UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

RAZVOJ JAVNE LEKARNIŠKE SLUŽBE V SLOVENIJI

Ljubljana, september 2012 SABINA GRM

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Sabina Grm, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Razvoj javne lekarniške službe v Sloveniji, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Vladom Dimovskim.
Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
  - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
  - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 5. 9. 2012 Podpis avtorice:

KAZALO

UVOD **1**
1 LEKARNIŠKA DEJAVNOST **4**
1.1 Pravna ureditev lekarniške dejavnosti v Sloveniji 4
1.1.1 Trg zdravil v Sloveniji 4
1.1.2 Lekarniška dejavnost v Sloveniji 5
1.2 Predvidene spremembe v lekarniški dejavnosti 7
1.2.1 Liberalizacija lekarniške dejavnosti v državah Evropske unije 8
1.2.2 Posledice deregulacije lekarniške dejavnosti 9
2 JAVNA LEKARNIŠKA SLUŽBA **10**
2.1 Javni lekarniški zavodi 10
2.1.1 Organizacija v javnih lekarniških zavodih 11
2.1.2 Management v javnih lekarniških zavodih 12
2.2 Strateško planiranje 15
2.2.1 Analiza organizacije in okolja 16
2.2.2 Oblikovanje strategije 18
2.2.3 Planiranje v javnih lekarniških zavodih 20
2.2.4 Preverjanje hipoteze 21
3 RAZVOJ JAVNE LEKARNIŠKE SLUŽBE **21**
3.1 Celovito obvladovanje kakovosti 22
3.1.1 Sistemi vodenja kakovosti v slovenskih lekarnah 24
3.2 Prenova poslovnih procesov 26
3.3 Uvajanje novih storitev v lekarne 27
3.3.1 Storitve v slovenskih lekarnah 29
3.3.2 Raziskava trga 34
3.3.2.1 Problematika, namen in cilji raziskave 34
3.3.2.2 Metodologija raziskave 35
3.3.2.3 Rezultati raziskave 37
3.3.2.4 Preverjanje hipotez empiričnega dela 43
3.3.3 Ovire pri uvajanju novih storitev 45
3.3.3.1 Ovire pri uvajanju novih storitev v slovenskih lekarnah 46
3.3.4 Spremembe v organiziranju kot posledica uvajanja novih storitev 48
3.3.5 Odpori proti spreminjanju 50
3.3.6 Strategija razvoja javnega zavoda Lekarna Velenje 52
3.3.6.1 Predstavitev Lekarne Velenje 52
3.3.6.2 Analiza okolja 53
3.3.6.3 Poslanstvo in vizija 54
3.3.6.4 Cilji 54
3.3.6.5 Strategija razvoja 55
SKLEP **59**
LITERATURA IN VIRI **61**

PRILOGE

KAZALO SLIK

Slika 1: Trg zdravil v Sloveniji 5
Slika 2: Primer organizacijske strukture javnega lekarniškega zavoda 12
Slika 3: Proces managementa v organizaciji 13
Slika 4: Ravni managementa v javnih lekarniških zavodih 14
Slika 5: SWOT matrika 18
Slika 6: Hierarhija ciljev 19
Slika 7: Ravni upravljanja sistema celovite kakovosti 23
Slika 8: Demingov krog kakovosti (PDCA krog) 25
Slika 9: Pregled storitev lekarn v državah EU 29
Slika 10: Izbrane dodatne storitve, ki jih želijo v lekarnah 38
Slika 11: Pripravljenost za plačilo storitev 40
Slika 12: Višina zneska, ki bi ga bili pripravljeni plačati 42
Slika 13: Primer matrične projektne organizacije 50

KAZALO TABEL

Tabela 1: Struktura anketirancev 37
Tabela 2: Izbrane dodatne storitve, ki jih želijo v lekarnah 38
Tabela 3: Pripravljenost za plačilo storitev 39
Tabela 4: Število dodatnih storitev, ki bi jih bili pripravljeni plačati 40
Tabela 5 : Delež ljudi glede na višino zneska, ki bi ga bili pripravljeni plačati 41
Tabela 6: Odgovori na vprašanje, ali so farmacevti kompetentni za izvajanje teh dodatnih storitev 42
Tabela 7: Odgovori na vprašanje ali so lekarne primerne za izvajanje teh storitev ... 43
Tabela 8: Število izbranih storitev 43
Tabela 9: Hi-kvadrat test med spremenljivkama spol in pripravljenost za plačilo 44
Tabela 10: Hi-kvadrat test med spremenljivkama starost in pripravljenost za plačilo 45
Tabela 11: Hi-kvadrat test med spremenljivkama stopnja izobrazbe in pripravljenost za plačilo 45

