstavniki pacientov, zdravstvene politike, izvajalcev in plačnika. Prav v takšnem pogovoru se bo najjasneje pokazalo, kako različni so lahko pogledi na isto težavo. Pacient pričakuje pravočasno obravnavo, izvajalec ustrezne pogoje za delo, plačnik finančno vzdržnost, zdravstvena politika pa uresničevanje zastavljenih ciljev. Nobeno od teh pričakovanj ni samo po sebi napacno. Težava nastane, ko uspeh posameznega deležnika začnemo enačiti z uspehom celotnega sistema. Pozitivno poslovanje zdravstvenega zavoda še ne pomeni nujno dobre dostopnosti, prav tako finančna stabilnost zdravstvene blagajne sama po sebi ne dokazuje, da so potrebe prebivalstva ustrezno zadovoljene.

Odgovor na vprašanje, komu je zdravstvo res pomembno, se ne skriva v naših izjavah in namelih, temveč predvsem v odločitvah, ki jih sprejemamo. Ekonomisti in poslovodni delavci v zdravstvu imamo pri tem pomembno odgovornost. Naša naloga ni zgolj zagotavljanje pozitivnega poslovnega rezultata, temveč tudi ustvarjanje pogojev za kakovostno, varno in dostopno zdravstveno obravnavo. Pri tem bomo morali znati preseči interese posameznih institucij in sprejeti tudi odločitve, ki niso vedno najugodnejše za nas, so pa potrebne za boljše delovanje celotnega sistema. Prav v tem vidim bistvo letošnje osrednje teme. Ni dovolj, da nam je zdravstvo pomembno. Pomembno je predvsem, kaj smo zanj pripravljeni storiti.

BELEŽKE

[illegible]

doc. dr. Denis Tomše
Zdravstveni dom Trbovlje



Primarno zdravstvo – prvi stik, zadnja skrb?

Povzetek

Primarno zdravstveno varstvo je prvi stik prebivalstva z zdravstvenim sistemom in raven, na kateri se opravi velik del obravnav, preventive, spremljanja kroničnih bolezni ter koordinacije zdravljenja. Ob vse večjih pričakovanjih glede dostopnosti, nadomeščanja in prevzemanja dodatnih nalog se postavlja vprašanje, ali je financiranje primarne ravni usklajeno z obveznostmi zdravstvenih domov.

V prispevku analiziramo poslovanje 58 javnih zdravstvenih domov v Sloveniji v letu 2025 in njihove obračunske podatke ZZZS. Po metodoloških korekcijah – med drugim zaradi razvojnih ambulant, glavarine, vrstic »PLAČAN PLAN«, ločeno zaračunljivega materiala (LZM), dermatoloških ekscizij in sodobnih oblog – ocenjeni neto finančni učinek odstopanj realizacije od primerljive osnovne ravni znaša približno 26,4 milijona EUR. Ker so zdravstveni domovi skupaj ustvarili 15,2 milijona EUR presežka, statična simulacija brez tega učinka pokaže približno –11,2 milijona EUR.

Na primeru ZD Trbovlje dejanski presežek 336,8 tisoč EUR po prihodkovnih korekcijah znaša približno –424,3 tisoč EUR. Po upoštevanju neposrednih stroškov dermatoloških ekscizij in izbranih korekcij nadurnega dela se rezultat izboljša na približno –292,5 tisoč EUR. Če v dodatnem scenariju upoštevamo še neto učinek preseganja glavarine, znaša približno –481,9 tisoč EUR; po

Abstract

Primary healthcare is the first point of contact with the healthcare system and provides a large share of treatment, prevention, chronic disease management and care coordination. This paper analyses the 2025 financial performance and compulsory health insurance settlement data of 58 public health centres in Slovenia, with a detailed case study of the Trbovlje Health Centre.

After methodological adjustments, including developmental clinics, capitation, "paid plan" items, dermatological excisions and modern wound dressings, the estimated net financial effect of programme deviations amounts to approximately EUR 26.4 million. Public health centres generated a combined surplus of EUR 15.2 million; a static simulation without this effect therefore yields approximately EUR –11.2 million.

In the Trbovlje Health Centre, the actual pre-tax surplus of EUR 336,800 changes to approximately EUR –424,300 after revenue-side adjustments and to EUR –292,500 after direct excision costs and selected overtime adjustments. An additional scenario that also removes the net effect of capitation overperformance yields approximately EUR –481,900. After removing the economic contribution of market activities, the central managerial scenario yields approximately EUR –785,100. The analysis is not an exact forecast at 100% programme realisation, but a stress test of the financing model.

izločitvi ekonomskega prispevka tržne dejavnosti pa v osrednjem poslovodskem scenariju približno –785,1 tisoč EUR. Analiza ni napoved natančnega rezultata pri 100-odstotni realizaciji, temveč stresni test financiranja.

Ključne besede: primarno zdravstvo, zdravstveni dom, financiranje, realizacija programa, poslovni rezultat, ZZZS

1. UVOD

Primarno zdravstveno varstvo pogosto označujemo kot temelj zdravstvenega sistema. Na tej ravni pacient praviloma prvič vstopi v sistem, tu se obravnava velik del zdravstvenih težav, spremljajo kronične bolezni, izvajajo preventivni programi, patronažna dejavnost, zdravstvena nega, zobozdravstvo, nujna medicinska pomoč, reševalni prevozi ter številne druge dejavnosti. Zdravstveni dom zato že dolgo ni zgolj prostor izvajanja družinske medicine. Od javnega zdravstvenega zavoda se hkrati pričakuje, da zagotavlja dostopnost, kontinuiteto in kakovost zdravstvene obravnave, uresničuje pogodbeno dogovorjene programe, zagotavlja nadomeščanje zaposlenih, investira v opremo in prostore ter ob vsem tem posluje gospodarno. Če pogledamo samo poslovne rezultate, slika primarne ravni v letu 2025 ni slaba: zdravstveni domovi so skupaj ustvarili 893.770.420 EUR prihodkov in 878.578.232 EUR odhodkov, razlika pa je znašala 15.192.188 EUR. Kljub skupnemu pozitivnemu rezultatu je leto z izgubo zaključilo 16 zdravstvenih domov.¹

Pozitiven poslovni rezultat pa sam po sebi še ne pove, zakaj je rezultat pozitiven. Zdravstveni dom lahko poleg prihodkov za pogodbeno dogovorjeni program ustvarja prihodke z realizacijo nad planiranim obsegom, dodatno plačanimi storitvami, posebnimi obdelavami, preseganjem glavarine in tržno dejavnostjo. Osrednje vprašanje prispevka je zato preprosto: kaj ostane od rezultata, ko postopoma odstranimo finančni učinek teh dodatnih virov in hkrati upoštevamo stroške, ki so zaradi dodatnega dela dejansko nastali?

Keywords: primary healthcare, health centre, financing, programme realisation, financial result, compulsory health insurance

2. PODATKI IN METODOLOGIJA

Analiza povezuje dve različni podatkovni osnovi. Prvi vir so podatki o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov za leto 2025, iz katerih izhajajo celotni prihodki, odhodki in poslovni rezultati zdravstvenih domov. Drugi vir so obračunski podatki ZZZS po posameznih izvajalcih in programih za obdobje 1–12 2025. Pri podrobni analizi ZD Trbovlje smo uporabili še letno poročilo, končni obračun ZZZS ter interne podatke o nadurnem delu, glavarini, izplačilih izvajalcem dermatoloških ekscizij in histopatologiji.² Gre za različne podatkovne osnove. Obračunska vrednost programov ZZZS ni enaka celotnim računovodskim prihodkom, saj ti vključujejo tudi druge prihodke javne službe, tržno dejavnost ter finančne in druge prihodke. Obračunske podatke zato uporabljamo za oceno neto finančnega učinka odstopanj realizacije od primerljive osnovne ravni programa, računovodske podatke pa za ugotavljanje dejanskega poslovnega rezultata. Analizo je treba razumeti kot stresni test financiranja in ne kot izračun natančnega hipotetičnega poslovnega izida.

2.1 Izbor zdravstvenih domov in osnovna razlika

Izvorna podatkovna zbirka ZZZS je med izvajalce tipa »zdravstveni dom« uvrščala 60 izvajalcev.

¹ Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Rezultati poslovanja javnih zdravstvenih zavodov v letu 2025 (2026).

² Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Rezultati poslovanja javnih zdravstvenih zavodov v letu 2025 (2026); ZZZS, Obračunski podatki programov zdravstvenih domov za obdobje 1–12 2025 (2026); Zdravstveni dom Trbovlje, Letno poročilo ZD Trbovlje za leto 2025 (2026); ZZZS, Obvestilo o obračunu medsebojnih obveznosti za obdobje 1–12 2025 za ZD Trbovlje, št. 17210-102320/2025-3 (27. 1. 2026); Zdravstveni dom Trbovlje, Interni izpis nadurnega dela zaposlenih za leto 2025 (2026), neobjavljeno; Zdravstveni dom Trbovlje, interni podatki o glavarini, dermatoloških ekscizijah in histopatologiji za leto 2025 (2026), neobjavljeno.

Tabela 1: Zaporedje metodoloških korekcij

Korak	Izhodiščni učinek	Korekcija	Neto po korekciji
Osnovna razlika	obračun – plan	–	19.823.902 EUR
Razvojne ambulate	–3.913.927 EUR	+3.913.927 EUR	23.737.829 EUR
Glavarina	+27.605 EUR	–27.605 EUR	23.710.224 EUR
»PLAČAN PLAN«	–68.691 EUR	+68.691 EUR	23.778.915 EUR
DERR01/DERR02	–90.767 → +246.167 EUR	+336.934 EUR	24.115.849 EUR
Sodobne obloge	–2.297.424 EUR	+2.297.424 EUR	26.413.272 EUR

Iz primerjalne analize sta bila izločena Svetovalni center Ljubljana, ki po organizacijski vsebini ni primerljiv s klasičnim zdravstvenim domom, in Železniški zdravstveni dom Ljubljana, ki je v podatkovni zbirki označen kot zasebni izvajalec. Končna analiza zato vključuje 58 javnih zdravstvenih domov. Zbirne vrstice izvajalcev niso bile vključene, da ne bi prišlo do dvojnega štetja.³

Planirana vrednost analiziranih programov je znašala 732.675.039 EUR, obračunska vrednost programov brez ločeno zaračunljivega materiala (LZM) pa 752.498.941 EUR. LZM smo izločili, ker sam po sebi ne predstavlja preseganja oziroma nedoseganja programa.

$752.498.941 - 732.675.039 = +19.823.902$ EUR
Takšno neposredno odštevanje še ni ustrezno, ker vsi programi nimajo enakega načina financiranja. Zato smo izvedli metodološke korekcije, prikazane v *Tabeli 1*.

2.2 Metodološke korekcije

Razvojne ambulate z zgodnjo obravnavo so imele v izhodiščnem izračunu skupni negativni učinek –3.913.927 EUR. Tega ne razumemo kot prihodek, ki bi ga moral ZZSZS avtomatično doplačati. Izločitev temelji na primerljivosti: planska vrednost je vezana na polni kadrovski normativ tudi ob nezasedenih delovnih mestih, specializacijah ali daljših odsotnostih. Če bi ta negativni učinek pustili med nedoseganji, bi pri poznejšem odštevanju neto učinka v simulacijo posredno vračali prihodek do polnega plana, ne da bi dodali stroške kadra, potrebnega za takšno

realizacijo. Zato razvojne ambulate obravnavamo kot neprimerljivo kategorijo.⁴

Glavarino smo na nacionalni ravni prav tako izločili iz izračuna odstopanj, ker je ne moremo obravnavati enako kot klasično storitveno realizacijo. Pomembna razlika je, da je izločena samo glavarina; storitvena realizacija ambulant družinske medicine ostaja vključena. Dodatno opravljene in plačane storitve ADM zato ostanejo del neto finančnega učinka.

Izločene so bile tudi vrstice, ki so bile v podatkovni zbirki označene z merilom »PLAČAN PLAN«. Te vrstice so imele skupaj –68.691 EUR učinka. Ker pri njih razlike med planirano in obračunsko vrednostjo niso primerljive s klasičnim storitvenim preseganjem oziroma nedoseganjem, je bil njihov negativni učinek izločen.

Dermatološke ekscizije DERR01/DERR02 so dodatno oziroma ločeno plačljive storitve. Njihova skupna planirana vrednost je znašala približno 336.934 EUR, dejansko obračunana vrednost pa 246.167 EUR. Ob običajnem izračunu bi nastalo navidezno nedoseganje –90.767 EUR. Namesto tega smo upoštevali dejansko plačane posege, zato je metodološka korekcija znašala +336.934 EUR. Stroškovno stran teh posegov na ravni ZD Trbovlje obravnavamo posebej v nadaljevanju.⁵

³ ZZSZS, Obračunski podatki programov zdravstvenih domov za obdobje 1–12 2025 (2026).

⁴ ZZSZS, Obračunski podatki programov zdravstvenih domov za obdobje 1–12 2025 (2026).

⁵ ZZSZS, Obračunski podatki programov zdravstvenih domov za obdobje 1–12 2025 (2026).

Sredstva za sodobne obloge kroničnih ran smo izločili. Izvajalec poroča dejansko porabo materiala, ZZZS pa plača realizirano vrednost največ do pogodbenega maksimuma. Neporabljen maksimum zato ni klasično nedoseganje: ob manjši porabi ni niti ustreznega stroška materiala. Pri 58 zdravstvenih domovih je bil plan 4.223.373 EUR, priznано 1.925.949 EUR, zato je osnovni model vseboval –2.297.424 EUR razlike. Po izločitvi se neto finančni učinek poveča na 26,4 milijona EUR.⁶

Po vseh korekcijah znašajo pozitivna odstopanja približno 50.387.609 EUR, negativna pa –23.974.337 EUR. Neto finančni učinek je: $50.387.609 - 23.974.337 = +26.413.272$ EUR. Pri 46 od 58 zdravstvenih domov je korigirani neto učinek pozitiven, pri 12 pa negativen.

2.3 Opravljeno, vendar neplačano delo

Obračunska zbirka vsebuje še podatek, ki ga v simulacijo namenoma ne vključujemo: pri izbranih 58 zdravstvenih domovih znaša razlika med realiziranim in obračunanim programom, označena kot »neplačan program«, 7.529.503 EUR. Gre torej za več kot 7,5 milijona EUR opravljenega programa, ki ni prešel v plačano obračunsko vrednost. Ker ta realizacija ni ustvarila prihodka, je ne prištevamo k finančnemu učinku in je ne uporabljamo za poslabševanje simuliranega rezultata. Podatek je pomemben pri razumevanju razmerja med dejansko opravljenim delom in plačano realizacijo.⁷ Poudariti velja, da so zaradi teh storitev zdravstvenim domovom nastali določeni stroški, ki ostajajo vključeni v dejanske odhodke. Pri 100-odstotni realizaciji programa teh stroškov ne bi bilo.

3. REZULTAT NA RAVNI VSEH ZDRAVSTVENIH DOMOV

Zdravstveni domovi so leta 2025 ustvarili 893,8 milijona EUR prihodkov, 878,6 milijona EUR odhodkov in 15,2 milijona EUR presežka prihodkov nad odhodki. Po opisanih metodoloških korekcijah ocenjeni neto finančni učinek odstopanj realizacije od primerljive osnovne ravni znaša 26,4 milijona EUR. $15.192.188 - 26.413.272 = -11.221.084$ EUR

Gre za statično simulacijo; stroške v prvem koraku namreč pustimo nespremenjene. Ne trdimo, da bi zdravstveni domovi pri natanko 100-odstotni realizaciji dejansko ustvarili 11,2 milijona EUR izgube, saj bi se del variabilnih stroškov zmanjšal. Ključna ugotovitev je ožja: ocenjeni neto učinek odstopanj programa je večji od skupnega pozitivnega rezultata zdravstvenih domov.

4. ZD TRBOVLJE – OD DEJANSKEGA REZULTATA DO KORIGIRANEGA SCENARIJA

ZD Trbovlje je v letu 2025 ustvaril 13.218.172,65 EUR prihodkov, 12.881.383,91 EUR odhodkov in 336.788,74 EUR presežka prihodkov nad odhodki pred obdavčitvijo. Po računovodskem razmejevanju je javna služba ustvarila 318.579,23 EUR presežka, tržna dejavnost pa 18.209,51 EUR. Zavod zato ni primer izvajalca, ki bi že v izhodišču posloval negativno. Prav nasprotno: izhajamo iz dejansko pozitivnega rezultata in nato po korakih preverjamo, kaj ga je ustvarilo.⁸

4.1 Prvi korak: odstranitev finančnega učinka odstopanj programa

Po enaki logiki kot na nacionalni ravni smo pregledali končni obračun ZZZS po posameznih programih. Tabela 2 prikazuje ocenjeni neto finančni učinek po večjih skupinah dejavnosti. Pri sodobnih oblogah smo negativno razliko 18.893,68 EUR izločili, saj gre za material, ki je plačan po dejanski porabi do pogodbenega maksimuma. Hkrati smo v splošnih ambulantah ohranili negativni laboratorijski poračun 23.042,59 EUR, zato je ta znesek vključen v prikazani učinek ADM.⁹

Po teh korekcijah ocenjeni neto finančni učinek odstopanj programa v ZD Trbovlje znaša +761.104,57 EUR.

⁶ Vlada RS, Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja za leto 2025, Uradni list RS, št. 13/2025 s spremembami; ZZZS, Obračunski podatki programov zdravstvenih domov za obdobje 1–12 2025 (2026).

⁷ ZZZS, Obračunski podatki programov zdravstvenih domov za obdobje 1–12 2025 (2026).

⁸ Zdravstveni dom Trbovlje, Letno poročilo zd trbovlje za leto 2025 (2026).

⁹ ZZZS, Obvestilo o obračunu medsebojnih obveznosti za obdobje 1–12 2025 za ZD Trbovlje, št. 17210-102320/2025-3 (27. 1. 2026).

Tabela 2: Neto finančni učinek po skupinah programov ZD Trbovlje

Program oziroma skupina programov	Neto finančni učinek
Reševalni in sanitetni prevozi	+204.247,84 EUR
CDZO – ambulantna in skupnostna obravnava	+137.695,74 EUR
Splošne ambulate + ambulantna v SVZ (z lab. poračunom)	+95.540,82 EUR
Otroški in šolski dispanzer	+68.826,28 EUR
Specialistične ambulate	+68.503,42 EUR
Redno zobozdravstvo	+67.028,29 EUR
Posebne obdelave v zobozdravstvu	+63.494,74 EUR
Dermatološke ekscizije – prihodek pred stroškovno korekcijo	+55.574,64 EUR
Patronaža in nega na domu – brez sodobnih oblog	+7.339,41 EUR
CDZOM	–7.146,61 EUR
SKUPAJ	+761.104,57 EUR

Če ga odštejemo od dejanskega poslovnega rezultata in stroške za zdaj pustimo nespremenjene, dobimo:

$$336.788,74 - 761.104,57 = -424.315,83 \text{ EUR}$$

Laboratorijski poračun je metodološko pomemben. ZZS je zaradi razlike med vkalkuliranimi in obračunsko porabljenimi sredstvi za laboratorij v splošnih ambulantah ZD Trbovlje obračunal –23.042,59 EUR. Zneska nismo izločili, čeprav bi njegova izločitev simulirani rezultat še poslabšala. Laboratorijske preiskave so bile dejansko opravljene in stroški so nastali. Ocenjujemo pa, da obračunska vrednost laboratorijske točke ne odraža v celoti dejanskih stroškov. To vprašanje zahteva ločeno stroškovno analizo in ga v tem prispevku ne uporabljamo za dodatno poslabševanje rezultata.¹⁰

4.2 Drugi korak: stroški, ki so neposredno povezani z dodatnim delom

Prihodkovna korekcija sama po sebi ni dovolj. Če odstranimo dodatni prihodek, moramo odstraniti tudi tiste stroške, ki brez dodatnega dela ne bi nastali. Najbolj jasno je to pri dermatoloških ekscizijah. ZD Trbovlje je imel iz tega naslova 55.574,64 EUR dodatno plačanih prihodkov, stroškov, ki so bili posledica dermatoloških ekscizij, pa 42.955,91 EUR. Njihov ocenjeni neto prispevek k rezultatu je torej 12.618,73 EUR.¹¹

Pregledali smo tudi nadurno delo. Analizirani bruto znesek je znašal 456.057,34 EUR; nadure, povezane s samoplačniško dejavnostjo, so bile že

izločene. Nadure zdravnikov NMP (213.836,48 EUR) in splošnih ambulant (71.287,10 EUR) v simulaciji v celoti ostanejo. Izločimo tretjino nadur reševalne službe (27.618,81 EUR), polovico ostalih nerazporejenih nadur (26.869,11 EUR) in vse nadure ortodontije (34.339,12 EUR), ki so posledica interne kadrovske organizacije. Skupna stroškovna korekcija znaša 88.827,04 EUR.¹²

Če statičnemu rezultatu najprej prištejemo neposredne stroške ekscizij in nato izbrane nadure, dobimo:

$$-424.315,83 + 42.955,91 + 88.827,04 = -292.532,88 \text{ EUR}$$

To je osnovni korigirani scenarij ZD Trbovlje brez neto finančnega učinka analiziranih odstopanj realizacije, ob tem pa glavarina še vedno ostaja zunaj izračuna, tako kot v nacionalnem modelu. Tabela 3 prikazuje celoten prehod od dejanskega rezultata do nadaljnjih scenarijev.