UVOD

Politične, gospodarske in družbene spremembe se močno odražajo tudi v sistemu zagotavljanja zdravstvenega varstva. Zdravstveni sistem v Sloveniji se poleg težav s financiranjem srečuje tudi s problemom organizacije, pomanjkanjem strokovnjakov in nezadovoljstvom uporabnikov. Načrtovane spremembe morajo vključevati vse ravni zdravstvenega varstva. Lekarne so pomemben člen v zagotavljanju zdravstvenega varstva in lahko s svojim razvojem prispevajo k povečanju kakovosti, dostopnosti in učinkovitosti zdravstvenega sistema.

Lekarniška dejavnost je do nedavnega potekala v dokaj stabilnem okolju. Regulacija lekarniške mreže in predvsem ustrezno financiranje javnega dela dejavnosti sta omogočala stabilnost, strokoven napredek in varnost dejavnosti. Zdaj je okolje postalo spremenljivo in nepredvidljivo zaradi pogostih sprememb na tržišču, demografskih sprememb, konkurence, novih tehnologij, neustreznega financiranja in političnih vplivov. Z enakimi težavami se srečujejo v večini evropskih držav, največjo težavo pa lekarnam povzročajo stalna prizadevanja za znižanje cen njihovih storitev. Poleg neustreznega financiranja javnega dela lekarniške službe predstavlja največjo nevarnost popolna deregulacija lekarniške dejavnosti. V državah, v katerih je bila deregulacija že izpeljana, se kaže njen negativen vpliv tako na ekonomsko stabilnost lekarn kot na kakovost in dostopnost do lekarniških storitev. Lekarnarji so ta trenutek po vsej Evropi pod velikim pritiskom dokazovanja svoje dodatne vrednosti v zdravstvenem sistemu (Petaus, 2011, str. 5). Eden od faktorjev, da bomo težko dosegli spremembo v financiranju javnega dela lekarniške dejavnosti je tudi v tem, da je večina lekarniških farmacevtov še vedno zadovoljna s sedanjo situacijo in odklanja spremembe (Bernsten, Gariepy, Lutz, Reid & Schneider, 2009, str. 30–45).

V lekarništvu se management tako kot v drugih vejah zdravstva ukvarja predvsem z akutnimi vsakdanjimi težavami. Nejasne usmeritve države in negotovost sistema financiranja zavirajo njihov pristop k dolgoročnejšemu planiranju. Za doseganje želene in pričakovane stopnje kakovosti opravljenih storitev in zagotavljanje ekonomsko vzdržnega zdravstvenega sistema, je potrebno tudi v javnih lekarnah definirati cilje in strategijo za doseganje teh ciljev. Določanje prednostnih in odločilnih smeri razvoja s strateškim planiranjem se razlikuje od sedaj uporabljenih pristopov k planiranju v lekarnah. Planiranje v javnih lekarniških zavodih v glavnem še vedno temelji na osnovi ustaljenih aktivnostih in doseganja rezultatov iz prejšnjih let. V relativno stabilnem okolju je bilo to dovolj za doseganje ekonomske stabilnosti in razvoj dejavnosti. Poslovni sistemi v javnih lekarnah in organiziranje dela v njih so se razvijali s prilagajanjem na spremembe zunanjega in notranjega okolja. Vendar so bile te spremembe izpeljane večinoma v smeri zagotavljanja kakovosti opravljenih storitev in informatizacije. Večje spremembe z delno prenovo poslovnih procesov in širjenjem storitev so bile izpeljane le v nekaterih lekarnah.

Na področju organizacije in planiranja javnih lekarniških zavodov so nujne spremembe. To nam narekujejo vedno slabši poslovni rezultati, nezadovoljstvo zaposlenih zaradi preobremenjenosti in neustreznega nagrajevanja in ne nazadnje izkušnje iz tujine. Obstoj javnih lekarniških zavodov je močno odvisen tudi od prepoznanih priložnosti in nevarnosti v okolju. Pred nami sta dve možni usmeritvi. Prva je usmerjena v prizadevanje, da ostanemo integralni del zdravstvenega varstva in zagotavljamo kakovostno oskrbo z zdravili. Pri tem je v ospredje postavljeno odgovorno zdravljenje z zdravili in skrb za zdravje ljudi. Tako lahko veliko pripomoremo tudi k vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva. Druga pot je komercializacija lekarniške dejavnosti, ki bo nedvomno vodila k spodbujanju potrošništva in s tem prekomerni ter nekritični uporabi zdravil. Prekomerna uporaba zdravil bo privedla do povečanja obsega ostalih storitev v zdravstvu in s tem do večjih stroškov. Razvoj javne lekarniške službe mora biti izpeljan tako, da bo lekarnam omogočal ekonomsko stabilnost, uporabnikom lekarniških storitev pa kakovostna, varna in učinkovita zdravila ter dobro dostopne in kakovostno opravljene storitve.