4.3 Tretji korak: kaj se zgodi, če posebej upoštevamo še preseganje glavarine?

Zaradi preseganja glavarine je bilo v ADM na voljo 315.965,59 EUR dodatnih sredstev, v OŠD pa 3.647,39 EUR; skupaj 319.612,98 EUR. Iz tega naslova je bilo izvajalcem izplačanih

¹⁰ ZZS, Obvestilo o obračunu medsebojnih obveznosti za obdobje 1–12 2025 za ZD Trbovlje, št. 17210-102320/2025-3 (27. 1. 2026).

¹¹ Zdravstveni dom Trbovlje, Interni podatki o glavarini, dermatoloških ekscizijah in histopatologiji za leto 2025 (2026), neobjavljeno.

¹² Zdravstveni dom Trbovlje, Interni izpis nadurnega dela zaposlenih za leto 2025 (2026), neobjavljeno.

Tabela 3: Pot od dejanskega rezultata ZD Trbovlje do razširjenega scenarija

Korak	Sprememba	Rezultat
Dejanski poslovni rezultat 2025	izhodišče	+336.788,74 EUR
Brez učinka odstopanj programa	–761.104,57 EUR	–424.315,83 EUR
Neposredni stroški ekscizij	+42.955,91 EUR	–381.359,92 EUR
Izbrane nadure	+88.827,04 EUR	–292.532,88 EUR
Dodatno: brez neto učinka glavarine	–189.407,46 EUR	–481.940,34 EUR
Dodatno: brez prispevka trga (40 %)	–303.184,70 EUR	–785.125,04 EUR

109.950,77 EUR bruto I v ADM in 1.717,77 EUR bruto I v OŠD, skupaj 111.668,54 EUR.¹³

Ker sta interna podatka o izplačilih izražena v bruto I, smo celotni strošek delodajalca ocenili na približno 130.205,52 EUR. Gre za oceno, ne za računovodsko knjižen bruto II. Ocenjeni neto prispevek preseganja glavarine zato znaša približno:

$$319.612,98 - 130.205,52 = 189.407,46 \text{ EUR}$$

Če tudi ta neto učinek odstranimo iz korigiranega rezultata, dobimo razširjeni scenarij:

$$-292.532,88 - 189.407,46 = -481.940,34 \text{ EUR}$$

Ta korak je prikazan ločeno prav zato, da ne mešamo dveh različnih konceptov. Osnovni model sledi nacionalni metodologiji in glavarino izloča; dodatni scenarij pa pokaže, kako pomemben je njen dejanski neto prispevek v konkretnem zavodu.

4.4 Četrti korak: tržna dejavnost

ZD Trbovlje je v letu 2025 ustvaril 493.168,16 EUR prihodkov iz tržne dejavnosti in 474.958,65 EUR računovodsko pripisanih odhodkov; uradni presežek pred obdavčitvijo je znašal 18.209,51 EUR. Pri posrednih stroških se skladno z navodili Ministrstva za zdravje uporabljajo sodila, zato računovodsko pripisani strošek ni nujno enak strošku, ki bi brez tržne dejavnosti dejansko izginil.¹⁴

Del stroškov zaposlenih, prostorov, opreme, informacijskih sistemov in administracije bi obstajal tudi brez tržne dejavnosti. Zato smo ohranili občutljivostni pristop. Če kot najbolj skrajno vrednost vzamemo, da je 40 % računovodsko pripisanih stroškov posledica izvajanja tržne dejavnosti, kar predstavlja poslovodsko oceno in ne revidiranega dejstva, bi tržna dejav-

nost k pokrivanju skupnih stroškov prispevala približno 303.185 EUR. Če ta prispevek odstranimo iz razširjenega scenarija, dobimo osrednjo oceno rezultata javne službe brez presežne realizacije, dodatnega učinka glavarine in tržne dejavnosti:

$$-481.940,34 - 303.184,70 = -785.125,04 \text{ EUR}$$

Ker je delež dejansko dodatnih stroškov tržne dejavnosti negotov, tega zneska ne predstavljamo kot en sam »pravilen« rezultat. Tabela 4 zato prikazuje razpon od približno –500 tisoč EUR ob predpostavki, da bi brez tržne dejavnosti odpadli vsi računovodsko pripisani stroški, do približno –785 tisoč EUR v osrednjem 40-odstotnem scenariju.

5. ZAKAJ SE STROŠKI PRI 100-ODSTOTNI REALIZACIJI NE ZMANJŠAJO SORAZMERNO

Ob manjšem obsegu dela bi se zmanjšal del materiala, goriva, storitev in drugih neposrednih stroškov, zato simuliranih rezultatov ne predstavljamo kot natančno napoved. Vendar se največji del stroškov zdravstvenega doma z obsegom storitev ne zmanjšuje sorazmerno. Stroški dela ZD Trbovlje so leta 2025 znašali 9.605.258,86 EUR oziroma 74,6 % vseh odhodkov. Zaposleni, ambulate, laboratorij, informacijski sistemi, infrastruktura in velik del amortizacije ostanejo tudi pri 100-odstotni namesto 110- ali 120-odstotni realizaciji.¹⁵

¹³ Zdravstveni dom Trbovlje, Interni podatki o glavarini, dermatoloških ekscizijah in histopatologiji za leto 2025 (2026), neobjavljeno.

¹⁴ Zdravstveni dom Trbovlje, Letno poročilo zd trbovlje za leto 2025 (2026); Ministrstvo za zdravje RS, Navodila o razmejitev vrst prihodkov in odhodkov po opravljenih storitvah v okviru javne zdravstvene službe in tržne dejavnosti (2025).

¹⁵ Zdravstveni dom Trbovlje, Letno poročilo zd trbovlje za leto 2025 (2026).

Tabela 4: Občutljivostna analiza vpliva tržne dejavnosti na ocenjeni rezultat javne službe

Simulacija deleža stroškov, pripisanih tržni dejavnosti, ki so "res" posledica tržne dejavnosti	Ekonomski prispevek trga	Rezultat javne službe
40 %	303.184,70 EUR	–785.125,04 EUR
60 %	208.192,97 EUR	–690.133,31 EUR
80 %	113.201,24 EUR	–595.141,58 EUR
100 %	18.209,51 EUR	–500.149,85 EUR

V nadaljevanju izpostavljamo še dve sistemski okoliščini, ki neposredno vplivata na poslovni rezultat zavoda.

5.1 1.430 učinkovitih ur – med financiranjem in organizacijo

Uredba za leto 2026 določa, da načrtovanje števila timov pri programih, katerih nosilec je zdravnik oziroma drug naveden nosilec, praviloma temelji na 1.430 urah letnega učinkovitega dela ambulantne. Enak normativ je veljal tudi v letu 2025. Takšen normativ je razumljiv: noben zaposleni ne more vse leto neprekinjeno izvajati neposrednega ambulantnega dela. V letnem delovnem času so dopusti, izobraževanja, bolniške odsotnosti in druge obveznosti.¹⁶

Težava nastane pri organizaciji kontinuitete. Izvajalec mora ob odsotnosti izbranega osebnega zdravnika zagotoviti nadomeščanje. Odsotnost nosilca programa zato ne pomeni tudi odsotnosti stroška. Če nadomešča lastni zaposleni, uporablja svojo delovno kapaciteto; če tega ni mogoče zagotoviti v rednem delovnem času, nastanejo dodatne ure, nadure ali pogodbeno delo. Praktični paradoks je preprost: zdravnik je lahko odsoten, ambulanta pa mora delovati. Ključno je, ali cena programa ustrezno pokrije tudi strošek zagotavljanja kontinuitete.¹⁷

5.2 Strošek zaposlenega ni samo plača

Uredba pri oblikovanju cen zdravstvenih storitev vključuje plače, druge prejemke, davke in prispevke, materialne stroške ter amortizacijo. V standardnih kalkulacijah so prikazani bruto plača II, regres, jubilejne nagrade, PDPZ, material, amortizacija in informatizacija. Prehrana ter prevoz na delo in z dela nista prikazana kot

samostojni kalkulatívni postavki. Iz tega ne moremo dokazati, da nikjer nista posredno zajeta, dejstvo pa je, da njuna višina ni transparentno razvidna. Za izvajalca pa sta to obvezna stroška po ZDR-1. Pri pripravnikih in sekundarijih ju ZZZS pri povračilu stroškov dela izrecno vključuje.¹⁸

Poslovodstvo zdravstvenega doma je tako odgovorno za dostopnost, organizacijo, kakovost in finančni rezultat, ne določa pa cen programov, plačnega sistema ali razpoložljivosti kadra. Odgovornost je pogosto širša od neposrednega vpliva.

6. RAZPRAVA

Rezultati ne dokazujejo, da je vsak program primarnega zdravstva podfinanciran, niti da bi zdravstveni domovi pri natanko 100-odstotni realizaciji ustvarili natančno izračunano izgubo. Na ravni vseh zdravstvenih domov gre predvsem za statično simulacijo prihodkov, ker nimamo enotnih podatkov o materialu, gorivu, nadurah in drugih stroških, ki so neposredno povezani s presežno realizacijo. Zato je rezultat –11,2 milijona EUR stresni test, ne napoved.

Primer ZD Trbovlje omogoča postopni prehod od računovodskega k ekonomskemu rezultatu.

¹⁶ vlada rs, uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ... za leto 2026, PISRS, ID URED9629; Vlada RS, Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ... za leto 2025, Uradni list RS, št. 13/2025 s spremembami.

¹⁷ Vlada RS, Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ... za leto 2026, PISRS, ID URED9629.

¹⁸ Vlada RS, Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ... za leto 2026, PISRS, ID URED9629; Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1), 130. člen; ZZZS, Navodila in povračila stroškov dela za pripravnike in sekundarije, Portal za izvajalce (dostop 1. 10. 2026).

Izhajamo iz dejanskega presežka +336,8 tisoč EUR. Po odstranitvi +761,1 tisoč EUR neto finančnega učinka odstopanj programa dobimo –424,3 tisoč EUR. Po vračilu neposrednih stroškov ekscizij in izbranih nadur dobimo –292,5 tisoč EUR. Če posebej vključimo še neto učinek preseganja glavarine, dobimo –481,9 tisoč EUR; po odstranitvi ekonomskega prispevka tržne dejavnosti pa, glede na predpostavko, približno –500 do –785 tisoč EUR.

Smer korekcij ni enostranska. Sodobne obloge izločimo, ker neporabljeni pogodbeni maksimum nima ustreznega stroška; laboratorijski poračun pa pustimo, čeprav bi njegova izločitev tezo okrepila. Pri ekscizijah odstranimo dodaten prihodek in neposredne stroške izvajalca ter histopatologije, pri nadurah pa pomemben del stroškov namenoma ostane v osnovnem poslovanju. Cilj je primerjati ekonomsko primerljive kategorije, ne ustvariti čim bolj negativnega rezultata.

7. ZAKLJUČEK

Primarno zdravstvo ne potrebuje privilegijev. Potrebuje sistem, v katerem so obveznosti, kadrovski normativi, odgovornosti in financiranje med seboj usklajeni. Leta 2025 so zdravstveni domovi kot skupina poslovali pozitivno in ustvarili približno 15,2 milijona EUR presežka, vendar ocenjeni neto finančni učinek odstopanj realizacije od primerljive osnovne ravni po metodoloških korekcijah znaša približno 26,4 milijona EUR. Statična simulacija brez tega učinka zato pokaže približno –11,2 milijona EUR.

Pri ZD Trbovlje je pot od dejanskega presežka +336,8 tisoč EUR do ekonomskega jedra rezultata še bolj nazorna. Po prihodkovnih korekcijah in upoštevanju neposrednih stroškov dodatnega dela ostane približno –292,5 tisoč EUR. Po vključitvi neto učinka preseganja glavarine ostane približno –481,9 tisoč EUR, po odstranitvi ekonomskega prispevka tržne dejavnosti pa v osrednjem scenariju približno –785,1 tisoč EUR. Ker pri nekaterih stroških ostaja negotovost, je pomembnejši od ene končne številke prehod med koraki: pozitivni računovodski rezultat je v pomembnem delu odvisen od dela nad primerljivo osnovno ravno in od drugih virov prihodka.

Preseganje programa bi moralo pomeniti dodatni prihodek za dodatno opravljeno delo. Ne bi smelo biti pogoj za to, da zavod sploh pride do poslovne ničle. Če je preseganje programa pogoj za pozitivno poslovanje, potem preseganje ni več preseganje. Postalo je del poslovnega modela. Če želimo, da je primarno zdravstvo res temelj zdravstvenega sistema, ga ne moremo organizirati in financirati kot njegov servis.

Če 100 odstotkov programa ni dovolj za poslovno ničlo – koliko je potem v resnici vrednih 100 odstotkov?

8. LITERATURA IN VIRI

1. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije: REZULTATI POSLOVANJA JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V LETU 2025, Ljubljana 2026.
2. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: OBRAČUNSKI PODATKI PROGRAMOV ZDRAVSTVENIH DOMOV ZA OBDOBJE 1–12 2025, podatkovna zbirka, Ljubljana 2026.
Zdravstveni dom Trbovlje: LETNO POROČILO ZDRAVSTVENEGA DOMA TRBOVLJE ZA LETO 2025, Trbovlje 2026.
3. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: OBVESTILO O OBRAČUNU MEDSEBOJNIH OBVEZNOSTI ZA OBDOBJE 1–12 2025 ZA ZDRAVSTVENI DOM TRBOVLJE, št. 17210-102320/2025-3, 27. 1. 2026.
4. Zdravstveni dom Trbovlje: INTERNI IZPIS NADURNEGA DELA ZAPOSLENIH ZA LETO 2025 PO IZLOČITVI NADUR, POVEZANIH S SAMOPLAČNIŠKO DEJAVNOSTJO, neobjavljeno interno gradivo, 2026.
5. Zdravstveni dom Trbovlje: INTERNI PODATKI O DODATNIH SREDSTVIH IZ GLAVARINE, IZPLAČILIH IZVAJALCEM DERMATOLOŠKIH EKSCIZIJ IN STROŠKIH HISTOPATOLOŠKIH PREISKAV ZA LETO 2025, neobjavljeno interno gradivo, 2026.
6. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije: NAVODILA O RAZMEJITVI VRST PRIHODKOV IN ODHODKOV PO OPRAVLJENIH STORITVAH V OKVIRU JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE IN TRŽNE DEJAVNOSTI, Uradni list RS, št. 76/2025.
Vlada Republike Slovenije: UREDBA O PROGRAMIH STORITEV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, ZMOGLJIVOSTIH, POTREBNIH ZA NJEGOVO IZVAJANJE, IN OBSEGU SREDSTEV ZA LETO 2025, Uradni list RS, št. 13/2025, s spremembami in dopolnitvami.
7. Vlada Republike Slovenije: UREDBA O PROGRAMIH STORITEV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, ZMOGLJIVOSTIH, POTREBNIH ZA NJEGOVO IZVAJANJE, IN OBSEGU SREDSTEV ZA LETO 2026, PISRS, ID URED9629.
8. Republika Slovenija: ZAKON O DELOVNIH RAZMERJIH (ZDR-1), 130. člen, z veljavnimi spremembami in dopolnitvami.
9. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: NAVODILA IN POVRAČILA STROŠKOV DELA ZA PRIPRAVNIKE IN SEKUNDARIJE, Portal za izvajalce zdravstvenih storitev, dostop 1. 10. 2026.

BELEŽKE

[illegible]

mag. Klavdija Kobal Straus
Javna agencija Republike Slovenije
za kakovost v zdravstvu



Kakovost in varnost zdravstvene obravnave kot dejavnik učinkovitosti zdravstvenega sistema

Povzetek

Slovenski zdravstveni sistem se sooča s številnimi izzivi, povezanimi z naraščajočimi potrebami po zdravstveni obravnavi, omejenimi človeškimi in finančnimi viri ter upravičenimi pričakovanji pacientov in drugih deležnikov, da bo zdravstvena obravnava kakovostna, varna in prilagojena potrebam posameznika.

Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave je zato treba razumeti kot eno od ključnih razvojnih usmeritev zdravstvenega sistema, ki ustvarja dodano vrednost za paciente, prispeva k varnejšim in kakovostnejšim delovnim okoljem ter omogoča učinkovitejšo uporabo razpoložljivih virov.

Poseben pomen ima sistematično učenje iz preprečljivih škodljivih dogodkov in opozorilnih nevarnih dogodkov, saj omogoča prepoznavanje temeljnih vzrokov za nastanek tveganj ter razvoj preventivnih in korektivnih ukrepov, s katerimi je mogoče zmanjšati verjetnost ponavljanja primerljivih dogodkov in z njimi povezanih zdravstvenih ter ekonomskih posledic.

Kakovost in varnost zdravstvene obravnave nista strošek, temveč investicija v večjo učinkovitost zdravstvenega sistema, saj zmanjšujeta stroške zapletov, podvajanja storitev, podaljšanih hospitalizacij in odškodninskih zahtevkov ter krepi kompetentnost zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Abstract

The Slovenian healthcare system faces numerous challenges related to growing healthcare needs, limited human and financial resources, and the legitimate expectations of patients and other stakeholders that healthcare services be of high quality, safe, and tailored to individual needs.

The provision of quality and safe healthcare should therefore be understood as one of the key strategic directions for the development of the healthcare system. It creates added value for patients, contributes to safer and higher-quality working environments, and enables a more efficient use of available resources.

Particular importance should be attached to systematic learning from preventable adverse events and near-miss incidents, as this facilitates the identification of root causes of risks and the development of preventive and corrective measures aimed at reducing the likelihood of recurring similar events and their associated health and economic consequences.

Quality and patient safety in healthcare are not costs but investments in a more efficient healthcare system. They help reduce the costs associated with complications, duplication of services, prolonged hospital stays, and compensation claims, while also strengthening the competencies of healthcare professionals and other healthcare staff.

Pomemben prispevek na področju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave predstavljata tudi sprejetje Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 102/24 in 111/25 – ZDIUPZ) in ustanovitev Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu. Skupaj navedeni ukrepi vzpostavljajo institucionalni in normativni okvir za sistematično izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave ter krepitev varnosti pacientov v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Ključne besede:

kakovost v zdravstvu, varnost pacientov, učinkovitost zdravstvenega sistema, preprečljivi škodljivi dogodki, opozorilni nevarni dogodki, upravljanje kakovosti v zdravstvu, na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava

A major milestone in the development of healthcare quality and patient safety in Slovenia was the adoption of the Healthcare Quality Assurance Act (Official Gazette of the Republic of Slovenia, Nos. 102/24 and 111/25 – ZDIUPZ) and the establishment of the Slovenian Quality Healthcare Agency. Together, these measures provide the institutional and regulatory framework for the systematic improvement of healthcare quality and patient safety across the Slovenian healthcare system.

Keywords:

healthcare quality, patient safety, healthcare system efficiency, adverse events, near-miss incidents, healthcare management, value-based healthcare

1. UVOD

Slovenski zdravstveni sistem se, podobno kot zdravstveni sistemi drugih razvitih držav, sooča z izrazitimi demografskimi, epidemiološkimi in organizacijskimi spremembami, ki vplivajo na povečanje potreb po zdravstvenih storitvah ter hkrati omejujejo sposobnost sistema, da na te potrebe učinkovito odgovori. Med najpomembnejšimi izzivi so staranje prebivalstva, naraščanje kroničnih bolezni, razvoj novih zdravstvenih tehnologij, pomanjkanje zdravstvenega kadra ter potreba po zagotavljanju dolgoročne finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema. Ti izzivi zahtevajo prehod od osredotočenosti na količino opravljenih storitev k sistematičnemu izboljševanju kakovosti, varnosti in vrednosti zdravstvene obravnave za paciente.

Med ključnimi dejavniki povečevanja potreb po zdravstvenih storitvah je staranje prebivalstva. Slovenija sodi med evropske države, v katerih se delež starejšega prebivalstva hitro povečuje. Daljša pričakovana življenjska doba predstavlja pomemben družbeni dosežek, hkrati pa povečuje prevalenco kroničnih bolezni, multimorbidnosti, funkcionalnih omejitev ter potreb po

zdravstveni obravnavi, dolgotrajni in socialni oskrbi. OECD ugotavlja, da bo staranje prebivalstva pomembno vplivalo na potrebe po zdravstvenih storitvah in tudi na razpoložljivost delovne sile, saj se bo delež delovno aktivnega prebivalstva zmanjševal. Pomemben dejavnik rasti potreb po zdravstveni obravnavi in s tem povezanih virih predstavljajo tudi sodobne diagnostične metode in postopki zdravljenja. Nove tehnologije, biološka zdravila, personalizirana medicina, napredni kirurški posegi in digitalne zdravstvene rešitve prispevajo k boljšim zdravstvenim izidom, vendar hkrati povečujejo obseg storitev, kompleksnost zdravstvene obravnave in potrebo po dodatnih finančnih ter kadrovskih virih.

V takšnih okoliščinah postajata kakovost in varnost zdravstvene obravnave ne le strokovna, ampak tudi ekonomska kategorija. Tradicionalno sta bili kakovost in varnost pogosto razumljeni kot dodatna administrativna zahteva ali strošek zdravstvenega sistema. Sodobni pristopi pa ju obravnavajo kot pomemben mehanizem za povečanje učinkovitosti in ustvarjanje vre-

dnosti. OECD ugotavlja, da preprečljiva škoda za paciente predstavlja pomemben delež vseh zdravstvenih izdatkov ter da bi bilo mogoče velik del teh stroškov preprečiti z učinkovitejšimi sistemi zagotavljanja kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Koncept na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave (ang. value-based healthcare) izhaja iz predpostavke, da je treba zdravstveno uspešnost meriti predvsem skozi dosežene zdravstvene izide glede na porabljena sredstva. V tem okviru kakovost in varnost nista strošek, temveč naložba. Zmanjševanje preprečljivih škodljivih dogodkov, okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, napak pri zdravljenju in drugih varnostnih incidentov zmanjšuje potrebo po dodatnem zdravljenju, podaljšanih hospitalizacijah, ponovnih sprejemih in odškodninskih postopkih. Posledično se sproščajo zmogljivosti zdravstvenega sistema, ki jih je mogoče nameniti drugim pacientom, kar neposredno vpliva tudi na dostopnost zdravstvene obravnave.

Slovenski zdravstveni sistem bo v prihodnjih letih uspešen predvsem v tolikšni meri, kolikor bo sposoben hkrati obvladovati demografske pritiske, kadrovske omejitve in finančne izzive. V takšnih razmerah kakovost in varnost zdravstvene obravnave ne predstavljata dodatne obremenitve sistema, temveč enega ključnih instrumentov za doseganje boljše učinkovitosti, večje dostopnosti in dolgoročne vzdržnosti zdravstvenega varstva.

2. ZAKON O ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Krepitev kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v zadnjih dveh desetletjih je ena od osrednjih razvojnih usmeritev zdravstvenih sistemov razvitega sveta. Mednarodne organizacije, kot so Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) in institucije Evropske unije, opozarjajo, da varnost pacientov ni zgolj strokovno vprašanje, temveč pomemben dejavnik uspešnosti, učinkovitosti in vzdržnosti zdravstvenih sistemov. WHO poudarja, da so preprečljivi škodljivi dogodki še vedno eden

največjih izzivov sodobnega zdravstva ter da mora biti varnost pacientov temeljna lastnost vsakega zdravstvenega sistema.

V ta namen je leta 2021 sprejela Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, ki državam članicam predstavlja okvir za oblikovanje nacionalnih politik in ukrepov za zmanjševanje preprečljive škode pri zdravstveni obravnavi. Enake poudarke vpeljuje tudi Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2022–2031 Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Podobno tudi OECD že vrsto let opozarja, da pomemben delež zdravstvenih izdatkov nastaja zaradi neučinkovitosti, napak in preprečljivih škodljivih dogodkov. V svojih analizah ugotavlja, da škoda, povezana z neustrezno ali nevarno zdravstveno obravnavo, povzroča znatne neposredne in posredne stroške ter zmanjšuje zaupanje prebivalstva v zdravstveni sistem. Varnost pacientov zato ni razumljena zgolj kot etična obveznost, temveč kot pomemben element učinkovitega upravljanja zdravstvenega sistema in racionalne porabe javnih sredstev.

Tudi na ravni Evropske unije je zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave že vrsto let prepoznano kot prioriteta. Svet Evropske unije je leta 2009 sprejel priporočilo o varnosti pacientov, ki države članice spodbuja k vzpostavitvi sistemov spremljanja varnostnih incidentov, razvijanju kulture varnosti, usposabljanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter vključevanju pacientov v procese izboljševanja kakovosti. Evropske institucije poudarjajo, da je kakovostna zdravstvena obravnava hkrati učinkovita, varna, osredotočena na pacienta in gospodarna, saj mora zagotavljati najboljšo možno vrednost glede na porabljena sredstva.

V takšnih mednarodnih okoliščinah je treba razumeti sprejetje Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 102/24 in 111/25 – ZDIUPZ; v nadaljnjem besedilu: ZZKZ). ZZKZ pomeni pomemben premik od dosedanjega pretežno prostovoljnega in razdrobljenega pristopa h kakovosti k sistemski ureditvi področja na nacionalni ravni. Njegov namen ni uvajanje novih administrativnih obveznosti, temveč vzpostavitev pogojev za trajno izboljševanje zdravstvene obravnave, zmanjševanje tve-

ganj za paciente in krepitev odgovornosti vseh deležnikov za doseganje kakovostnih zdravstvenih izidov.

Posebna vrednost ZZZKZ je v tem, da kakovost in varnost obravnava kot sestavni del upravljanja zdravstvenega sistema. ZZZKZ umešča zahtevo po nacionalno določenih kazalnikih kakovosti in varnosti zdravstvene oziroma lekarniške obravnave (v nadaljnjem besedilu: kazalniki kakovosti), vzpostavlja sistem rednih in izrednih nadzorov kakovosti zdravstvene obravnave (v nadaljnjem besedilu: nadzor kakovosti), centralizira in na nacionalni ravni poveže poročanje o varnostnih incidentih, spodbuja učenje iz napak ter določa odgovornosti izvajalcev zdravstvene in lekarniške dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: izvajalec) pri zagotavljanju kakovostne in varne obravnave. Takšen pristop je usklajen s sodobnimi mednarodnimi smernicami, ki poudarjajo potrebo po prehodu od individualnega pripisovanja krivde k sistemskemu prepoznavanju tveganj in učenju iz neželenih dogodkov.

Pomemben element nove ureditve predstavlja tudi ustanovitev Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: agencija). Mednarodne izkušnje kažejo, da države z namenskimi institucijami za upravljanje kakovosti lažje razvijajo primerljive kazalnike kakovosti, izvajajo nacionalne programe izboljševanja kakovosti in zagotavljajo strokovno podporo izvajalcem. Vloga agencije tako ni zgolj regulatorna, temveč predvsem razvojna. Njena naloga je ustvarjanje enotnega okvira za spremljanje kakovosti, podpora učenju izvajalcev in spodbujanje uporabe podatkov za izboljševanje zdravstvenih izidov.

Poseben pomen ima tudi vzpostavitev nacionalnega sistema za poročanje in učenje iz varnostnih incidentov. Mednarodna literatura že dolgo poudarja, da je mogoče varnost izboljševati le tam, kjer obstajata odprta kultura poročanja in zaupanje zaposlenih, da je namen prijavljanja napak izboljšanje sistema in ne kaznovanje posameznikov. Evropska unija države članice izrecno spodbuja k vzpostavljanju okolja brez neupravičenega pripisovanja krivde, saj je prav sistematično zbiranje podatkov o varnostnih in-

cidentih eden ključnih pogojev za razvoj učinkovitejših in varnejših zdravstvenih storitev.

ZZKZ je mogoče razumeti tudi skozi prizmo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave. Osrednje vprašanje sodobnih zdravstvenih sistemov ni več zgolj, koliko storitev je bilo opravljenih, temveč kakšni zdravstveni izidi so bili doseženi za paciente glede na porabljene vire. Kakovost in varnost sta zato postali pomembni kategoriji zdravstvene ekonomike. Zmanjševanje preprečljivih škodljivih dogodkov, okužb, napačnih diagnoz, podvajanja storitev in drugih oblik neučinkovitosti prispeva k boljši izrabi omejenih kadrovskih in finančnih virov. Pred skoraj desetimi leti je poročilo OECD Tackling Wasteful Spending on Health ugotovilo, da je bilo do ene petine izdatkov za zdravstvo v najboljšem primeru neučinkovitih, v najslabšem pa celo škodljivih za paciente. OECD zato kakovost in varnost obravnava kot enega ključnih mehanizmov za zmanjševanje neučinkovite porabe (ang. wasteful spending in health) ter krepitev dolgoročne vzdržnosti zdravstvenih sistemov.

ZZKZ tako ni zgolj normativna sprememba, temveč predstavlja vključitev Slovenije v širše mednarodne tokove razvoja zdravstvenih sistemov. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave sta v sodobnem zdravstvenem sistemu prepoznani kot neločljiv del dobrega upravljanja, učinkovite porabe javnih sredstev in zagotavljanja zaupanja pacientov. Uspešnost izvajanja zakona bo zato pomembna ne le z vidika zdravstvenih izidov, temveč tudi z vidika dolgoročne dostopnosti in vzdržnosti slovenskega zdravstvenega sistema.

3. JAVNA AGENCIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Vzpostavitev učinkovitega sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu zahteva institucionalne mehanizme, ki zagotavljajo strokovno neodvisnost, neprekinjenost razvoja, sistematično zbiranje podatkov in usklajevanje dejavnosti različnih deležnikov na področju zdravstvenega varstva. Dolgoletne izkušnje držav članic OECD in priporočila WHO kažejo, da trajno izboljše-

vanje kakovosti zdravstvene obravnave ni mogoče zgolj s posameznimi projekti ali časovno omejenimi iniciativami, temveč zahteva namensko organizacijo, ki usmerja razvoj kakovosti in varnosti na nacionalni ravni.

V Sloveniji je bil pomemben korak v tej smeri sprejetje ZZKZ, ki vzpostavlja celovit okvir za razvoj, spremljanje in izboljševanje kakovosti ter varnosti zdravstvene obravnave. Eden ključnih sistemskih ukrepov zakona je tudi ustanovitev Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu, ki predstavlja osrednjo nacionalno institucijo za področje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Namen agencije je zagotavljanje strokovne podpore sistemu zdravstvenega varstva pri razvoju standardov, spremljanju kakovosti zdravstvene obravnave, analizi varnostnih tveganj ter spodbujanju kulture varnosti in nenehnega izboljševanja.

Ustanovitev agencije je odgovor na spoznanje, da so sodobni zdravstveni sistemi vedno bolj kompleksni. Zaradi povečevanja števila obravnav, različnih izvajalcev, uporabe naprednih tehnologij in omejenih kadrovskih virov postaja sistemsko upravljanje kakovosti vse zahtevnejše. Potreben je neodvisen subjekt, ki lahko na podlagi strokovnih analiz in objektivnih podatkov prepozna sistemske pomanjkljivosti, predlaga izboljšave in zagotavlja primerljivost rezultatov med izvajalci. Takšna ureditev je skladna tudi z mednarodnimi usmeritvami, ki poudarjajo pomen nacionalnih institucij za kakovost pri krepitevi uspešnosti zdravstvenih sistemov.

Pomembna naloga agencije je vzpostavitev in razvoj nacionalnih sistemov spremljanja kakovosti. Brez zanesljivih podatkov ni mogoče ocenjevati uspešnosti zdravstvenega sistema niti načrtovati učinkovitih izboljšav. Spremljanje kazalnikov kakovosti, varnostnih incidentov, kliničnih izidov in izkušenj pacientov omogoča objektivnejše odločanje tako na ravni izvajalcev kot na ravni zdravstvene politike. Takšni sistemi predstavljajo temelj transparentnosti in odgovornosti zdravstvenega sistema ter omogočajo primerjavo rezultatov med izvajalci in z mednarodnim okoljem.

Z ekonomskega vidika je ustanovitev agencije povezana s prizadevanji za večjo učinkovitost uporabe javnih sredstev. Raziskave OECD kažejo, da preprečljiva škoda pacientom predstavlja pomemben delež vseh zdravstvenih izdatkov. Stroški zapletov, ponovnih hospitalizacij, okužb, podaljšanih obravnav, dodatnih diagnostičnih postopkov in odškodninskih zahtevkov obremenjujejo zdravstvene proračune, ne da bi ustvarjali dodatno vrednost za paciente. Zmanjševanje preprečljive škode zato ni zgolj strokovni cilj, temveč tudi pomemben instrument za izboljšanje gospodarnosti zdravstvenega sistema. Investicije v kakovost in varnost lahko zmanjšajo nepotrebno porabo virov in povečajo razpoložljive zmogljivosti zdravstvenega sistema.

Vloga agencije je pomembna tudi z vidika razvoja na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave (ang. value-based healthcare). Klasični modeli financiranja so pogosto usmerjeni predvsem v obseg opravljenih storitev, medtem ko sodobni zdravstveni sistemi vse več pozornosti namenjajo doseženim zdravstvenim izidom. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave predstavljata temelj ustvarjanja vrednosti za paciente, saj omogočata boljše rezultate zdravljenja ob racionalni uporabi virov. Agencija lahko s svojimi analizami, smernicami in kazalniki kakovosti pomembno prispeva k oblikovanju politik, ki bodo spodbujale učinkovitost, uspešnost in osredotočenost na potrebe pacientov.

Agencija je z ZZKZ prejela mandat za izvajanje širokega nabora nalog: ustvarjanje pogojev za razvoj in delovanje sistema upravljanja kakovosti v zdravstvu, spremljanje uresničevanja temeljnih načel kakovosti zdravstvene obravnave, vzpodbujanje sodelovanja med izvajalci pri prenovi procesov in organizacijskih struktur, določitev kazalnikov kakovosti, vodenje različnih javnih evidenc, priprava nacionalnega akcijskega načrta na področju varnosti pacientov, zbiranje in analiza podatkov kazalnikov kakovosti, določitev vrste in načina spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov ter sistemskih ukrepov in priporočil za njihovo preprečitev, vodenje postopkov vrednotenja zdravstvenih tehnologij, izvajanje nadzorov kakovosti, sodelovanje pri izobraževanju in raziskavah na področju kako-

vosti, varnosti in vrednotenja zdravstvenih tehnologij ter vzpostavitev in spremljanje sistema merjenja ogljičnega odtisa v zdravstvu.

Kakor izvajalci se tudi agencija sooča z izzivom izjemno omejenih virov, zato je te prednostno usmerila v pripravo podlag za izvajanje nadzorov kakovosti, podlag za poročanje opozorilnih nevarnih dogodkov in podlag na področju kazalnikov kakovosti.

Tako je bil pripravljen in sprejet Pravilnik o izvajanju nadzora kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 1422/26), ki predstavlja eno od nujnih podlag za začetek izvajanja nadzorov kakovosti. Izvedeno je bilo prvo usposabljanje kandidatov za člane komisij za izvajanje nadzorov kakovosti, objavljen pa je bil tudi Program rednih nadzorov kakovosti v zdravstvu za leto 2027, ki je dostopen na spletni povezavi <https://www.jakz.si/jakz/naloge-javne-agencije-republike-slovenije-za-kakovost-v-zdravstvu/#1790775293845-8>.

Pripravljen in sprejet je bil Akt o kazalnikih kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 1646/26), ki uvaja nov pristop k pripravi predlogov kazalnikov kakovosti, saj bodo pri pripravi metodoloških navodil s podrobnejšim naborom kazalnikov kakovosti sodelovali številni deležniki, npr. ministrstvo, pristojno za zdravje, ministrstvo, pristojno za institucionalno varstvo oziroma dolgotrajno oskrbo v instituciji, za kazalnike kakovosti pri izvajalcih v svoji pristojnosti, ki so tudi izvajalci zdravstvene dejavnosti, združenja oziroma skupnosti izvajalcev, poklicne zbornice, nevladne organizacije s področja varstva pacientovih pravic, strokovna združenja in društva, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Nacionalni inštitut za javno zdravje in drugi državni organi (npr. Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, Zagovornik načela enakosti). Vzporedno agencija pripravlja podatkovni portal, ki bo poenostavil poročanje podatkov o kazalnikih kakovosti in povečal transparentnost podatkov, izvajalcem pa omogočil boljši vpogled v lastne podatke.

Pomemben napredek predstavlja tudi sprejetje Akta o vrstah in načinu spremljanja opozorilnih

nevarnih dogodkov v zdravstvu (Uradni list RS, št. 1647/26), ki predstavlja pomembno nadgradnjo dosedanjega pristopa spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov.

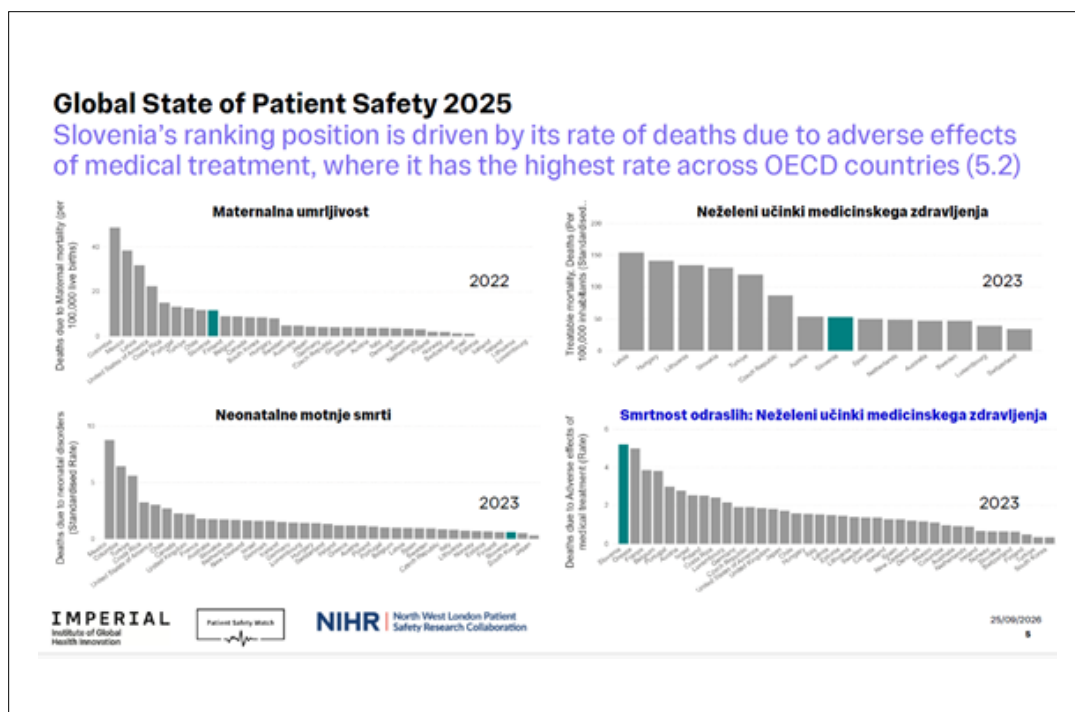
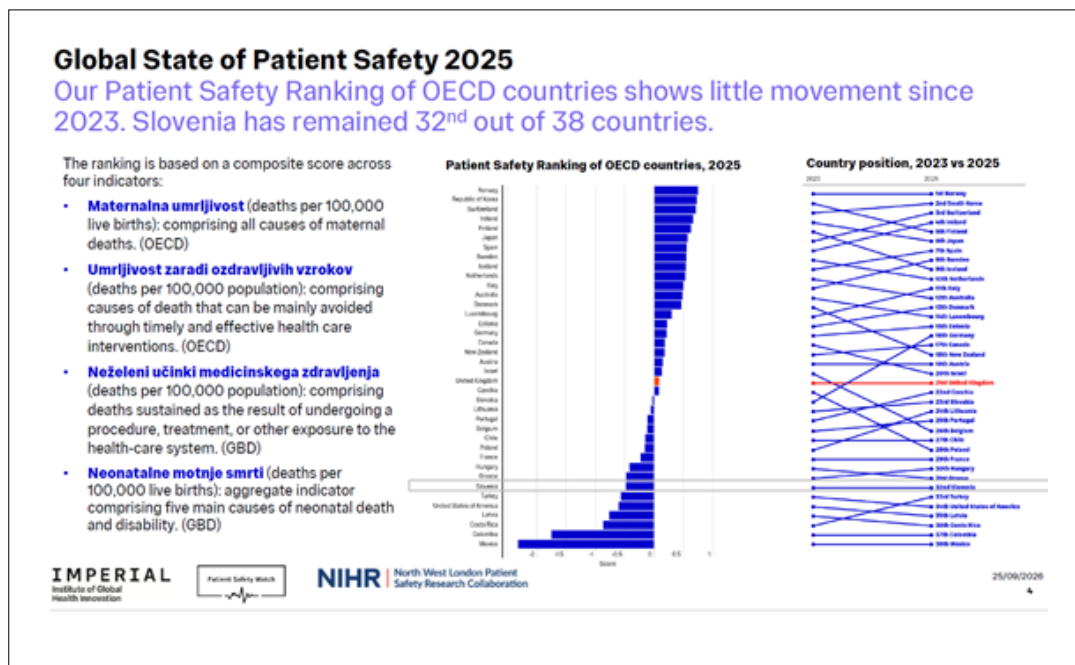
V primerjavi s prejšnjo metodologijo je nova ureditev bolj sistematična in vključuje širši nabor dogodkov, razvrščenih glede na ključna področja tveganj v zdravstveni obravnavi. Takšna kategorizacija omogoča natančnejše spremljanje vzorcev tveganj, boljšo primerljivost podatkov med izvajalci ter učinkovitejše načrtovanje preventivnih in korektivnih ukrepov. Ureditev sledi sodobnim mednarodnim usmeritvam na področju varnosti pacientov, ki poudarjajo potrebo po standardiziranem evidentiranju in analiziranju resnih varnostnih incidentov kot temelju za organizacijsko učenje in izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave. Agencija vzporedno razvija podatkovni portal za poročanje o opozorilnih in preprečljivih škodljivih dogodkih (izvajalci morajo biti pozorni na dolžnost poročanja tudi slednjih), s čimer bo zagotovljena pomembna administrativna razbremenitev izvajalcev pri poročanju o opozorilnih in preprečljivih škodljivih dogodkih, povečana varnost posredovanja podatkov, izvajalcem pa tudi na enem mestu zagotovljen pregled nad varnostnimi incidenti, o katerih so poročali.