Za uspešno poslovanje in zadovoljnega uporabnika je potrebno nenehno izboljševati kakovost organizacijskih procesov, izdelkov in storitev. Sistemi vodenja kakovosti morajo biti tudi v lekarnah prepoznani kot koristni in ne kot nepotreben strošek in dodatna obremenitev zaposlenih (Bohinc et al., 2005, str. 161–178). Pristop k celovitemu obvladovanju kakovosti vodi v uspešnost organizacije in bolj zadovoljnega uporabnika, vendar ta pristop verjetno ni dovolj za konkurenčnost poslovanja. Kot enega od možnih pristopov za uvajanje sprememb v lekarniški dejavnosti bi lahko uporabili prenovo poslovnih procesov. Ta pristop vodi do večje uspešnosti, vendar zahteva veliko odgovornost vodstva in vseh ostalih vključenih v proces (Kovačič & Rusimovič, 2008, str. 43–49).

Lekarne izvajajo vrsto kognitivnih storitev, ki niso neposredno vezane na informiranje in svetovanje ob izdaji zdravil. V nekaterih državah so te storitve že prepoznali kot prispevek k izboljšanju zdravstvenega stanja ljudi in jih zdravstvene zavarovalnice v celoti ali delno plačajo.

Pri načrtovanju uvajanja novih storitev v javne lekarne je potrebno raziskati, katere storitve uporabniki želijo imeti in za katere so pripravljeni plačati iz svojega žepa (Larson, 2000, str. 618–624). Nekatere storitve lekarne že opravljajo, zato je smiselno raziskati, katere so tiste ovire, ki zavirajo nadaljnji razvoj širitve. Raziskati je potrebno trg in konkurenco na tem področju (Berkowitz, 2004, str. 60). Z argumenti oziroma dokazanim ekonomskim učinkom ter doprinosom k boljšemu zdravstvenemu stanju ljudi, bi te storitve lahko ponudili tudi zdravstvenim zavarovalnicam za vključitev v pakete prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Organizacija lahko dolgoročno preživi in uspeva le, če pravočasno udejanja nove ključne zmožnosti, je proaktivna, čeprav prinaša to več tveganj (Tavčar, 2005, str. 117). Večina

zaposlenih v javnih lekarnah je trenutno še vedno zadovoljna, zato je pričakovati, da bo brez dobrega informiranja in njihovega vključevanja, vodstvo naletelo na velik odpor (Tavčar, 2005, str. 121). Glede na nujnost ohranitve ekonomske vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva je potrebno iskati tudi druge možnosti za plačilo storitev. Ena od teh možnosti je plačilo potrošnika.

Namen magistrskega dela je preučiti področje javne lekarniške službe in poiskati takšne alternativne rešitve za spremembe v razvoju javne lekarniške službe, ki bodo omogočale ekonomsko stabilnost in razvoj lekarn. Raziskala bom področje managementa v javnih lekarnah s poudarkom na procesih planiranja. Ugotoviti želim, kje so možnosti izboljšanja znotraj obstoječih procesov dela ter predvsem možnost implementacije novih lekarniških storitev, ki bi pripomogle k stabilnosti organizacije v spreminjajočem se okolju.

Cilj magistrskega dela je s pomočjo literature in izsledkov empirične raziskave preveriti pomen strateškega planiranja v javnih lekarniških zavodih. Na osnovi ankete bom preverila, kakšno mnenje imajo uporabniki lekarniških storitev o uvajanju dodatnih storitev v lekarne. Ugotoviti želim njihovo pripravljenost za plačilo teh storitev. S podatki, pridobljenimi v raziskavi, bom preverila povezanost pripravljenosti za plačilo dodatnih storitev s sociodemografskimi značilnostmi anketirancev. Z anketo, opravljeno med vodstvi lekarn, bom preverila, v čem so glavne ovire za uvajanje in izvajanje dodatnih storitev v lekarnah.