Ob vzpostavitvi portala, ki je načrtovana do konca oktobra 2026, bo agencija zagotovila tudi usposabljanje izvajalcev za njegovo uporabo. S ciljem vključiti čim večje število deležnikov v proces izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pa je agencija pripravila tudi portal, ki k sodelovanju vabi paciente, svoje paciente, zdravstvene delavce in sodelavce ter druge udeležence v zdravstvu s ciljem pridobivanja informacij o tveganjih v zdravstvenem sistemu in o varnostnih incidentih ter s tem širšega nabora podatkov za učenje in preprečevanje njihovega ponavljanja. Navedeni portal je dostopen na spletni povezavi <https://www.jakz.si/podpora-deleznikom/pacienti-in-javnost-2/>.

Področje varnostnih incidentov je področje, ki ga bo treba v Sloveniji temeljito nasloviti tudi z vidika obvladovanja zdravstvenih izdatkov.

Podatki o sporočenih opozorilnih nevarnih dogodkih odpirajo pomembna vprašanja glede stopnje zaznavanja, prijavljanja in sistematičnega spremljanja varnostnih incidentov v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Primerjava med mednarodnimi ocenami pogostosti resnih škodljivih dogodkov in nacionalnimi podatki nakazuje potrebo po nadaljnji krepitvi kulture varnosti, poročanja in učenja iz varnostnih incidentov.



Vir: Melanie Leis, Sophia Batchelor, 2026, predstavitev na dogodku Zveze organizacij pacientov Slovenije ob svetovnem dnevu varnosti pacientov dne 17. 10. 2026

Tabela 1: Prikaz števila opozorilnih nevarnih dogodkov po kategorijah, podatki za leto 2025

Kategorija opozorilnega nevarnega dogodka	Število primerov
Pacientova nepričakovana smrt	9
Večja stalna izguba pacientove telesne funkcije	1
Samomor pacienta v zdravstveni ustanovi	11
Zamenjava novorojenčka	0
Hemolitična transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin	2
Kirurški poseg na napačnem delu telesa	2
Sum kaznivega dejanja	0

Vir: podatki agencije, dostopni na spletni strani:
<https://www.jakz.si/opozorilni-nevarni-dogodki-in-preprecljivi-skodljivi-dogodki/>

Omeniti velja sprejetje Nacionalnega akcijskega načrta kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov 2026–2030, ki je dostopen na spletni povezavi <https://www.jakz.si/wp-content/uploads/2026/09/Nacionalni-akcijski-nacrt.pdf> in ki ga sestavljajo številni ukrepi za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, krepitev kulture varnosti in učenje.

Agencija je tudi aktivna na področju izvajanja Uredbe (EU) 2021/2282 o vrednotenju zdravstvenih tehnologij, prvi slovenski povzetki poročil o skupnih kliničnih ocenah zdravil, ki so bile pripravljene na ravni Evropske unije, pa so tudi že dostopni na spletni strani agencije <https://www.jakz.si/vrednotenje-tehnologij/o-vrednotenju/>.

4. ZAKLJUČEK

Slovenski zdravstveni sistem se danes ne sooča več zgolj z vprašanjem, kako zagotoviti več zdravstvenih storitev, temveč predvsem, kako zagotoviti večjo vrednost za paciente ob omejenih kadrovskih in finančnih virih. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave zato postajata ključna dejavnika uspešnosti zdravstvenega sistema ter hkrati pomembna instrumenta njegove dolgoročne vzdržnosti.

ZZKZ in ustanovitev Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu predstavljata enega najpomembnejših sistemskih premikov na področju kakovosti zdravstvene obravnave po osamosvojitvi Slovenije. Vzpostavljata pogoje za prehod od pretežno reaktivnega odzivanja na težave k sistematičnemu upravljanju kakovosti, temelječemu na podatkih, učenju in odgovornosti za doseganje boljših zdravstvenih izidov.

Dolgoročni uspeh bo odvisen predvsem od sposobnosti vseh deležnikov, da kakovost in varnost zdravstvene obravnave razumemo kot skupno razvojno nalogo.

Zdravstveni sistem, ki se uči iz podatkov, izkušenj pacientov in lastnih napak, ni zgolj varnejši in učinkovitejši, temveč tudi odpornejši na prihodnje demografske, kadrovske in finančne izzive. Prav zato kakovost in varnost zdravstvene obravnave nista strošek, temveč ena najpomembnejših naložb v prihodnost slovenskega zdravstvenega sistema.

5. LITERATURA IN VIRI

1. Akt o kazalnikih kakovosti v zdravstvu, Uradni list RS, št. 1646/26.
2. Akt o vrstah in načinu spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov v zdravstvu, Uradni list RS, št. 1647/26.
3. European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH): Patient Safety and Quality of Care in the EU, European Commission, Brussels 2014.
4. Grabar, Daniel, Simčič, Biserka, Robida, Andrej: Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana 2024.
5. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije: Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2022–2031, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Ljubljana 2022.
6. OECD: Capturing Wasteful Spending in Health: Strengthening OECD Indicators, OECD, Paris 2026.
7. OECD: Health at a Glance 2025: Slovenia, OECD Publishing, Paris 2025.
8. OECD: Patient Safety, OECD Publishing, Paris 2024.
9. OECD: Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris 2017.
10. OECD: The Economics of Patient Safety: From Analysis to Action, OECD Publishing, Paris 2022.
11. Pravilnik o izvajanju nadzora kakovosti v zdravstvu, Uradni list RS, št. 1422/26.
12. Robida, Andrej: Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: A Psychometric Evaluation, International Journal for Quality in Health Care, Oxford 2013.
13. Robida, Andrej: Pot do odlične zdravstvene prakse, Planet GV, Ljubljana 2009.
14. Simčič, Biserka: Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Ljubljana 2010.
15. Svet Evropske unije: Council Conclusions on Patient Safety and Quality of Care, Including the Prevention and Control of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance (2014/C 438/05), Bruselj 2014.
16. Svet Evropske unije: Council Recommendation of 9 June 2009 on Patient Safety, Including the Prevention and Control of Healthcare-Associated Infections (2009/C 151/01), Uradni list Evropske unije, Bruselj 2009.
17. WHO Regional Office for Europe: Health and Care Workforce in Europe: Time to Act, Copenhagen 2022.
18. WHO Regional Office for Europe: Slovenia: Country Health Profile 2023, Brussels 2023.
19. World Health Organization: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care, WHO, Geneva 2021.
20. Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), Uradni list RS, št. 102/24 in 111/25.

BELEŽKE

[illegible]

Biserka Simčič

Strokovnjakinja za kakovost in varnost
v zdravstvu

Od nadzora k zaupanju: nova paradigma kakovosti

Povzetek

Slovensko zdravstvo je z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu dobilo celovit pravni okvir, ki kakovost, varnost pacientov, odgovornosti deležnikov, merjenje in nadzor povezuje v enoten sistem. Toda pravna ureditev sama po sebi še ne ustvarja zaupanja. Prispevek zagovarja prehod od nadzora, razumljenega predvsem kot iskanje odstopanj in krivde, k nadzoru kot delu učnega sistema, ki preverja zanesljivost procesov, spodbuja pravočasno razkritje tveganj in zahteva dokazljive izboljšave. Tak prehod ne pomeni manj odgovornosti. Nasprotno, zahteva jasnejšo razliko med človeško napako, tveganim vedenjem, namerno kršitvijo in sistemsko pomanjkljivostjo ter večjo odgovornost vodstev za pogoje dela, odzivanje na podatke in kulturo varnosti. V ospredju so pasti formalizma, kazalnikov brez ukrepanja, poročanja brez učenja, razdrobljene odgovornosti, pomanjkanja kompetenc in uporabe nadzora za ustvarjanje videza urejenosti. Rdeča nit »Komu je zdravstvo res pomembno?« se zato prevede v preverljivo vprašanje: Kdo je pripravljen kakovost postaviti pred udobje institucije, kratkoročne interese in molk? Zaupanje ni alternativa nadzoru, temveč njegov najzahtevnejši rezultat.

Ključne besede: kakovost v zdravstvu, varnost pacientov, nadzor, zaupanje, pravična kultura, odgovornost, vodenje

Abstract

The Slovenian Quality Assurance in Healthcare Act established a comprehensive legal framework that connects quality, patient safety, stakeholder responsibilities, measurement and oversight. Yet regulation alone cannot create trust. This paper argues for a shift from oversight understood mainly as detecting deviations and assigning blame towards oversight as part of a learning system that tests process reliability, encourages early disclosure of risks and requires demonstrable improvement. This does not imply less accountability. It requires a clearer distinction between human error, at-risk behaviour, intentional misconduct and system failure, as well as stronger leadership accountability for working conditions, use of data and safety culture. Particular attention is paid to the risks of formal compliance, indicators without action, reporting without learning, fragmented accountability, insufficient competencies and supervision that creates only an appearance of order. The conference theme, "Who truly cares about healthcare?", can therefore be translated into a verifiable question: who is willing to place quality above institutional convenience, short-term interests and silence? Trust is not an alternative to oversight, but its most demanding outcome.

Keywords: healthcare quality, patient safety, oversight, trust, just culture, accountability, leadership

1. KOMU JE ZDRAVSTVO RES POMEMBNO?

Zdravstvena organizacija ima lahko sprejete pravilnike, imenovane komisije, izpolnjene obrazce in urejene evidence, pa pacient v njej še vedno ni nujno varen. Lahko pa ima veliko prijavljenih incidentov in je prav zaradi odprtega poročanja varnejša od organizacije, ki skoraj ničesar ne prijavi. Kaj torej v resnici dokazuje kakovost?

Vprašanje letošnjega srečanja je verjetno namenoma provokativno. Skoraj vsak deležnik bo odgovoril, da mu je zdravstvo pomembno. Toda kakovost sistema se ne meri po izjavah, temveč po odločitvah: čemu namenimo čas, denar in vodstveno pozornost, kaj storimo, ko podatki pokažejo odstopanje, ali zaščitimo človeka, ki v dobri veri opozori na nevarnost, in ali smo pripravljeni spremeniti proces, ki je organizaciji udoben, pacientu pa povzroča tveganje?

Zdravstvo je res pomembno pacientu, ki potrebuje pravočasno, varno in povezano obravnavo. Pomembno je zaposlenemu, ki želi delo opraviti strokovno, vendar potrebuje ustrezne pogoje, informacije, kompetence in podporo. Pomembno je vodstvu, kadar kakovosti ne obravnava kot priloge poslovnemu poročilu, temveč kot način vodenja. Pomembno je plačniku, kadar ne plačuje le količine storitev, ampak spodbuja vrednost, izide in varnost. In nenazadnje, pomembno je politiki, kadar vzpostavi stabilne institucije in vztraja pri dolgoročnih ciljih tudi po koncu mandata.

Nova paradigma kakovosti se zato začne s preizkusom skladnosti med besedami in dejanji. Če je kakovost pomembna samo takrat, ko ne zahteva dodatnega časa, prerazporeditve virov ali priznanja problema, potem ni strateška vrednota. Je slogan.

2. OD KONTROLE POSAMEZNIKA K ZANESLJIVOSTI SISTEMA

Nadzor je nujen del vsakega odgovornega zdravstvenega sistema. Brez njega ni mogoče preverjati skladnosti, varovati pacientov, prepoznati ponavljajočih se tveganj ali ukrepati ob resnih nepravilnostih. Težava nastane, kadar nadzor postane sam sebi namen oziroma ko uspeh merimo s številom pregledanih dokumentov, ugotovljenih neskladnosti ali izrečenih ukrepov, ne pa z zmanjšanjem tveganj in izboljšanjem izidov.

Predstavljajmo si pacienta, ki je odpuščen iz bolnišnice s spremenjeno terapijo. Osebni zdravnik spremembe ne prejme pravočasno, lekarna nima popolne informacije, pacient pa doma nadaljuje jemanje prejšnjih zdravil. Kdo je naredil napako? Takšno vprašanje nas hitro pripelje do posameznika. Pomembnejša vprašanja so drugačna: kako je bila načrtovana predaja, kdo je moral potrditi prejem informacije, kje bi moral sistem zaznati neskladje in kdo mora zagotoviti, da se enaka vrzel ne ponovi?

Tradicionalna logika nadzora izhaja predvsem iz vprašanja »Kdo je naredil napako?«. Sistemsko logika začne z vprašanjem »Kako je sistem omogočil, da je do dogodka prišlo, zakaj ga ni pravočasno zaznal in kaj mora spremeniti?«. To ni opravičevanje malomarnosti ali namernih kršitev. Svetovna zdravstvena organizacija poudarja prehod od tradicionalnega obtoževanja k sistemskemu razmišljanju, ne da bi pri tem spregledali malomarno ali nesprejemljivo ravnanje.

Pravična kultura ni kultura brez odgovornosti. Je kultura razločevanja. Človeška napaka zahteva podporo, izboljšanje procesa in zmanjšanje možnosti ponovitve. Tvegano vedenje zahteva razumevanje motivov, ozaveščanje in preoblikovanje spodbud. Zavestna kršitev zahteva jasno profesionalno in organizacijsko odgovornost. Sistemsko pomanjkljivost pa zahteva ukrepanje vodstva. Če vse dogodke obravnavamo enako, dobimo ali kulturo strahu ali kulturo izmikanja. Nobena ni varna.

3. PRAVNI OKVIR: POMEMBEN PRELOM, NE KONČNI CILJ

Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ) se uporablja za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji. Uvodoma v 1. členu povezuje načela kakovosti, nenehno izboljševanje, odgovornosti izvajalcev, pacientov in drugih deležnikov, naloge Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu, vrednotenje zdravstvenih tehnologij in nadzor sistema kakovosti. Njegov cilj je doseganje najvišje stopnje varnosti pacientov ter zmanjšanje tveganja za življenje in zdravje.

Zakon v 4. členu določa sedem medsebojno povezanih načel: učinkovitost, uspešnost, osredotočenost na pacienta, pravočasnost, varnost zdravstvene obravnave, enakopravnost in integriranost zdravstvenega varstva. To niso ločeni administrativni predali, ampak sedem vprašanj ob vsaki pomembni odločitvi: ali ukrep izboljšuje izide, ali je varen, ali je pravočasen, ali je pravičen, ali je za pacienta smiseln, ali povezuje obravnavo in ali omejene vire uporablja smotrno?

Učinkovitost brez uspešnosti lahko pomeni, da hitreje izvajamo napačne ali nepotrebne postopke. Dostopnost brez varnosti ni kakovost. Varčevanje, ki povečuje preprečljivo škodo, ni gospodarnost. Integriranost brez jasne odgovornosti na prehodih med izvajalci ostane administrativna beseda.

Posebej pomemben je 7. člen, ki med nalogami izvajalcev določa vzpostavitev sistema upravljanja in ravnanja s kakovostjo ter vrsto organizacijskih, podatkovnih, varnostnih, izobraževalnih in poročevalskih obveznosti.

Iz teh in drugih določb ZZKZ izhaja praktična zahteva, da organizacija tveganje pravočasno zazna, incident ustrezno obravnava, pacientu zagotovi zakonsko predvideno razkritje in podpora ter preverja izvajanje in učinek sprejetih ukrepov. Razlika med formalno in dejansko skladnostjo je v odgovoru na vprašanje: kaj smo zaradi ugotovitve spremenili in ali je sprememba tveganje zmanjšala?

Pravilnik o izvajanju nadzora kakovosti v zdravstvu je bil sprejet 31. avgusta 2026, objavljen 13. septembra 2026 in se uporablja od 28. septembra 2026.

Pravilnik podrobneje ureja izvedbo nadzora, delo komisije, poročanje ter oblikovanje ugotovitev in ukrepov oziroma priporočil.

4. ZAKAJ ZAUPANJE NI MEHKA TEMA?

Zaupanje v zdravstvu ni prijazna komunikacijska kulisa. Ima operativne posledice. Pacient, ki sistemu zaupa, lažje posreduje pomembne informacije, sodeluje pri odločitvah in opozori na odstopanje. Zaposleni, ki zaupa odzivu organizacije, prej sporoči skorajšnji dogodek, dvom ali napako. Vodstvo, ki zaupa podatkom in strokovnim ekipam, lahko ukrepa, še preden pride do škode. Regulator, ki mu izvajalci zaupajo kot strokovnemu in nepristranskemu partnerju, prejme bolj resnično sliko sistema.

Varnost pacientov je po opredelitvi WHO organiziran okvir kultur, procesov, postopkov, vedenj, tehnologij in okolij, ki trajno zmanjšujejo tveganja in preprečljivo škodo. WHO ocenjuje, da približno vsak deseti pacient utрпи škodo med zdravstveno obravnavo, več kot polovica škode pa je preprečljiva. Ti podatki niso namenjeni ustvarjanju strahu, temveč opozorilu, da zanašanje samo na individualno strokovnost in dobro voljo ni dovolj.

Zaupanje nastane, ko sistem dosledno izpolnjuje obljube, odziv na incident pa je predvidljiv in pravičen. Krepi se tudi z dosledno uporabo podatkov, spremljanjem priporočil nadzora do njihove izvedbe ter spoštljivim in pravočasnim razkritjem dogodka pacientu. Zaposleni ga občutijo predvsem takrat, ko vidijo, da je prijava tveganja privedla do izboljšave, ne zgolj do dodatnega obrazca.

Poročilo samo po sebi še ne pomeni izboljšave, če mu ne sledi ustrezen odziv. Tudi priporočilo brez jasno določenega nosilca ne more postati ukrep, kazalnik brez sprejete odločitve pa ne pomeni vodenja. Prijava lahko prispeva h gradnji kulture le, če ji sledi pravičen odziv, nadzor pa ustvarja zaupanje šele takrat, ko vodi tudi k učenju.

5. PASTI NEUREJENEGA PODROČJA IN NAVIDEZNE KAKOVOSTI

5.1 Imamo dokument, nimamo delujočega sistema

Največja nevarnost nove ureditve je, da se zakonske zahteve prevedejo v nove pravilnike, obrazce in komisije, ne pa v drugačno delo. Organizacija lahko formalno imenuje odgovorne osebe, sprejme letni načrt in vodi evidence, vendar še vedno ne zna hitro prepoznati tveganja, analizirati vzroka, določiti nosilca ukrepa in preveriti učinka. Navidezna skladnost je posebej nevarna, ker ustvarja občutek varnosti brez dejanske zanesljivosti.

5.2 Imamo kazalnik, nimamo odločitve

Merjenje je bistveno, vendar številka sama ne izboljša obravnave. Podatek, ki ne sproži vprašanja ali odločitve, ni orodje vodenja, ampak arhiv. Kazalnik potrebuje jasno definicijo, primerljive podatke, odgovornega lastnika, prag za ukrepanje in povratno informacijo. Brez tega postane poročanje administrativno breme ali sredstvo za olepševanje. Najbolj nevarni niso slabi podatki, temveč podatki, za katere vsi vedo, pa nihče ne ukrepa.

5.3 Imamo sistem poročanja, brez psihološke varnosti

Sistem sporočanja incidentov je nesmiseln, če zaposleni verjamejo, da je molk varnejši od odkritega opozorila. Povečanje števila prijav na začetku ni nujno znak slabše varnosti, temveč lahko pomeni večjo pripravljenost za razkrivanje tveganj. Zato je treba skupaj spremljati kakovost analiz, čas odziva, izvedbo ukrepov, ponavljanje dogodkov in zaznavo kulture varnosti. Če vodstvo nagrajuje tišino in kaznuje slabo novico, sicer dobi lepša poročila, ne pa tudi varnejšega sistema.

5.4 Imamo veliko odgovornih, nimamo jasnega nosilca

V kakovosti sodelujejo država, agencija, izvajalci, zaposleni, plačnik, zbornice, strokovna združenja, izobraževalne ustanove, pacienti in lokalne skupnosti. Ta širina je prednost, vendar tudi tveganje. Sistem, v katerem so odgovorni vsi, lahko v praksi postane odgovornost nikogar. Za vsak sistemski cilj morajo biti zato znani nosilec, rok, potrebni viri, merilo uspeha in način poročanja.

5.5 Preverjamo dokazila (papir), ne preverjamo zmanjšanja tveganja

Nadzor lahko nehote spodbuja obrambno dokumentiranje. Izvajalci tako vlagajo trud v dokazila, ki jih bodo pokazali komisiji, namesto v procese, ki zmanjšujejo tveganje. Dober nadzor mora preverjati tako skladnost kot delovanje: ali zaposleni poznajo postopek, ali se ukrepi izvajajo, ali se tveganja zmanjšujejo in ali pacient občuti boljšo kontinuiteto. Načelo sorazmernosti je zato treba razumeti tudi vsebinsko, pri čemer naj bo obseg nadzora prilagojen tveganju in naj izvajalca ne obremeni bolj, kot je potrebno za doseganje namena nadzora ter hkrati čim bolj prispeva k varnosti.

5.6 Omejeni viri: realnost, ki ne sme postati opravičilo

Pomanjkanje kadra in finančnih virov je resnično in ga ni pošteno zmanjševati. Toda prav pod pritiskom se pokaže kultura. Organizacija, ki varnost razume kot dodatno nalogo, jo bo ob pomanjkanju virov prva opustila. Organizacija, ki jo razume kot način dela, bo standardizirala kritične procese, zmanjšala nepotrebno delo, varovala predaje, spremljala obremenitve in prednostno odpravljala največja tveganja. Kakovost ni nasprotje učinkovitosti; dejstvo je, da slaba kakovost ustvarja ponovitve, zaplete, dodatne hospitalizacije in izgubo zaupanja.

5.7 Nadzor, financiranje in vodenje pošiljajo različna sporočila

Če regulator zahteva eno, plačnik spodbuja drugo, vodstva pa so ocenjevana predvsem po količini in finančnem rezultatu, sistem zaposlenim pošilja nasprotujoča si sporočila. Nova paradigma zahteva uskladitev pravil, finančnih spod-

bud, kazalnikov, nadzora in izobraževanja, sicer bo kakovost ostala vzporedni sistem, ki deluje ob osnovni dejavnosti, ne pa v njej.

6. KAKOVOST KOT GOSPODARNA UPORABA OMEJENIH VIROV

Kakovost ni nasprotje finančni vzdržnosti. Preprečljiva škoda povzroča podaljšane hospitalizacije, ponovne sprejeme, ponavljanje diagnostike, dodatno zdravljenje, odsotnosti zaposlenih, pritožbene in sodne postopke ter izgubo zaupanja. Zato vprašanje ni, ali si kakovost lahko privoščimo. Vprašanje je, koliko časa si še lahko privoščimo stroške nekakovosti.

Najdražji sistem ni nujno tisti, ki največ vlaga v kakovost, temveč tisti, ki vedno znova plačuje posledice istih preprečljivih napak. Vodstva imajo zato dvojno odgovornost: varovati pacienta in preprečevati porabo virov za škodo, ponovitve ter popravljanje procesov, ki bi morali biti zanesljivi že prvič.

7. KAJ V PRAKSI POMENI PREHOD OD NADZORA K ZAUPANJU

Nadzor mora biti usmerjen v tveganje. Prednost naj imajo področja z veliko možnostjo škode, šibko kontinuiteto, ponavljajočimi se odstopanji ali očitnim razkorakom med podatki in prakso. Enaka intenzivnost nadzora za vse ustvarja veliko dela in malo koristi.

Vsak nadzor mora imeti jasno učno zanko: ugotovitev, vzrok, ukrep, odgovorna oseba, rok, kazalnik učinka in preverjanje trajnosti. Priporočilo brez spremljanja je zgolj dobro napisana želja.

Primerljivi podatki morajo biti uporabljeni odgovorno. Preglednost je nujna, vendar lahko nepojasneni podatki spodbudijo prikrivanje, izbiro manj tveganih pacientov ali obrambno ravnanje. Podatke je treba razlagati v kontekstu, preverjati njihovo kakovost in jih povezati z možnostjo strokovne podpore za izboljšanje.

Vodstva morajo odgovarjati za kulturo in rezultate, ne le za obstoj dokumentacije. Zago-

toviti morajo vire, odpraviti ovire, spremljati ukrepe in ustvariti okolje, v katerem je opozarjanje na tveganja legitimno. Kultura kakovosti je predvsem rezultat vsakodnevnih vodstvenih odločitev. Pacienti in svojci morajo postati partnerji pred škodnim dogodkom, ne le pritožniki po njem. Njihove izkušnje lahko razkrijejo prekinjene poti, nerazumljive informacije, neusklajeno zdravljenje in tveganja, ki jih organizacijski podatki ne pokažejo.

Sistem mora vlagati v znanje in kompetence. Analiza incidenta, statistična presoja procesa, izboljševanje, človeški dejavniki, komunikacija po dogodku in pravična kultura niso samo-umevne veščine. Brez njih lahko zahteva po več analizah povzroči več poročil, ne boljših ugotovitev.

8. ŠEST PREVERLJIVIH JAVNIH ZAVEZ KAKOVOSTI

Če naj zaupanje postane rezultat sistema in ne le komunikacijska obljuba, mora biti vsaka zaveza preverljiva.

1. Zaveza resnici: Objavimo podatke, ki so dovolj kakovostni za odločanje, pojasnimo njihove omejitve in ne kaznujemo prinašalca slabe novice.
2. Zaveza odzivu: Za vsako pomembno tveganje določimo odgovornega nosilca, rok, ukrep in merilo učinka.
3. Zaveza pravičnosti: Odziv prilagodimo naravi ravnanja, ne zgolj teži posledice dogodka.
4. Zaveza pacientu: Pacienta vključimo v načrtovanje, ocenjevanje in izboljševanje ter mu ob škodnem dogodku zagotovimo razkritje in podporo.
5. Zaveza vodstva: Vodstvo kakovost obravnava kot strateško, kadrovsko in finančno odgovornost ter redno obravnava tveganja, zagotavlja potrebne pogoje in preverja izvajanje izboljšav.
6. Zaveza učenju: Ugotovitve nadzorov in incidentov pretvorimo v izboljšave, jih širimo med oddelki in izvajalci ter preverjamo njihovo trajnost.

9. SKLEP: ZAUPANJE KOT DOKAZ, DA SISTEM DELUJE

Od nadzora k zaupanju ne pomeni od pravil k popustljivosti. Pomeni od formalnega preverjanja k dokazljivi zanesljivosti. Od vprašanja, ali imamo dokument, k vprašanju, ali proces varuje pacienta. Od štetja prijav k spremljanju učenja. Od iskanja posameznega krivca k pravični razdelitvi osebne, strokovne, vodstvene in sistemske odgovornosti.

Komu je zdravstvo res pomembno? Ne tistemu, ki zagotavlja, da je vse urejeno, temveč človeku, ki je pripravljen preveriti, ali sistem v resnici deluje, ki ne skriva neugodnih podatkov in se jih ne ustraši, ne kaznuje opozoril ter priporočil ne odlaga v predal, in tistemu, ki zna razlikovati med napako, tveganim ravnanjem, zavestno kršitvijo in sistemsko odgovornostjo.

Tistemu, ki zaposlenega zaščiti, ko ta v dobri veri opozori na tveganje, in hkrati ukrepa ob nesprejemljivem ravnanju.

Pacient ne potrebuje sistema, ki trdi, da nima napak. Potrebuje sistem, ki nevarnost pravočasno prepozna, napako odkrito obravnava, škodo zmanjša, prepreči ponovitev in se uči.

Zaupanja ni mogoče predpisati. Mogoče pa je zgraditi pogoje, v katerih obstajajo jasna pravila, strokoven in sorazmeren nadzor, odprti podatki, pravičen odziv, kompetentni ljudje, odgovorna vodstva in vidne izboljšave. Ko bo pacient videl, da se sistem iz odstopanj uči, in ko bo zaposleni lahko brez strahu povedal, kaj ne deluje, bomo vedeli, da se je paradigma res spremenila. Zaupanje zato ni alternativa nadzoru. Je dokaz, da je nadzor dosegel svoj pravi namen.

10. LITERATURA IN VIRI

1. Farkaš Lainščak, Jerneja; Grabar, Daniel; Kobal Straus, Klavdija; Marušič, Dorjan; Poldrugovac, Mircha; Simčič, Biserka: *Kakovost in varnost v zdravstvu, priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce*, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Ljubljana 2022.
2. Gerbec, Franc; Simčič, Biserka (ur.): *Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu s komentarjem*, 2026.
3. *Pravilnik o izvajanju nadzora kakovosti v zdravstvu*, Uradni list RS, št. 69/2026, SOP 2026-01-2082.
4. Slawomirski, Luke; Klazinga, Niek: *The Economics of Patient Safety: From Analysis to Action*, OECD Health Working Papers, No. 145, OECD Publishing, Paris 2022. DOI: 10.1787/761f2da8-en.
5. *World Health Organization: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*, World Health Organization, Geneva 2021.
6. *World Health Organization: Patient safety, fact sheet*, 11. 9. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> (dostop 7. 10. 2026).
7. *Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)*, Uradni list RS, št. 102/2024 in 111/2025 – ZDIUPZ.

Hajdi Kosednar
Center za informatiko v zdravstvu



eNaročanje po prenovi: kaj pridobijo pacienti in kaj izvajalci?

Povzetek

eNaročanje je osrednja nacionalna rešitev za elektronsko napotovanje in naročanje pacientov. Dosedanji model prvega prostega termina je omogočal izvedbo naročanja, ni pa zagotavljal celovitega pregleda nad razpoložljivimi termini in viri pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Centralni urnik eNaročanje nadgrajuje z dnevnim zbiranjem strukturiranega nabora prostih slotov, validacijami kakovosti podatkov, zaznavanjem konfliktov virov ter uporabo teh podatkov v operativnih scenarijih naročanja. Za paciente prenova pomeni predvsem večjo preglednost in zanesljivejšje informacije o razpoložljivosti. Za izvajalce in poslovodstva pa prinaša kakovostnejši vpogled v objavljene kapacitete, napake, konflikte in podatkovno podlago za spremljanje dostopnosti. Pomembno je, da Centralni urnik ne prevzema lokalnega upravljanja ambulantnih razporedov in sam po sebi ne odpravlja vzrokov za čakalne dobe. Učinek prenove bo odvisen od kakovosti lokalnih podatkov, pravočasnih nadgradenj lokalnih informacijskih sistemov, jasne razdelitve odgovornosti in sistematičnega merjenja učinkov po uvedbi.

Ključne besede: eNaročanje, centralni urnik, prosti termini, dostopnost, kapacitete, upravljanje podatkov, čakalne dobe

Abstract

eAppointment is Slovenia's central national solution for electronic referrals and patient appointment booking. The previous first-available-appointment model supported booking but did not provide a comprehensive overview of available appointment slots and resources at healthcare providers. The Central Schedule upgrades eAppointment by collecting a structured set of available slots on a daily basis, validating data quality, detecting resource conflicts and using these data in operational booking scenarios. For patients, the main benefit is greater transparency and more reliable information on availability. For providers and their management, the solution offers a better overview of published capacity, errors and conflicts, as well as a stronger data basis for monitoring access to care. The Central Schedule does not replace local schedule management and cannot by itself resolve the organisational, workforce or financial causes of waiting times. Its impact will depend on the quality of local data, timely upgrades of local information systems, clear responsibilities and systematic post-implementation evaluation.

Keywords: eAppointment, central schedule, available slots, access to care, capacity, data governance, waiting times

1. UVOD: DOSTOPNOST JE TUDI UPRAVLJAVSKO VPRAŠANJE

Dostopnost zdravstvenih storitev se pogosto obravnava predvsem skozi čakalne dobe in klinično prednostno obravnavo pacientov. Z vidika posloводства pa je enako pomembno vprašanje, kako dobro poznamo dejansko razpoložljivost kapacitet, kako zanesljivi so podatki, na katerih temeljijo odločitve, in kako učinkovito lahko paciente usmerjamo do izvajalca zdravstvene dejavnosti in termina. V okolju omejenih kadrovskih in finančnih virov postaja kakovosten podatek o razpoložljivosti pomemben upravljaljski vir.

Obseg nacionalnega eNaročanja je velik: mesečno se izda več kot 450.000 e-napotnih listin, ustvari več kot 850.000 elektronskih naročil, na specialistični ravni pa prek sistema svoje storitve ponuja več kot 1.100 izvajalcev.(1) Tak obseg zahteva stabilne integracije med centralnim sistemom in lokalnimi zdravstvenimi informacijskimi sistemi ter dovolj natančen in ažuren pregled razpoložljivih terminov.

Dosedanji podatkovni model je temeljil na več procesih. Proces A je centralnemu sistemu posredoval prvi prosti termin, proces B odprta naročila, proces C pa realizacije in odpovedi. Tak model je omogočal operativno naročanje, vendar en sam podatek o prvem prostem terminu ne pokaže celotne razpoložljivosti, ne omogoča pregleda časovnih prekrivanj in ne daje dovolj podatkov o uporabi posameznih virov. Centralni urnik je zato zasnovan kot nadgradnja, ki centralizira podatke o prostih terminih, ne pa lokalnega upravljanja urnikov.(2)

2. KAJ SE S CENTRALNIM URNIKOM SPREMINJA

Bistvena sprememba je prehod od enega prvega prostega termina k strukturiranemu podatkovnemu naboru razpoložljivih slotov. Za izvajalce, ki preidejo na novi način poročanja prvih prostih terminov, se novi podatkovni proces D (ki nadomešča proces A) izvede enkrat dnevno v nočnem ciklu. Centralni sistem za posamezno aktivno kombinacijo izvajalca in vrste zdra-

vstvene storitve pridobi strukturiran nabor prostih slotov, ki lahko poleg časa in lokacije vključuje tudi zdravnika, napravo, tim, diagnozo ter omejitve glede spola ali starosti. Za posamezno vrsto odgovora je mogoče posredovati do 1.000 slotov.(3)

Pomembna razlika je, da proces D ne ustvarja naročil in ne posega v lokalne ambulantne razporede. Izvajalec še naprej upravlja svoj urnik v lokalnem sistemu. Centralni sistem pridobi podatke, ki jih potrebuje za prikaz razpoložljivosti, izbor ustreznega termina, nadzor kakovosti in analitiko. Gre torej za centralizacijo podatkov o razpoložljivosti, ne za centralizacijo organizacije dela izvajalcev.

Kakovost podatkov se preverja ob vstopu v centralni sistem. Če posameznemu slotu manjka obvezni podatek, se lahko zavrne samo ta zapis, drugi pravilni zapisi pa se shranijo. Napake se beležijo, izvajalec je o njih lahko obveščen, pri začasni komunikacijski napaki pa sistem pod določenimi pogoji uporablja zadnji uspešni nabor podatkov. Po uspešni izdelavi ali posodobitvi naročila dodatni mehanizem preverja časovna prekrivanja in skupne vire, na primer lokacijo, zdravnika ali napravo, ter iz centralne ponudbe deaktivira konfliktne proste slotte. Že potrjenih naročil pri tem ne preklicuje in ne spreminja lokalnega sistema.

V nadaljevanju se podatkovni temelj poveže z operativnimi funkcionalnostmi: tedenskim koledarskim pregledom, uporabo slotov pri izbiri termina, scenariji naročanja ob nedosegljivosti lokalnega sistema in naročili brez napotne listine pri tistih vrstah zdravstvenih storitev, kjer je tak način dovoljen. Prenova tako ne pomeni le več podatkov, temveč njihovo vključitev v konkretne poslovne procese naročanja.

3. KAJ PRIDOBI PACIENT

Za pacienta je najpomembnejša korist večja preglednost. Dosedanji model je lahko prikazoval predvsem en prvi prosti termin, prenovljeni model pa omogoča uporabo širšega nabora razpoložljivih možnosti. S tem se izboljšuje podatkovna podlaga za izbor ustreznega termina in

zmanjšuje odvisnost od enega samega podatka, ki ne odraža nujno celotne razpoložljivosti.

Druga korist je zanesljivost prikazanih informacij. Validacije in obravnavanje konfliktov zmanjšujejo verjetnost, da bi centralni sistem eNaročanja ponujal termin, ki je zaradi spremembe v lokalnem okolju že postal neustrezen. Tudi pri začasni nedosegljivosti lokalnega sistema so za določene scenarije predvideni postopki, ki omogočajo kontinuiteto naročanja in naknadno sinhronizacijo. Za pacienta je pomembno predvsem to, da je pot naročanja čim bolj enotna in da se podatki, prikazani v nacionalnih storitvah, ujemajo z dejanskim stanjem pri izvajalcu.

Koristi pa niso avtomatične. Centralni urnik lahko prikaže le tiste termine in podatke, ki jih izvajalci prek svojih lokalnih sistemov dejansko posredujejo in vzdržujejo. Če so podatki nepopolni, zastareli ali napačno preslikani, centralna rešitev tega ne more v celoti nadomestiti. Zato sta z vidika pacienta enako pomembna tehnična kakovost rešitve, kot tudi organizacijska disciplina pri upravljanju terminov in podatkov pri izvajalcih.

Prav tako ni utemeljeno pričakovati, da bo sama informacijska nadgradnja avtomatično skrajšala čakalne dobe. Na čakanje vplivajo razpoložljivost kadra, organizacija dela, financiranje programov, struktura povpraševanja, klinične prioritete in številni drugi dejavniki. Centralni urnik lahko te razmere naredi preglednejše in merljivejše, ne more pa nadomestiti odločitev o kapacitetah.

4. KAJ PRIDOBIMO IZVAJALCI IN POSLOVODSTVA

Za izvajalca zdravstvene dejavnosti pomeni prenova najprej boljši operativni pregled nad objavljenimi kapacitetami. Strukturirani podatki omogočajo jasnejše spremljanje prostih slotov, napak, zavrženih zapisov, starosti podatkov in konfliktov virov. To zmanjšuje potrebo po ročnem ugotavljanju, zakaj se posamezen termin ne prikaže ali zakaj centralni in lokalni pogled nista usklajena.

Za poslovodstvo je pomembnejša druga raven: kapacitete postanejo merljiv in primerljiv podatek. Kjer je bil prej na voljo predvsem prvi prosti termin, lahko širši podatkovni sloj omogoči analize razpoložljivosti po vrstah storitev, lokacijah in drugih atributih. To ustvarja podlago za bolj strukturiran pogovor o organizaciji dela, odpiranju terminov, izkoriščenosti virov in dostopnosti. Podatek sam po sebi še ne pojasni vzroka za čakanje, omogoča pa natančnejše postavljanje vprašanj in preverjanje ukrepov.

Na sistemski ravni je prednost v primerljivejših podatkih med izvajalci in v kakovostnejši analitični podlagi za spremljanje dostopnosti. Pomembna je tudi sledljivost. Deaktivirani konfliktni sloti se ohranjajo kot zgodovinski zapis, novi dogodki so vključeni v revizijsko sled, dostop do podatkov pa ostaja vezan na uporabniške vloge. Tako se poleg operativne uporabe ustvarja tudi podlaga za nadzor kakovosti in nadaljnje analize.

Pri tem mora ostati jasno, česa Centralni urnik ne spreminja. Ne nadomešča lokalnega zdravstvenega informacijskega sistema, ne prevzema razporejanja zaposlenih ali ambulant, ne določa obsega programov in ne sprejema poslovnih odločitev namesto izvajalca. Njegova vrednost je v tem, da so posledice teh odločitev v podatkih bolj vidne in da so informacije o razpoložljivosti na nacionalni ravni bolj strukturirane.

5. KAJ MORAJO ZA UVEDBO NAREDITI IZVAJALCI

Centralna rešitev predstavlja le polovico izvedbe. Za uporabo procesa D in povezanih scenarijev morajo izvajalci zagotoviti ustrezne prilagoditve lokalnega zdravstvenega informacijskega sistema in sodelovanje svojega dobavitelja. Pri tem ni dovolj zgolj tehnična povezava. Pravilno morajo biti preslikane vrste zdravstvenih storitev, lokacije, zdravniki, naprave, timi in morebitne omejitve slotov, saj kakovost centralnega prikaza neposredno izhaja iz kakovosti lokalnih podatkov.

Izvajalec mora vzpostaviti tudi notranji nadzor nad napakami, zavrženimi sloti in uspešno-

stjo sinhronizacije. Ker sistem beleži in sporoča težave, je treba v organizaciji določiti, kdo jih spremlja in kdo ukrepa: ambulanta, informacijska služba, skrbnik eNaročanja, dobavitelj lokalnega sistema ali druga odgovorna oseba. Brez jasne razdelitve odgovornosti lahko sicer tehnično dobro zasnovan mehanizem ostane brez operativnega učinka.