Metode dela. Teoretični del magistrske naloge temelji na pregledu različne literature s področja obravnavane problematike. Poleg tuje in domače literature s področja managementa in organizacije sem uporabila tudi članke in prispevke, ki obravnavajo aktualne teme o organizaciji javnih lekarn. V tem delu sem uporabila deskriptivno metodo in metodo kompilacije. V empiričnem delu naloge, v katerem sem raziskala možnosti uvajanja novih kognitivnih storitev v lekarne, sem uporabila metodo anketiranja in metodo osebnega intervjuja. Za obdelavo podatkov in analizo rezultatov sem uporabila ustrezne statistične metode in statistični program SPSS. Razmišljanja in ugotovitve temeljijo tako na osnovi teoretičnih znanj, pridobljenih v okviru podiplomskega študija kot tudi na osnovi lastnih vodstvenih izkušenj v javnem lekarniškem zavodu.

Struktura magistrskega dela. Magistrsko delo je sestavljeno iz treh glavnih poglavij, ki so razdelana v podpoglavja. V uvodnem delu je opredeljena problematika preučevanja, predstavljeni so namen in cilji magistrske naloge ter opisane metode dela. V prvem poglavju predstavim pravno ureditev in trenutne razmere v lekarniški dejavnosti v Sloveniji. Na osnovi izkušenj v drugih evropskih državah in predloga temeljnih zakonskih aktov opredeljujem tudi morebitne spremembe v ureditvi lekarniške dejavnosti v Sloveniji. V drugem poglavju predstavljam javno lekarniško službo s poudarkom na organizaciji in strateškem planiranju v javnih lekarniških zavodih. V tretjem poglavju preučujem različne vidike razvoja lekarn za izboljšanje učinkovitosti in stabilnosti v spreminjajočem se okolju.

V podpoglavju raziskujem možnosti uvajanja novih storitev v lekarne kot proaktiven pristop iskanja alternativnih rešitev v razvoju in financiranju dejavnosti. Magistrsko delo zaključujem s sklepnimi ugotovitvami na osnovi v uvodu opredeljenih hipotez.