Za poslovodstvo je zato pomembno, da uvedbe ne obravnava kot izključno informacijski projekt. Potrebni so usklajena časovnica, določitev odgovornosti, spremljanje pripravljenosti lokalnega sistema, preverjanje kakovosti podatkov ter organizacijska podpora ambulantam in uporabnikom. Tehnologija je pogoj za uporabo, učinek pa nastane šele v kombinaciji z urejenimi procesi dela.

6. FINANCIRANJE IN IZVEDBENA ODGOVORNOST

Centralni urnik je bil razvit v okviru projekta Strateški podatki v Načrtu za okrevanje in odpornost; projektne aktivnosti so po izhodiščni dokumentaciji potekale med 1. junijem 2025 in 30. junijem 2026.⁴ Centralni razvoj zato predstavlja skupno nacionalno investicijo. Dejanska uporaba pri posameznem izvajalcu pa zahteva lokalne prilagoditve informacijskih sistemov, testiranje, sodelovanje dobaviteljev in kasnejše vzdrževanje.

Za širšo uvedbo je zato pomembno, da je model financiranja lokalnih nadgradenj in vzdrževanja jasen vnaprej. To vprašanje je treba urediti skupaj z odgovornostmi za izvedbo, saj neposredno vpliva na čas priključevanja posameznih izvajalcev in s tem na to, kdaj bodo koristi prenove dejansko vidne pacientom.

Pomembna je tudi razmejitev med stroškom razvoja centralne storitve in stroškom organizacijske spremembe pri izvajalcu. Lokalna uvedba praviloma vključuje več kot programsko nadgradnjo: zahteva preverjanje podatkov, testne scenarije, usposabljanje uporabnikov, odpravljanje napak ter usklajevanje med poslovodstvom, strokovnimi službami, informatiko in dobaviteljem. Te elemente je smiselno obravnavati kot

del celovitega stroška uvedbe in ne kot naknadne, nepredvidene aktivnosti.

7. KAKOVOST PODATKOV IN OBVLADOVANJE TVEGANJ

Največje tveganje pri takšni nacionalni rešitvi ni zgolj nedelovanje centralnega sistema, temveč nekakovosten ali neusklajen podatek. Slovensko okolje je tehnološko raznoliko, izvajalci uporabljajo različne lokalne informacijske sisteme in imajo različne načine organizacije dela. Zato morajo biti pravila izmenjave, šifranti in validacije dovolj enotni, da je isti podatek med izvajalci primerljiv.

Nepopolni ali zastareli sloti zahtevajo spremljanje kakovosti, obvestila in dogovorjene postopke odpravljanja napak. Različne interpretacije kapacitete zahtevajo enotna metodološka pravila in skrb za kakovost podatkov o izvajalcih in vrstah zdravstvenih storitev. Zamude pri lokalnih nadgradnjah zahtevajo realno časovnico priključevanja in pregled nad pripravljenostjo posameznih izvajalcev. Pri scenarijih naknadne sinhronizacije pa je treba spremljati neuspešne prenose in zagotoviti obravnavo izjem.

Varnostni model ostaja vezan na digitalna potrdila, uporabniške vloge, šifriran prenos in revizijsko sled. Uporabnik pri izvajalcu vidi podatke v skladu s svojo vlogo, širši vpogled pa je omogočen le pooblaščenim uporabnikom glede na njihove naloge. Tak pristop mora ostati usklajen s pravili varstva osebnih podatkov, zlasti GDPR in ZVOP-2.5, 6.

Posebno upravljavsko tveganje je pričakovanje, da bo informacijski sistem sam rešil problem čakalnih dob. Prenova lahko izboljša preglednost, odkrije neusklajenosti in omogoči boljše analitiko, vendar ne ustvarja novih kadrovskih ali prostorskih kapacitet. Prav zato je smiselno ločiti kazalnike kakovosti podatkov in uspešnosti naročanja od kazalnikov čakalnih dob ter šele nato presojati, kateri učinki so posledica digitalne rešitve, kateri pa drugih sprememb v organizaciji ali financiranju.

8. KAKO MERITI, ALI PRENOVA DELUJE

Vrednotenje po uvedbi mora zajeti najmanj tri ravni. Prva je tehnična: uspešnost dnevnih zajemov procesa D, delež zavrženih slotov, razlogi zavrnitve, starost podatkov, konfliktne deaktivacije in uspešnost naknadne sinhronizacije. Ti kazalniki pokažejo, ali podatkovni tok deluje tako, kot je načrtovano. Druga raven je operativna in podatkovna: koliko ustreznih terminov je na voljo, kako pogosto prihaja do neskladij med centralnim in lokalnim sistemom, kako hitro se napake odpravljajo in ali izvajalec sistematično spremlja kakovost lastnih objavljenih podatkov. Za poslovodstvo je ta raven pomembna, ker povezuje tehnično delovanje z dejanskim upravljanjem kapacitet.

Tretja raven je uporabniška: uspešnost dokončanja naročanja, razumljivost prikazanih informacij, število napak v poti uporabnika ter zadovoljstvo pacientov in zdravstvenih delavcev. Primerjava med izvajalci, ki uporabljajo stari proces A, in tistimi, ki uporabljajo proces D, sama po sebi ne dokazuje učinka prenove, saj se izvajalci razlikujejo po organizaciji, obsegu storitev in lokalni tehnologiji. Smiselna je tudi primerjava istega izvajalca pred prehodom in po njem.

Šele povezava teh kazalnikov z dejanskimi čakalnimi dobami in izkušnjo uporabnikov lahko pokaže, ali je prenova dosegla pričakovani sistemski učinek. Tak pristop je pomemben tudi z vidika odgovorne porabe sredstev: uspeh projekta ni zgolj dejstvo, da je funkcionalnost razvita in tehnično vključena, ampak da daje merljive izboljšave v kakovosti podatkov, izvedbi naročanja in preglednosti dostopnosti.

9. ZAKLJUČEK

Centralni urnik pomeni pomembno spremembo podatkovnega modela eNaročanja. Namesto enega prvega prostega termina vzpostavlja strukturiran nacionalni pogled na razpoložljive sloje in njihove attribute, pri tem pa ohranja lokalno upravljanje razporedov. Za paciente sta največji potencialni koristi večja preglednost in zanesljivejša naročanje; za izvajalce in po-

slovodstva pa boljši operativni pregled ter kakovostnejša podatkovna podlaga za upravljanje kapacitet in dostopnosti.

Uspeh prenove bo odvisen predvsem od uvedbe pri izvajalcih. Potrebni so kakovostni lokalni podatki, pravočasne nadgradnje informacijskih sistemov, jasna odgovornost za spremljanje napak in sinhronizacije, usklajeno sodelovanje z dobavitelji ter urejen model financiranja lokalnih prilagoditev in vzdrževanja. Brez teh elementov lahko centralna funkcionalnost obstaja, njena dodana vrednost za pacienta pa ostane omejena.

Centralni urnik zato ni nadomestilo za organizacijske in finančne odločitve, temveč infrastruktura, ki jih lahko naredi vidnejše, merljivejše in primerljivejše. To je tudi njegova ključna vrednost za poslovodstvo: boljši podatek ne sprejme odločitve namesto organizacije, omogoči pa, da je odločitev sprejeta na bolj pregledni in preverljivi podlagi.

10. LITERATURA IN VIRI

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje: 10 let eZdravja v Sloveniji: digitalne storitve, ki vsak dan povezujejo paciente in zdravstvene strokovnjake. NIJZ, Ljubljana 2026. <https://nijz.si/informatika-v-zdravstvu/ezdravje/10-let-ezdravja-v-sloveniji-digitalne-storitve-ki-vsak-dan-povezujejo-paciente-in-zdravstvene-strokovnjake/> (dostop 1. 9. 2026).
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje: Enotni centralni urnik (nadgradnja eNaročanja). NIJZ, Ljubljana 2026. <https://nijz.si/projekti/enotni-centralni-urnik-nadgradnja-enarocanja/> (dostop 1. 9. 2026).
3. Ljubobratović, V., Kosednar, H.: eNaročanje - Centralni urnik. Funkcionalna specifikacija, različica 2.0.00. Nacionalni inštitut za javno zdravje; IN2, Ljubljana 2026.
4. Ministrstvo za zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje: Enotni centralni urnik (nadgradnja eNaročanja). Konferenca NOO eZdravje 2026, Brdo, 3. marec 2026.
5. European Parliament, Council of the European Union: Regulation (EU) 2016/679 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data. Official Journal of the European Union 2016; L119: 1–88.
6. Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2). Uradni list RS, št. 163/22. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7959> (dostop 1. 9. 2026).

BELEŽKE

[illegible]

Nina Graj
Univerzitetni klinični center Ljubljana



Od razpršenosti podatkov do enotnega pogleda na zdravstveni sistem

Povzetek

Slovensko zdravstvo ne trpi pomanjkanja podatkov, temveč pomanjkanje enotnega načina, kako jih povezati, ovrednotiti in ponuditi tistim, ki odločajo. Javni zdravstveni zavodi poročajo ministrstvu, ZZSZ, NIJZ in drugim deležnikom, za vmesno poročanje pa nimajo enotne metodologije, zato se vsaka bolnišnica znajde po svoje. V prispevku primerjamo ureditev v izbranih evropskih državah s stanjem v Sloveniji in predstavimo izkušnjo UKC Ljubljana, ki je razpršene podatke povezal v podatkovno skladišče in enoten upravljavski pogled v okolju Power BI. Primerjava z izbranimi evropskimi državami kaže, da uspešni sistemi poslovnega in upravljalškega poročanja temeljijo na enotnih definicijah kazalnikov, skupnem viru podatkov in orodjih, ki podatke uporabnikom zagotavljajo v primerljivi obliki. Primer dobre prakse v UKC Ljubljana in tuje prakse nakazujejo, da bi bilo za nadaljnji razvoj podatkovno podprtega upravljanja v slovenskem zdravstvu smiselno sistematično vzpostavljati podatkovna skladišča v zavodih, poenotiti metodologijo vmesnega poročanja ter jasno opredeliti vloge in pristojnosti v okviru nacionalnega projekta. Že vzpostavljen model v UKC Ljubljana kaže, da je mogoče enoten podatkovni vir in sodoben sistem poročanja uspešno vzpostaviti tudi v največjem in organizacijsko najkompleksnejšem zdravstvenem zavodu v Sloveniji. Če takšen pristop deluje v okolju te zahtevnosti, predstavlja

Abstract

The Slovenian healthcare system does not suffer from a lack of data, but rather from the lack of a unified approach to integrating, evaluating and delivering data to decision-makers. Public healthcare providers report to the Ministry of Health, the Health Insurance Institute of Slovenia (ZZSZ), the National Institute of Public Health (NIJZ) and other stakeholders; however, there is no standardised methodology for interim reporting, requiring each hospital to develop its own approach. This paper compares the reporting frameworks of selected European countries with the current situation in Slovenia and presents the experience of the University Medical Centre Ljubljana (UKC Ljubljana), which consolidated dispersed data into a data warehouse and established a unified management reporting environment using Power BI. The comparison shows that successful business and management reporting systems are built on standardised performance indicator definitions, a common data source and tools that provide users with data in a consistent and comparable format. The UKC Ljubljana case study, together with examples from abroad, suggests that further development of data-driven management in Slovenian healthcare would benefit from the systematic implementation of data warehouses within healthcare institutions, the standardisation of interim reporting methodologies, and a clear definition of roles and responsibilities within the national project framework.

dobro podlago tudi za njegovo širšo uporabo na nacionalni ravni.

Ključne besede: podatkovno skladišče, poslovna analitika, enotno poročanje, kazalniki, javni zdravstveni zavodi

The model already established at UKC Ljubljana demonstrates that implementing a unified data source and modern reporting solutions is feasible even in the largest and most complex healthcare institution in Slovenia, providing a strong foundation for broader implementation at the national level.

Keywords: data warehouse, business intelligence, standardised reporting, indicators, public healthcare institutions

1. UVOD

Zdravstvo je primarno namenjeno pacientu, vendar so v ta proces vključeni številni deležniki: zdravniki in medicinske sestre, vodstva zavodov, plačnik zdravstvenih storitev, ministrstva, nadzorni organi in javnost. Vsak od njih potrebuje drugačen pogled na isto dogajanje. Vodja klinike želi vedeti, kje nastaja čakalna vrsta, plačnik, ali je program realiziran in kako produktivno bolnišnice uporabljajo resurse, ministrstvo, ali sistem kot celota deluje učinkovito, pacient pa, kdaj, kje in predvsem kako kakovostno bo obravnavan ter kakšen je pričakovan izid njegovega zdravljenja.

Vsi ti pogledi izhajajo iz istih podatkov. Ko jih vsak deležnik zbira in razlaga po svoje, nastanejo različne interpretacije števil, podvojeno delo in izguba zaupanja v kakovost podatkov. Ko jih povežemo v en preverjen vir z enotnimi definicijami, postanejo skupna osnova, ki služi vsem v procesu, vključno in predvsem na koncu tudi pacientu.

V sistemu se ustvarja ogromna količina podatkov. UKC Ljubljana je v letu 2025 opravil 1.962.975 obravnav, od tega 126.915 hospitalnih, 776.762 specialističnih ambulantnih pregledov in 51.505 operativnih posegov, z 8.725 zaposlenimi in 933,3 milijona evrov prihodkov.¹ Vsaka obravnava pusti sled v več informacijskih sistemih. Vprašanje torej ni, ali podatke imamo, temveč ali jih znamo pravilno interpretirati, ovrednotiti in pravočasno ponuditi tistim, ki odločajo.

2. VELIKO PODATKOV, MALO INFORMACIJ

Podatek sam po sebi še ni informacija. Število opravljenih primerov ima pomen šele, ko ga primerjamo s planom, z enakim obdobjem lani, z razpoložljivimi kadri in s čakalno vrsto ter s primerljivimi institucijami na nacionalnem nivoju, v primeru UKC Ljubljana pa predvsem v mednarodnem okolju. Na poti od podatka do odločitve se v praksi pojavljajo štiri ovire:

1. Razpršenost. Podatki nastajajo v bolnišničnem, laboratorijskem, kadrovskem, finančnem in obračunskem sistemu, vsi ti pa med seboj pogosto niso idealno povezani.
2. Neenotne definicije. Kaj je »primer«, »zaposleni« ali »realizacija«, je odvisno od tega, kdo vpraša. NIJZ zato poudarja nujnost standardnih, mednarodno primerljivih klasifikacij in šifrantov.²
3. Zamik. Ročno pripravljena poročila so na voljo tedne po dogodku, ko je za ukrepanje pogosto že pozno.
4. Čas za pripravo namesto za analizo. Največ strokovnega znanja gre v zbiranje in usklajevanje števil, premalo pa v razmislek, kaj nam povedo, in v predloge ukrepov.

¹ UKC Ljubljana, Sporočilo za javnost ob 2. seji sveta ukcl (2026).

² Zaletel, Podatki s področja zdravja in zdravstvenega varstva (2023).

Izziv ni slovenska posebnost. Tudi OECD v analizah ugotavlja pomembne razlike med državami pri upravljanju, povezovanju in uporabi zdravstvenih podatkov.³ Evropska unija je z Uredbo (EU) 2025/327 o evropskem zdravstvenem podatkovnem prostoru (EHDS), ki velja od 26. marca 2025, vzpostavila okvir za varno uporabo zdravstvenih podatkov za zdravljenje, raziskave, oblikovanje politik, statistiko in izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Večina določb, ki urejajo sekundarno uporabo podatkov, se bo začela uporabljati 26. marca 2029.⁴

3. PREGLED EVROPSKE PRAKSE

V državah z bolj razvito podatkovno infrastrukturo bolnišnice podatke poročajo enkrat, nato pa jih prek skupnega podatkovnega vira uporabljajo različni deležniki. Pregledali smo javno dostopne opise ureditev v šestih državah (Tabela 1).

Tabela 1: Ureditev poročanja bolnišnic v izbranih evropskih državah

Država	Nosilec in platforma	Kaj je poenoteno	Komu služi
Anglija	NHS England – Model Health System	Kazalniki produktivnosti, kakovosti in odzivnosti	Upravam zavodov, regijam, ministrstvu
Nizozemska	Dutch Hospital Data (nacionalna registracija LBZ)	Registracija in kodiranje, kazalniki kakovosti, podatki o poslovanju	Bolnišnicam in univerzitetnim centrom
Avstrija	Ministrstvo za zdravje – poročanje po KRBV	Enotno računovodstvo in poročanje po enotnih priročnikih (od 2008)	Zveznim in deželnim odločevalcem
Nemčija	Bundes-Klinik-Atlas (InEK, IQTIG, G-BA)	Enoten nabor podatkov o primerih, kapacitetah, kadrih in kakovosti	Javnosti, pacientom, plačnikom
Danska	Sundhedsdatastyrelsen – nacionalni registri	Okoli 30 registrov; register pacientov za vse bolnišnice	Odločevalcem, raziskovalcem, javnosti
Finska	HUS Data Lake	Podatki iz več kot 100 sistemov ene bolnišnične skupine	Upravljanju zavoda, raziskovalcem

Vir: lastni pregled na podlagi virov, navedenih v literaturi

V Angliji NHS England z orodjem Model Health System zavodom omogoča primerjalni vpogled v kazalnike produktivnosti, kakovosti in odzivnosti ter primerjavo z drugimi izvajalci.⁵ Na Nizozemskem Dutch Hospital Data vodi nacionalni register bolnišnične oskrbe in kazalnike kakovosti za vse bolnišnice in univerzitetne centre.⁶ Avstrija ima od leta 2008 v vseh bolnišnicah, financiranih iz deželnih skladov, enotno računovodstvo in poročanje po enotnih

priročnikih.⁷ Nemčija je na enotnem naboru podatkov o primerih, zmogljivostih in kadrih vzpostavila javni Bundes-Klinik-Atlas, name-

³ Oecd, survey results: national health data infrastructure and governance (2021).

⁴ Uredba (EU) 2025/327 o evropskem zdravstvenem podatkovnem prostoru (2025).

⁵ NHS England, The model health system (b. l.).

⁶ Dutch Hospital Data, Producten en diensten (b. l.).

⁷ BMSGPK, Berichtswesen über den rechnungsabschluss der krankenanstalten (2026).

njen večji preglednosti bolnišničnega sistema.⁸ Danska vodi okoli 30 nacionalnih registrov, register pacientov pa zajema vse preiskave in zdravljenja v bolnišnicah zadnjih 40 let.⁹ Finska bolnišnična skupina HUS povezuje podatke iz več kot 100 informacijskih sistemov in registrov kakovosti v lastnem podatkovnem jezeru, ki temelji na psevdonimiziranih podatkih.¹⁰

Iz primerov izhajajo tri skupne značilnosti: enotne definicije in metodologije, določene na nacionalni ravni; en zbirni vir podatkov namesto vzporednega poročanja različnim deležnikom ter vračanje primerjalnih podatkov izvajalcem, s čimer poročanje postane tudi uporabno orodje, ki nudi podporo poslovnemu in strokovnemu odločanju. Finski primer kaže še četrto pomembno značilnost: tudi ob dobro razvitih nacionalnih registrih velika bolnišnica potrebuje lastno integrirano podatkovno okolje za podporo operativnemu in strateškemu odločanju. Kakovost nacionalnih baz je namreč neposredno odvisna od kakovosti in urejenosti podatkov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

4. STANJE V SLOVENSKIH JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

Slovenija ima urejeno letno načrtovanje in poročanje, nima pa enotne metodologije za poročanje med letom. Ministrstvo za zdravje za posamezne javne zdravstvene zavode predpisuje enotne predloge za pripravo Programa dela in finančnega načrta ter Letnega poročila.¹¹ NIJZ upravlja ključne nacionalne zbirke podatkov, med drugim zbirko bolnišničnih obravnav, ter zagotavlja metodološka navodila za njihovo zbiranje in poročanje.¹² ZZZS od avgusta 2023 Ministrstvu za zdravje mesečno poroča o obsegu izbranih storitev s primerjavo plana in realizacije po izvajalcih.¹³

Vmesna poročila svetom zavodov, ministrstvu ob posebnih programih, nadzornim organom in drugim institucijam nastajajo po meri vsakega naslovnika; ministrstvo za posamezne programe objavlja ločene obrazce.¹⁴ Posledično se lahko isti kazalnik, na primer realizacija programa ali število zaposlenih, med institucijami in poročili izračunava po različnih metodologijah,

presečnih datumih in časovnih obdobjih. Tudi na področju kakovosti ostajajo izzivi. Javna agencija Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu je v prvem nacionalnem poročilu za leto 2025 prejela 1.735 poročil od skupno 3.230 izvajalcev zdravstvene dejavnosti (54 %). Poročilo ugotavlja, da večina izvajalcev formalno vzpostavlja sisteme kakovosti in varnosti, hkrati pa ostaja izziv prehod od dokumentiranja kakovosti k njeni dejanski uporabi pri upravljanju in odločanju. Kazalniki kakovosti se namreč zbirajo, vendar se še vedno premalo uporabljajo pri odločanju.¹⁵

Na nacionalni ravni se razmere spreminjajo. Ministrstvo za zdravje je julija 2025 objavilo javno naročilo za sistem upravljanja s strateškimi podatkovnimi viri v zdravstvu, ki med drugim obsega podatkovno skladišče, nadzorne plošče in sistem poročanja. Cilj je avtomatizirati poročanje javnih zdravstvenih zavodov.¹⁶ Projekt vzpostavitve sistema za upravljanje strateških podatkovnih virov v zdravstvu se je začel februarja 2026. Ministrstvo je naročnik in lastnik rešitve, NIJZ upravlja osrednjo infrastrukturo, NIJZ in ZZZS pa sta vira podatkov. Sistem naj bi zajel dostopnost, kakovost, uspešnost izvajalcev, obremenjenost kadra in finančno vzdržnost, prvi kazalniki pa so čakalne vrste, cepljenje, zaposleni, poslovanje zavodov, hospitalizacije in kapacitete.¹⁷ Projekt je financiran iz Načrta za okrevanje in odpornost.¹⁸ Državni zbor je novembra 2025 sprejel tudi Zakon o digitalizaciji zdravstva, ki združuje zbirke podatkov in uvaja centralni elektronski zdravstveni zapis.¹⁹

⁸ Bundes-Klinik-Atlas, Übersicht datengrundlage (2026).

⁹ Sundhedsdatastyrelsen, National health registers (b. l.).

¹⁰ HUS, Data services (b. l.).

¹¹ Ministrstvo za zdravje, Poslovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti (2026).

¹² Zaletel, Podatki s področja zdravja in zdravstvenega varstva (2023).

¹³ Pravilnik O spremljanju in poročanju o obsegu izvajanja izbranih vrst zdravstvenih storitev (2023).

¹⁴ Ministrstvo za zdravje, Poslovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti (2026).

¹⁵ N1, Kako kakovostno je naše zdravstvo? (2026).

¹⁶ Ministrstvo za zdravje, Objavljeno je javno naročilo za implementacijo sistema upravljanja s strateškimi podatki (2025).

¹⁷ Ministrstvo za zdravje, Začetek nacionalnega projekta, ki bo prispeval k učinkovitejšemu odločanju na podlagi podatkov (2026).

¹⁸ NIJZ, Podpora digitalni transformaciji zdravstva (b. l.).

¹⁹ Siol.net, DZ sprejel zakon o digitalizaciji zdravstva (2025).

5. PRIMER UKC LJUBLJANA: OD EXCELOVIH TABEL DO ENOTNEGA POGLEDA

V UKC Ljubljana smo v zadnjih letih vzpostavili sistem poročanja o poslovanju in spremljanja ključnih kazalnikov, ki temelji na enotnem podatkovnem viru in poslovni analitiki ter vodstvu, klinikam in strokovnim službam omogoča dostop do ažurnih podatkov za odločanje.

Podpora vodstva. Ključni dejavnik uspeha je bila podpora vodstva, ki je prepoznalo pomen odločanja na podlagi podatkov, zagotovilo organizacijsko podporo in potrebne vire, določilo prioritete ter poročila vključilo v vsakodnevne procese vodenja. Ob zavedanju, da so finančni viri v zavodu omejeni, smo rešitev iskali znotraj obstoječega informacijskega okolja in že vzpostavljenih licenčnih rešitev, s čimer smo se izognili dodatnim stroškom nabave nove programske opreme.

Podatkovno skladišče. Podatki iz različnih izvornih sistemov se prevzemajo, preverjajo, usklajujejo in združujejo v enotnem podatkovnem skladišču. Na tej podlagi je vzpostavljen semantični model, ki zagotavlja enotne definicije ključnih kazalnikov in s tem primerljivost podatkov v vseh poročilih. Tako imajo pojmi, kot sta »realizacija« ali »število primerov«, ne glede na poročilo ali uporabnika vedno enak pomen. Rešitev temelji na varnem upravljanju podatkov, anonimizaciji podatkov za upravljavske analize, nadzorovanem dostopu glede na vlogo uporabnika ter sledljivosti vpogledov in uporabe podatkov.

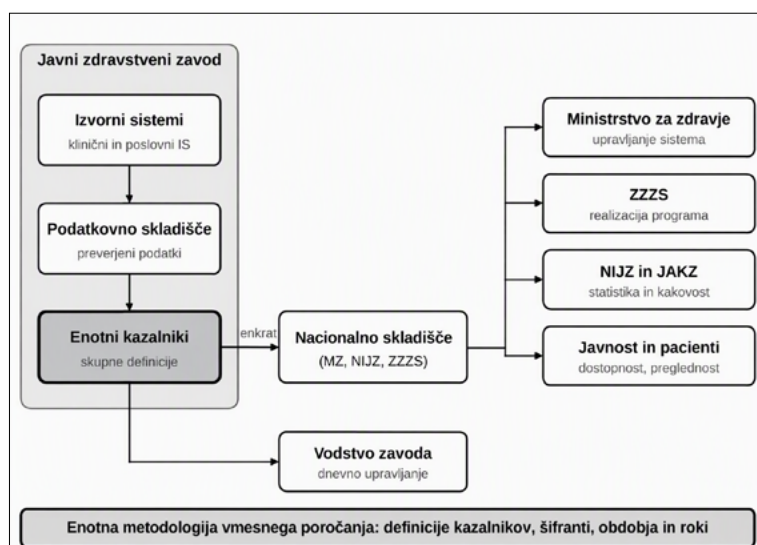
Primeri uporabe. Poročila uporabnikom omogočajo sprotno spremljanje izvajanja programa, kadrovskih virov in obsega dela. Podatke je mogoče analizirati po različnih organizacijskih, časovnih in vsebinskih dimenzijah, kar vodstvu, klinikam in strokovnim službam omogoča hitrejšo prepoznavanje odstopanj in sprejemanje odločitev. Prehod na enoten podatkovni vir je spremenil tudi način uporabe podatkov. Namesto poročil, pripravljenih enkrat mesečno, so ključni podatki uporabnikom na voljo kadar koli in na enem mestu. Manj časa je

namenjenega pripravi in usklajevanju podatkov, več pa njihovi analizi in ukrepanju. Orodje samo po sebi sicer ne skrajša čakalnih dob ali poveča zmogljivosti sistema, omogoča pa hitrejšo prepoznavanje odstopanj, pravočasno ukrepanje in učinkovitejšo razporejanje virov. S tem krepi podatkovno podprto upravljanje in ustvarja boljše pogoje za sprejemanje odločitev na vseh ravneh organizacije.

6. PREDLOG NADALJNEGA RAZVOJA: SISTEMATIČNA GRADNJA PODATKOVNIH SKLADIŠČ IN ENOTNO POROČANJE

Pri takšni količini in razpršenosti podatkov preglednega ter pravočasnega poročanja ni mogoče zagotavljati s posameznimi tabelami. Zato je potreben enoten podatkovni tok, ki podatke od zajema do končnega poročanja poveže v celovito informacijsko rešitev. Predlagani model prikazuje *Slika 1*, v praksi pa ga je mogoče vzpostaviti v petih ffffrfffrffkorakih:

1. Enotna metodologija upravljalvskega poročanja. Ministrstvo za zdravje skupaj z ZZZS, NIJZ, JAKZ in izvajalci zdravstvene dejavnosti določi nabor ključnih kazalnikov ter enotne definicije, šifrante, obdobja in roke poročanja.
2. Podatkovno skladišče v vsakem zavodu. Zavodi postopoma vzpostavijo integrirano podatkovno okolje nad kliničnimi in poslovnimi informacijskimi sistemi; večji zavodi lahko izkušnje delijo z manjšimi.
3. Enkraten zajem, večkratna uporaba podatkov. Kazalniki iz podatkovnih skladišč zavodov se samodejno prenašajo v nacionalno podatkovno skladišče, iz katerega se zagotavljajo podatki vsem upravičenim uporabnikom in institucijam.
4. Enoten pogled za različne uporabnike. Isti kazalniki se prikazujejo v prilagojenih nadzornih ploščah za vodstvo zavoda, Ministrstvo za zdravje, ZZZS, NIJZ, JAKZ in javnost. Primerjalni podatki se vračajo tudi zavodom in podpirajo njihovo upravljanje ter odločanje.

Slika 1: Predlagani tok podatkov od javnega zdravstvenega zavoda do deležnikov.

Vir: Lastna shema avtorice.

5. Varnost in upravljanje podatkov. Varnost podatkov, anonimizacija, dostop glede na vlogo uporabnika, sledljivost vpogledov ter jasno določena odgovornost za kakovost podatkov so ključni pogoji za zaupanje v sistem in za izpolnjevanje zahtev evropskega zdravstvenega podatkovnega prostora (EHDS).

7. ZAKLJUČEK

Zdravstvo je namenjeno pacientu, podatki pa mu koristijo šele, ko postanejo pravočasna, primerljiva in razumljiva informacija za tiste, ki odločajo. Slovenski zdravstveni zavodi podatkov ne zbirajo premalo, temveč jih pogosto zbirajo in poročajo večkrat, po različnih pravilih in za različne naslovnike. Primer UKC Ljubljana kaže, da je mogoče enoten pogled na podatke in ključne kazalnike vzpostaviti tudi v največjem in organizacijsko najkompleksnejšem zdravstvenem zavodu v državi, če obstajata podpora vodstva in sistematičen pristop k upravljanju podatkov.

Na nacionalni ravni se vzpostavljajo temelji za bolj povezano in podatkovno podprto upravljanje zdravstvenega sistema. Za uspeh pa ne bo zadostovala zgolj tehnološka rešitev. Potrebni bodo jasno opredeljeni procesi in odgovornosti

ter enotna metodologija poročanja, ki bo omogočala primerljivost podatkov med izvajalci in institucijami. Ključno bo zlasti:

- jasno določiti vloge in odgovornosti: kdo podatke zagotavlja, kdo jih prevzema in obdeluje ter kdo odgovarja za njihovo kakovost;
- poenotiti metodologijo poročanja, vključno z definicijami kazalnikov, šifranti, obdobji in roki poročanja;
- vzpostaviti model enkratnega zajema podatkov, pri katerem se podatki iz podatkovnih skladišč zavodov uporabljajo za različne upravljske, statistične in nadzorne namene;
- zagotoviti vračanje primerjalnih podatkov izvajalcem, saj poročanje svojo največjo vrednost doseže takrat, ko postane tudi orodje za upravljanje in odločanje.

Pri tem morajo aktivno sodelovati tudi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki podatke ustvarjajo in jih najbolj poznajo. Ko bodo različni deležniki uporabljali iste podatke, enake definicije in skupno metodologijo, se bo razprava lahko premaknila od vprašanja, katera številka je prava, k vprašanju, kako na podlagi podatkov izboljšati delovanje sistema in zdravstveno obravnavo pacientov.

8. LITERATURA IN VIRI

1. Bundes-Klinik-Atlas: ÜBERSICHT DATENGRUNDLAGE, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2026. Dostopno na: https://bundes-klinik-atlas.de/fileadmin/user_upload/%C3%9Cbersicht-Datengrundlage-BKA.pdf
2. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: BERICHTSWESSEN ÜBER DEN RECHNUNGSABSCHLUSS DER KRANKENANSTALTEN, BMSGPK, Dunaj 2026. Dostopno na: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Berichtswesen-%C3%BCber-den-Rechnungsabschluss-der-Krankenanstalten.html>
3. Dutch Hospital Data: PRODUCTEN EN DIENSTEN, DHD, Utrecht (b. l.). Dostopno na: <https://www.dhd.nl/>
4. Evropski parlament in Svet EU: UREDBA (EU) 2025/327 O EVROPSKEM ZDRAVSTVENEM PODATKOVNEM PROSTORU, Uradni list EU, Bruselj 2025 (objava 5. 3. 2025).
5. HUS Helsinki University Hospital: DATA SERVICES, HUS, Helsinki (b. l.). Dostopno na: <https://www.hus.fi/en/research-and-education/tutkijan-palvelut/data-services>
6. Ministrstvo za zdravje: NAVODILO ZA IZVAJANJE 15. ČLENA ZNUNBZ (DOPOLNITEV JANUAR 2023), MZ, Ljubljana 2023. Dostopno na: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/1-TEME/IZVAJANJE-ZDRAVSTVENE-DEJAVNOSTI/Druga-navodila-in-usmeritve-za-javne-zdravstvene-zavode/Navodilo_15.clen_dopolnitev_jan23_P.pdf
7. Ministrstvo za zdravje: OBJAVLJENO JE JAVNO NAROČILO ZA IMPLEMENTACIJO SISTEMA UPRAVLJANJA S STRATEŠKIMI PODATKI V ZDRAVSTVU, MZ, Ljubljana 2025. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2025-07-22-objavljeno-je-javno-narocilo-za-implementacijo-sistema-upravljanja-s-strateskimi-podatki-v-zdravstvu/>
8. Ministrstvo za zdravje: POSLOVANJE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, MZ, Ljubljana 2026. Dostopno na: <https://www.gov.si/teme/poslovanje-izvajalcev-zdravstvene-dejavnosti/>
9. Ministrstvo za zdravje: PRAVILNIK O SPREMLJANJU IN POROČANJU O OBSEGU IZVAJANJA IZBRANIH VRST ZDRAVSTVENIH STORITEV, Uradni list RS, št. 82/2023, Ljubljana 2023.
10. Ministrstvo za zdravje: ZAČETEK NACIONALNEGA PROJEKTA, KI BO PRISPEVAL K UČINKOVITEJŠEMU ODLOČANJU NA PODLAGI PODATKOV, MZ, Ljubljana 2026. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2026-02-10-zacetek-nacionalnega-projekta-ki-bo-prispeval-k-ucinkovitejsemu-odlocanju-na-podlagi-podatkov/>
11. N1: KAKO KAKOVOSTNO JE NAŠE ZDRAVSTVO? JAVNA AGENCIJA PRIPRAVILA PRVO LETNO POROČILO, N1 Slovenija, Ljubljana 2026. Dostopno na: <https://n1info.si/novice/slovenija/kako-kakovostno-je-nase-zdravstvo-javna-agencija-pripravila-prvo-letno-porocilo/>
12. NHS England: THE MODEL HEALTH SYSTEM, NHS England, London (b. l.). Dostopno na: <https://www.england.nhs.uk/applications/model-hospital/>
13. NIJZ: PODPORA DIGITALNI TRANSFORMACIJI ZDRAVSTVA, NIJZ, Ljubljana (b. l.). Dostopno na: <https://nijz.si/projekti/podpora-digitalni-transformaciji-zdravstva/>
14. OECD: SURVEY RESULTS: NATIONAL HEALTH DATA INFRASTRUCTURE AND GOVERNANCE (OECD HEALTH WORKING PAPERS), OECD Publishing, Pariz 2021. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/survey-results-national-health-data-infrastructure-and-governance_55d24b5d-en.html
15. Siol.net: DZ SPREJEL ZAKON O DIGITALIZACIJI ZDRAVSTVA, TSmedia, Ljubljana 2025. Dostopno na: <https://siol.net/novice/slovenija/dz-sprejel-zakon-o-digitalizaciji-zdravstva-677805>
16. Sundhedsdatastyrelsen: NATIONAL HEALTH REGISTERS, Sundhedsdatastyrelsen, København (b. l.). Dostopno na: <https://english.sundhedsdatastyrelsen.dk/health-data-and-registers/national-health-registers>
17. UKC Ljubljana: SPOROČILO ZA JAVNOST OB 2. SEJI SVETA UKCL, 27. 2. 2026, UKC Ljubljana, Ljubljana 2026. Dostopno na: https://www.kclj.si/dokumenti/Sporocilo_za_javnost__2_seja_sveta_UKCL__27__02_2026_fin.pdf
18. Zaletel, Metka: PODATKI S PODROČJA ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA – IZZIVI IN PRILOŽNOSTI, NIJZ, Ljubljana 2023. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/01/Podatki-s-podrocja-zdravja-in-zdravstvenega-varstva-%E2%80%93-izzivi-in-priloznosti-Metka-Zaletel-1.pdf>

BELEŽKE

[illegible]

mag. Irena Žagar
Zastopnica pacientovih pravic



Pacient v središču ali na robu sistema

Povzetek

Zakon o pacientovih pravicah zagotavlja pacientom enakopravno obravnavo, dostop do zdravstvenih storitev, zasebnost, dostojanstvo in sodelovanje pri odločanju o zdravljenju. Kljub dobro urejenemu pravnemu okviru obstaja razkorak med zakonsko določenimi pravicami in njihovim dejanskim uresničevanjem. Težave so predvsem dolge čakalne dobe, pomanjkanje osebnih zdravnikov in ortodontov, slabša komunikacija ter digitalna izključenost. Za izboljšanje zdravstvenega sistema je pomembno, da se pritožbe obravnavajo kot priložnost za odpravo pomanjkljivosti in izboljšanje kakovosti storitev. Pacient bo resnično v središču sistema šele takrat, ko bodo njegove pravice uresničene tudi v praksi in ko bo deležen pravočasne, varne, kakovostne ter spoštljive zdravstvene obravnave.

Abstract

The Patients' Rights Act guarantees patients equal treatment, access to healthcare services, privacy, dignity, and the right to participate in decisions concerning their medical treatment. Despite a well-established legal framework, a gap remains between the rights guaranteed by law and their effective implementation in practice. The main challenges include long waiting periods, a shortage of general practitioners and orthodontists, inadequate communication, and digital exclusion. To improve the healthcare system, complaints should be treated as an opportunity to identify and remedy deficiencies and enhance the quality of healthcare services. Patients will truly be at the centre of the healthcare system only when their rights are effectively upheld in practice and they receive timely, safe, high-quality, and respectful medical treatment.

1. UVOD

Slovenija je Zakon o pacientovih pravicah¹, ki opredeljuje pravice pacientov in njihovo vsebino, določil postopek njihovega uresničevanja, pravno varstvo in vzpostavil institut zastopnika pacientovih pravic, sprejela leta 2008 in se tako pridružila dvanajstim evropskim državam, ki so uredile to področje. V predhodni ureditvi so bile pravice urejene razpršeno, postopek pa je bil nepregleden in pomanjkljivo urejen. V novi ureditvi so bile upoštevane smernice, usmeritve in standardi, ki jih določajo mednarodni dokumenti. Pravni okvir pacientovih pravic je razmeroma dobro normativno urejen, vprašanje pa je, v kolikšni meri lahko pacienti svoje pravice dejansko uresničujejo.

2. PRAVNI OKVIR IN NARAVA PRAVIC

ZPacP opredeljuje pacientove pravice kot univerzalne pravice, to je pravice, ki pripadajo vsakomur ne glede na osebne okoliščine, zdravstveno stanje in neodvisno od pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Določa temeljna načela; njihova podlaga so ustavno zagotovljene človekove pravice in svoboščine. To pomeni spoštovanje vsakogar kot človeka in njegovih moralnih, kulturnih, verskih in drugih prepričanj, spoštovanje zasebnosti, pravice do telesne in duševne integritete in varnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju, varstvo največje koristi, zlasti otroka, ter spoštovanje osebnosti in dostojanstva. Poleg teh načel je treba upoštevati še načelo neformalnosti in hitrosti postopka, načelo relativne avtonomnosti, načelo dveh stopenj, načelo zaupnosti, sodelovanje zastopnika pacientovih pravic in še nekatera. Vsa ta načela naj bi zagotovila enakopraven odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem in so hkrati zaveza, da morajo biti pravice do zdravstvene obravnave zagotovljene vsakomur ne glede na to, kdo jih izvaja, in ne glede na vir financiranja. Pomembno je tudi, da so te pravice lahko omejene le z zakoni s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih oseb.

3. PREGLED PACIENTOVIH PRAVIC

ZPacP je določil 14 pravic, ki jih lahko razdelimo na vsebinske in procesne, v katerih je pacientu v primeru kršitev zagotovljeno pravno varstvo. Zaradi vsebinske povezanosti so v nadaljevanju nekatere obravnavane skupaj.

3.1. Pravica do dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanja preventivnih storitev

Ta pravica je vezana na predpise o zdravstvenem zavarovanju; zagotovljena mora biti vsem, ki potrebujejo zdravstveno obravnavo. V ta sklop sodijo tudi preventivne zdravstvene storitve za ohranitev zdravja in preprečitev bolezni ter pravica do nujne pomoči, ki je ni mogoče pogojevati ne s plačilom ne z napotnico.

3.2. Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi

Diskriminacijo na podlagi osebnih okoliščin prepoveduje že Ustava RS, pa tudi zakoni, ki urejajo zdravstveno zavarovanje in zdravstveno dejavnost. Vsak pacient ima pravico, da je obravnavan enako kot drugi pacienti, ne glede na katerokoli osebno okoliščino, ki bi utegnila vplivati na dostop do zdravstvenih storitev glede na pacientove zdravstvene težave. ZPacP ureja tudi pozitivno diskriminacijo, in sicer otrok, ki po mednarodnih dokumentih in Ustavi RS² uživajo posebno varstvo in skrb. Posebna skrb in obravnavo sta zagotovljeni tudi pacientom s težavami v duševnem zdravju.

3.3. Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti

Že Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)³ iz leta 1992 je kot pravico določil prosto izbiro zdravnika in zdravstvenega izvajalca.

¹ Ur. l. RS, št. 15/08, 55/17, 177/20, 100/22-ZNUZSZS.

² Ur. l. RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99, 75/16 – UZ70a, 92/21 – UZ62a in 98/25 – UZ74a.

³ Ur. l. RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUIF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUIF-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.

Na primarnem nivoju so to specialist družinske medicine, zobozdravnik, ginekolog in pediater, na sekundarnem nivoju pa specialist ustrezne specialnosti, ki si ga izbere pacient ob prvem obisku. Prosta izbira velja tudi za izvajalca zdravstvenih storitev. Izvajalec zdravstvene dejavnosti ali izbrani zdravnik pacienta ne moreta odkloniti, če gre za nujno medicinsko pomoč. ZPacP kot razlog za zavrnitev ureja le situacijo, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče.

3.4. Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave

Gre za eno temeljnih pravic pacienta, pri kateri je poudarek na pacientovih potrebah, izidih zdravljenja, ki morajo biti primerljivi s standardi in dobrimi praksami, upošteva finančne zmožnosti zdravstvenega sistema. Postopki morajo biti pravočasni, varni, učinkoviti in osredotočeni na pacienta ter prilagojeni njegovim individualnim potrebam. V ta sklop pravic sodijo tudi vzpostavitev odnosa sodelovanja in zaupanja ter pregledni in prijazni administrativni postopki.

3.5. Pravica do spoštovanja pacientovega časa

Pravica vsebuje tri vidike. Prvi se nanaša na organizacijo dela izvajalcev, ki morajo svoje delo organizirati tako, da se pacientu zagotovi čim hitrejša obravnava glede na stopnjo nujnosti. Če izvajalec storitve ne more opraviti takoj, pacienta uvrsti na čakalni seznam. Drug vidik se nanaša na čas, ko pacient čaka na določeno storitev v čakalnici. Izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe morajo delo organizirati tako, da je čakalni čas čim krajši in praviloma ne presega 30 minut, ob upoštevanju zakonsko določenih izjem. Tretji vidik pa je povezan z dostopnostjo zdravnika ali izvajalca, ki mora omogočiti več oblik naročanja, vključno s seznanitvijo pacienta z možnostmi.

3.6. Pravica do obveščenosti in sodelovanja ter pojasnilna dolžnost

Pacient ima pravico, da ga zdravnik pravočasno in na razumen način seznani z njegovim zdravstvenim stanjem, predvidenim zdravljenjem, tveganji in koristmi ter morebitnimi drugimi možnostmi zdravljenja. Pojasnila so praviloma ustna, izjema so posegi, povezani z večjim tve-

ganjem. Po koncu obravnave ima pacient pravico do pisnega izvida ali poročila o zdravljenju. Izjema od obveščenosti so primeri, ko bi informacija pacientu povzročila resno zdravstveno škodo.

3.7. Pravica do samostojnega odločanja in pravica do upoštevanja naprej izražene volje

Gre za dva vidika te pravice, in sicer za privolitve v zdravstveno obravnavo in obravnavo brez privolitve. V prvem primeru je poudarjena aktivna vloga pacienta, saj brez njegovega soglasja ni dovoljeno opraviti medicinskega posega. Do odstopanj pride v primerih nujne medicinske pomoči ali če pacient ni sposoben odločanja o sebi in v primerih, ko bi pacient ali druge upravičene osebe posegu nasprotovali.

V ZPacP pa je urejena tudi situacija, ko pacient za bodočo nepredvideno situacijo izrazi svojo voljo vnaprej. To lahko stori na način, da z overjeno pisno izjavo pooblasti osebo, zdravstvenega pooblaščenca, ki bo v primeru njegove nesposobnosti odločal o njegovi zdravstveni obravnavi. Druga možnost je pravica do vnaprej izražene volje, ki pacientu omogoča, da vnaprej prepove zdravljenje, ki bi mu podaljševalo življenje v primeru hude bolezni, ki bo vodila v smrt, ali v primeru, ko bi kljub zdravljenju prišlo do hude invalidnosti. Obe izjavi se vpišeta v Centralni register podatkov o pacientu in nato na kartico zdravstvenega zavarovanja.

3.8. Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja

Pacientu morajo biti omogočeni vsi postopki, da se preprečijo bolečine in trpljenje, povezani z njegovo boleznijo. Pomembna je tudi obveznost zagotovitve paliativne oskrbe za paciente v končni fazi bolezni in z neozdravljivo boleznijo, ki jim povzroča hudo trpljenje.

3.9. Pravica do drugega mnenja

Za pacienta pomembna pravica, da se lahko posvetuje z drugim specialistom glede zdravstvenega stanja in možnosti nadaljnje obravnave, je pridobitev drugega mnenja. Po noveli ZPacP⁴

⁴ Ur. l. RS, št. 55/17.

pacient lahko to pravico uveljavi na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Žal pa pravica v tej obliki ni zaživel, saj je njeno uresničevanje vezano na ureditev v ZZVZZ.

3.10. Pravica do seznaitve z zdravstveno dokumentacijo

Namen te določbe je seznaitev in nadzor pacienta nad svojo zdravstveno dokumentacijo. Izvajalec mu je dolžan omogočiti neoviran vpogled vanjo in prepis, pojasnilo njene vsebine, fotokopiranje in drugo reproduciranje. Poleg tega ima pacient možnost zahtevati, da se k zapisom v zdravstveni dokumentaciji dodajo njegove pripombe. Določene so še nekatere posebnosti oziroma drugi vidiki ravnanja z medicinsko dokumentacijo pacienta, pa tudi kdo, kdaj in po kakšnem postopku ima pravico do seznaitve z njo po smrti pacienta.

3.11. Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov

Posebna skrb je namenjena zaupnosti in varstvu osebnih podatkov ter drugih občutljivih informacij, s katerimi razpolagajo zdravstveni delavci. Te podatke lahko posredujejo ali z njimi seznaitijo osebe, ki jih zakon določa, lahko jih določi tudi pacient sam. Ima pa pacient tudi možnost, da določi osebe, katerim prepoveduje posredovanje njegovih podatkov. Določeno je tudi, kdaj se osebni podatki lahko uporabijo in obdelujejo. Prav tako je določen prekrškovni organ.

3.12. Pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic

Za primer kršitve naštetih pravic so določeni postopki, ki morajo potekati hitro in pregledno. Če pride do kršitve, se pacient lahko obrne na pristojno osebo izvajalca in poskušata takoj razrešiti nesporazum. Če ne pride do dogovora, sledi vložitev zahteve za prvo obravnavo in njena obravnava, ki poteka pred pristojno osebo izvajalca. Namen ustne obravnave je sklenitev dogovora o načinu rešitve spora. Če do dogovora ne pride, lahko pacient vloži zahtevo za drugo obravnavo pri Komisiji RS za varstvo pacientovih pravic. Roki za vložitev zahteve so kratki.

V postopku obravnave kršitev pacientovih pravic se pacient lahko kadarkoli obrne na zastopnika pacientovih pravic, ki mu svetuje, ga usmerja in ga lahko tudi zastopa pri uveljavljanju pravic. Njegovo delo je za pacienta brezplačno.

4. DOLŽNOSTI PACIENTOV

Medtem ko so pravice pacientov formalno dobro urejene, pa ZPacP dolžnostim pacientov namenja le en člen. Da bi bilo njegovo zdravljenje kar najbolj uspešno, je poudarjena njegova aktivna vloga. Pacient mora sodelovati pri varovanju zdravja in dogovarjanju o zdravljenju in ukrepih za izboljšanje zdravja, upoštevati dana navodila, posredovati vse informacije o svojem zdravstvenem stanju, obveščati o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, biti spoštljiv do zdravstvenih delavcev in drugih oseb ter v primeru stacionarne obravnave spoštovati hišni red ustanove. Neizpolnjevanje pacientovih dolžnosti lahko vpliva na potek in izid zdravljenja.

5. RAZKORAK MED ZAKONSKO UREDITVIJO IN DEJANSKIM URESNIČEVANJEM PRAVIC

Spoštovanje zakonsko določenih pravic pacienta bi moralo zagotoviti, da bi bil pacient obravnavan kot človek s svojimi potrebami, vrednotami, pričakovanji in s pravico do sodelovanja pri odločitvah, ki vplivajo na njegovo zdravje in zdravljenje. Biti bi moral v središču zdravstvenega sistema.

5.1. Pravočasen dostop do zdravstvene obravnave

Eden od najpomembnejših izzivov pri uresničevanju pacientovih pravic je zagotavljanje pravočasnega dostopa do zdravstvene obravnave. Praktična vrednost pravice do zdravstvene storitve je omejena, če ta ni izvedena v ustreznem času. Dolge čakalne dobe vplivajo na kakovost življenja, povzročajo negotovost, lahko pa pripeljejo tudi do poslabšanja pacientovega zdravstvenega stanja. Čakalne dobe so rezultat več dejavnikov, med katerimi so demografska situacija, kadrovske pogoji, organizacija dela, potrebe pacientov, finančne zmožnosti in podobno.

Marsikaj bi se dalo izboljšati z boljšim načrtovanjem terminov, učinkovitim upravljanjem čakalnih seznamov, pravočasnim obveščanjem pacientov, ustrezno razporeditvijo zaposlenih in z njihovo enakomernejšo obremenitvijo. S tem bi lahko prispevali k odpravljanju zamud, zmanjševanju administrativnega dela in izboljševanju izkušenj pacientov. Vse te aktivnosti ne zahtevajo vedno dodatnih sredstev.

Dostopnost slabša tudi prestavljanje terminov, pri čemer največkrat ni naveden razlog. Problem so tudi okvirni termini. Slednjih izvajalci ne načrtujejo točno in jih prelagajo večkrat, tudi za daljša obdobja, zaradi česar pacient ne ve, kdaj bo obravnavan. Morda bi prišel že na vrsto, če bi se odločil za fiksen, bolj oddaljen termin. Žal predpisi ne določajo omejitev pri prestavljanju terminov s strani izvajalcev, kot je to določeno, če to stori pacient. Iz teh in tudi drugih razlogov bi bilo treba analizirati stanje in izboljšati spremljanje podatkov, ki jih posredujejo izvajalci, ter s tem izboljšati dostopnost.

5.2. Informiranost in komunikacija

Učinkovito varstvo pacientovih pravic je odvisno tudi od tega, ali pacienti svoje pravice poznajo in razumejo. Tudi dobro oblikovan pravni okvir ne zagotavlja, da bodo pacienti znali prepoznati morebitno kršitev, razumeli možnosti za ukrepanje ali vedeli, na koga se lahko obrnejo po pomoč.

Pomembno vlogo ima zdravstvena pismenost, ki vključuje sposobnost pridobivanja, razumevanja in uporabe informacij, povezanih z zdravjem. Pacienti se med seboj razlikujejo po izobrazbi, starosti, jezikovnih zmožnostih, zdravstvenem stanju in sposobnosti razumevanja strokovnih informacij. Zdravstvene organizacije morajo zato informacije prilagajati potrebam pacientov ter poskrbeti, da so razumljive, dostopne in podane ob primernem času. Kakovostno informiranje zato zahteva tudi ustrezno komunikacijo, možnost postavljanja vprašanj in ustrezno dokumentiranje pomembnih odločitev. Pomemben pa je tudi način komunikacije. Spoštljiv odnos, razumljive informacije in pripravljenost za pojasnila prispevajo k zaupanju med pacientom in zdravstvenim osebjem.

Organizacije lahko k temu prispevajo z enotnimi navodili, jasnimi kontaktnimi podatki, razumljivimi obrazci in rednim usposabljanjem zaposlenih.

5.3 Digitalizacija in digitalna izključenost

Čeprav digitalizacija zdravstvenega sistema pri naša pomembne možnosti za izboljšanje dostopnosti, je treba vedeti, da digitalizacija odpira vprašanja varstva zasebnosti, informacijske varnosti in nadzora nad dostopom do zdravstvenih podatkov.

Problem je digitalna izključenost. Starejši pacienti, osebe z invalidnostjo in posamezniki z nižjo digitalno pismenostjo imajo lahko težave pri uporabi elektronskih storitev, še zlasti če digitalne poti postanejo edini način dostopa do informacij ali naročanja. Zato je smiselno ohraniti ustrezne alternativne možnosti komunikacije in pomoč zaposlenih. Tega pa nekateri izvajalci ne upoštevajo, pri čemer omejujejo tudi osebno naročanje in naročanje po telefonu, stik po elektronski pošti pa ukinejo.

6. VARSTVO PRAVIC IN NADZOR

Pritožbe pacientov se včasih pri izvajalcih obravnavajo kot administrativna obremenitev ali celo kot tveganje za ugled ustanove, čeprav so v resnici vir informacij o pomanjkljivostih v delovanju. Njihova analiza lahko razkrije ponavljajoče se težave, pa naj gre za naročanje, komunikacijo, dostop do dokumentacije, obravnavo pacientov ali kaj drugega. Njihovo minimiziranje lahko privede do spregleda pri prepoznavanju organizacijskih pomanjkljivosti in izboljšanju kakovosti.

6.1. Obravnava kršitev

Nadzor nad uresničevanjem pravic je sestavni del varstva pacientov, saj zagotavlja, da pravice pacientov niso le zapisane na papirju, temveč da se tudi uresničujejo oziroma da se v primeru kršitev ukrepa. Za varstvo pravic je bistveno, da se pritožbe obravnavajo pravočasno in da nadzor ne ostane le pri ugotavljanju nepravilnosti, temveč prispeva k njihovi odpravi, preprečevanju ponavljanja in izboljšanju tam, kjer do pritožb prihaja.

Za nadzor nad izvajalci je zadolženih več subjektov, pristojnosti pa so razdeljene glede na naravo kršitve.

6.2. Nadzorni organi

Ministrstvo za zdravje je zadolženo za upravni in sistemski nadzor, pristojni inšpektorati pa za inšpekcijski nadzor.

Finančni nadzor je v pristojnosti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Za nadzor, ki se nanaša na varovanje osebnih podatkov in dostop do dokumentacije, pa je zadolžen Informacijski pooblaščenec.

Nadzor glede komunikacije v slovenskem jeziku opravlja Inšpektorat za kulturo in medije.

Javna agencija RS za kakovost v zdravstvu je pristojna za nadzor nad kakovostjo.

7. UGOTOVITVE IZ PRAKSE ZASTOPNIKOV PACIENTOVIH PRAVIC

7.1. Statistični podatki

Zadnje uradno poročilo zastopnikov je za leto 2024⁵. V tem letu je na območju Slovenije delovalo 13 zastopnikov pacientovih pravic, ki so pokrivali območje cele države. Obravnavali so 14.916 pacientov, kar je več kot v prejšnjem letu. V primerjavi z letom 2011 se je število obravnav povečalo za 80 %. Kar 45 % stikov je bilo opravljenih po telefonu, pri čemer se je po pojasnilu, nasvetu in usmeritvi postopek končal. Stik po elektronski pošti je bil vzpostavljen v 4.701 primeru ali v 32 %. Povečalo se je število osebnih stikov s pacienti; stikov je bilo 2.556 ali približno 18 %.

Pregled zaključenih obravnav pokaže, da jih je bilo 77,6 % zaključenih ob enkratnem stiku, v enem mesecu po prijavi pa približno 95 %. Zastopniki so neformalno posredovali v 1554 primerih, v 345 primerih je bila uvedena prva obravnava, v 27,25 % je bil sklenjen dogovor, v 21,74 % je bilo zahtevi v celoti ugodeno, dogovor ni bil sklenjen v 39 primerih ali 11,30 %, v nekaj primerih pa je šlo za napotitev na drug

pristojen organ. Na Komisiji RS za varstvo pacientovih pravic se je nadaljevalo 29 primerov.

7.2. Aktualne težave

V letošnjem letu na območju osrednjeslovenske regije med pripombami, pritožbami in nezadovoljstvom izstopa pet področij.

Prvo je slaba dostopnost osebnega zdravnika, saj je po podatkih okoli 130.000 ljudi brez osebnega zdravnika, otroci so brez pediatra, kljub podatku, da rojstva upadajo, v zadnjih 20 letih skoraj za 40 %, število zdravnikov pa se povečuje. Dodatne ambulate so lahko le kratkoročna rešitev oz. gašenje požara, saj je osebni stik z izbranim zdravnikom, ki pozna zdravstveno stanje pacienta in druge okoliščine ter s katerim je pacient zgradil zaupen odnos, pretrgan. Poleg tega niso opravljene preventivne storitve, celo zakonsko obvezne. Problem je tudi vzpostavitev stika z zdravnikom ali njegovo ordinacijo. Pri tem pa pacienti poročajo o praznih čakalnicah, kar potrjujejo podatki, zapisani v že omenjenem poročilu Ministrstva za zdravje, da znaša indeks stikov brez obiska pacienta v primerjavi z letom 2019 več kot 3000 %.

V zadnjem času so nekateri izvajalci napovedali, da bodo uvedli delo, kjer bodo zagotovljeni osebni stiki med zdravnikom in pacientom le štiri dni na teden. Pri taki spremembi bi bilo treba najprej opraviti analize tako sedanjega stanja kot predvidenih učinkov. Za pacienta to nedvomno pomeni slabšo dostopnost.

Drug večji problem, s katerim se srečujejo pacienti, je pomanjkanje ortodontov v javni mreži. Problem ni tako velik pri otrocih, ki še niso v obravnavi, čeprav zaradi starosti lahko izgubijo pravico, problem so otroci, ki so sredi zdravljenja. Ti imajo samo tri možnosti – da obiščejo samoplačniško ambulanto, gredo v eno od sosednjih držav in uveljavljajo povračilo stroškov ali pa potrpežljivo čakajo na novega ortodonta v upanju, da ne pride do škode na zobovju.

⁵ Poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2024, dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/1-TEME/Pacientove-pravice/Porocila-2024/POROCILO.pdf>

Tretja skupina se nanaša na (pre)dolge čakalne dobe in prestavljanje terminov ter s tem povezano dostopnost do kvalitetne, varne in primerne zdravstvene obravnave.

Žal se po podatkih te celo povečujejo. Največkrat je težava tudi v komunikaciji: ali je sploh ni ali pa je slaba.

Četrta slabost, ki ni odvisna samo od zdravstvenega sistema, je odpust pacientov iz bolnišnice, ko ne potrebujejo več bolnišničnega zdravljenja, pa zaradi družinskih ali zdravstvenih razlogov ne morejo v domače okolje. Dolgotrajna oskrba še ni zaživela v polni meri, v domovih za starejše nimajo možnosti za sprejem težkih pacientov, premestitev v negovalno bolnišnico pa je lahko le začasna rešitev ali pa je sploh ni.

In zadnje področje, kjer beležimo številne pritožbe, je zobozdravstvo, pa naj bo javno ali zasebno. Pacienti se pritožujejo nad dolgimi čakalnimi dobami, zavrnitvijo sprejema sredi zdravljenja, če je njihov izbrani zobozdravnik prenehal z delom, zaračunavanjem doplačil, včasih celo brez računa, slabo kakovostjo izdelanega zobnega pripomočka in podobno. Žal pa v teh primerih nimamo pravih vzvodov za ukrepanje.

8. SKLEP

Vprašanje, ali je pacient v središču ali na robu sistema, ni zgolj pravno ali etično vprašanje. Pri uveljavljanju pravic je pacient šibkejša stranka, običajno ne pozna vseh svojih pravic, hkrati pa je prizadet zaradi zdravstvenega stanja. Obstoj zakonsko zagotovljenih pravic je nujen in je korak naprej k dostopni, kakovostni in varni obravnavi. Vendar njegova vrednost izhaja predvsem iz možnosti, da jih pacient uresničuje v vsakdanjem življenju. Za učinkovito uresničevanje pacientovih pravic je treba izboljšati dostopnost zdravstvenih storitev, skrajšati čakalne dobe, zagotoviti spoštljivo komunikacijo in razumljive informacije ter ohraniti nedigitalne možnosti dostopa do zdravstvenih storitev. Pacient bo resnično v središču zdravstvenega

sistema šele takrat, ko bodo njegove pravice uresničene tudi v praksi. Zavedati se je treba, da pacient ni zaradi sistema, temveč da je sistem zaradi pacienta.

9. LITERATURA IN VIRI

1. *Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem*, ur. dr. Alenka Oven, Uradni list Republike Slovenije, Ljubljana 2025.
2. *Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah?*, Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. *Pacientove pravice in dolžnosti v teoriji in praksi*, Zbornik posvetovanja, uredila Mateja Škofljanec, Maribor 2011.
3. *Kaj morate vedeti o vaših pravicah v zdravstvu*, Zveza potrošnikov Slovenije, Ljubljana 2024. *Poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2024*.



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, 31. Radenci, maj 2026

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, 27. Postojna, oktober 2026