1 LEKARNIŠKA DEJAVNOST

1.1 Pravna ureditev lekarniške dejavnosti v Sloveniji

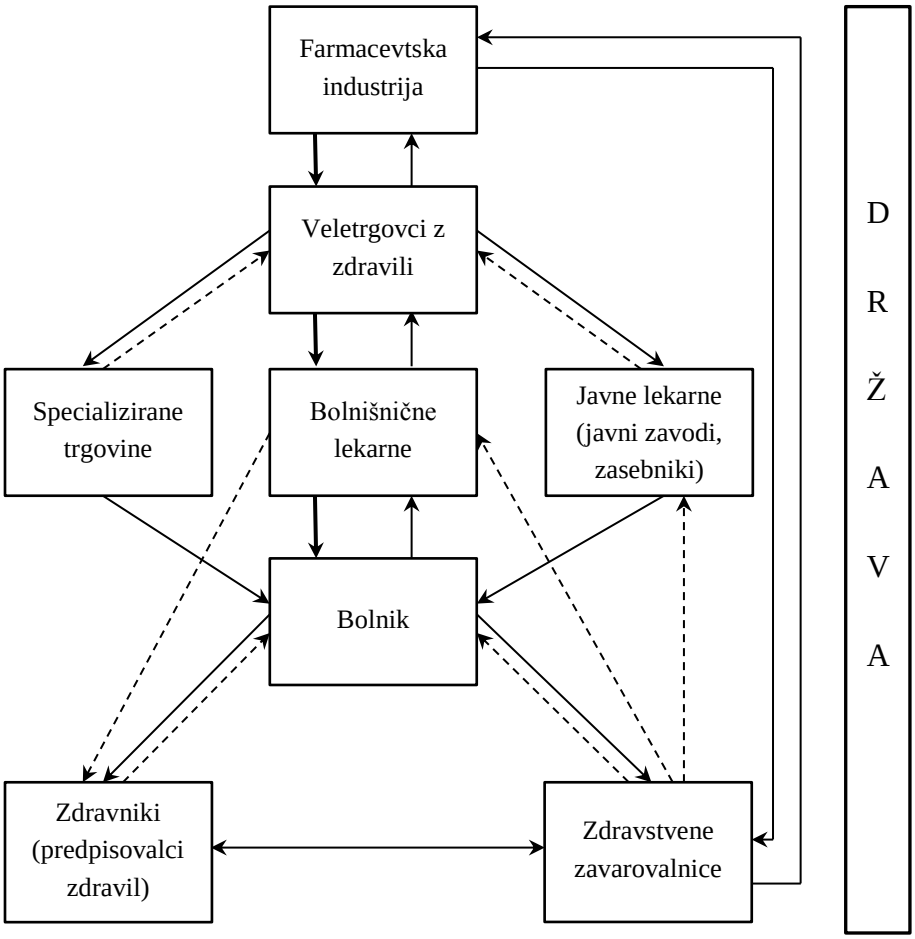
1.1.1 Trg zdravil v Sloveniji

Promet z zdravili je v večini držav zelo strogo kontroliran. S tem se zagotavlja visoka stopnja varnosti, kakovosti in kar najširša dostopnost do zdravil. Ureditev trga z zdravili v Sloveniji je definirana v Zakonu o zdravilih (Ur. l. RS, št. 31/2006, 45/2008-ZZdr-1A). Promet z zdravili za uporabo v humani medicini poteka od proizvajalcev zdravil do veletrgovcev z zdravili. Ti oskrbujejo bolnišnične ter javne lekarne in specializirane trgovine. V lekarnah se smejo izdajati zdravila na recept in brez recepta, v specializiranih trgovinah pa le tista zdravila režima izdaje brez recepta, ki jih določi organ, pristojen za zdravila. Zakon o zdravilih omogoča pod določenimi pogoji tudi prodajo zdravil po medmrežju.

Za urejenost in zakonitost delovanja trga z zdravili je poleg Ministrstva za zdravje Republike Slovenije odgovorna tudi Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. V preskrbi in dostopnosti do zdravil imajo zelo pomembno vlogo tudi zdravniki kot predpisovalci zdravil ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in ostale zdravstvene zavarovalnice kot plačniki večinskega dela stroškov za zdravila.

Zagotovilo za doseganje optimalne preskrbe ljudi z zdravili bi bilo integralno povezovanje vseh, ki sodelujejo in vplivajo na trg zdravil. Odnosi med sodelujočimi subjekti so sicer zakonsko in pogodbeno dogovorjeni, vendar so le parcialno povezani. Med posameznimi subjekti obstajajo tudi zelo močne neformalne povezave, ki nedvomno vplivajo na dostopnost, nabor in ceno posameznih zdravil na slovenskem trgu. V preskrbi z zdravili sodelujejo država, farmacevtska industrija, veletrgovci, lekarne in ostali zdravstveni izvajalci, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in ostale zdravstvene zavarovalnice. Iz Slike 1 so razvidni medsebojni vplivi med sodelujočimi v preskrbi z zdravili v Sloveniji.

Slika 1: Trg zdravil v Sloveniji



Vir: Prirejeno po B. Volkerink, P. De Bas, N. Van Gorp in N. Philipsen, Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies, 2007, str. 12.

1.1.2 Lekarniška dejavnost v Sloveniji

Lekarniška dejavnost je po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2, 15/2008-ZPacP, 23/2008, 58/2008-ZZdr-E, 77/2008-ZDZdr) del zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. Opravlja se kot javna služba, kar pomeni, da je to dejavnost, s katero se zagotavljajo javne dobrine in za katero je značilno, da se izvaja v javnem interesu, za njeno izvajanje je odgovorna država ali lokalna skupnost.

Lekarniška dejavnost je dejavnost oskrbe z zdravili, ki zajema preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih in drugih organizacij z zdravili v javnih lekarnah ter oskrbo hospitaliziranih bolnikov z zdravili preko bolnišničnih lekarn. Preskrba z zdravili obsega izdajo zdravil na recept in brez recepta ter magistralno pripravo zdravil (Zakon o lekarniški dejavnosti, Ur. l. RS, št. 36/2004-UPB1). V Sloveniji je lekarniško dejavnost mogoče opravljati v dveh statusno pravnih oblikah in sicer v okviru javnih lekarniških zavodov ter zasebnikov koncesionarjev. Ustanovitelj javnega lekarniškega zavoda je občina ali mesto. Zakon o

zavodih (Ur. l. RS, št. 12/1991, 45I/1994 Odl. US: U-I-104/92, 8/1996, 18/1998 Odl. US: U-I-34/98, 36/2000-ZPDZC, 127/2006-ZJZP) opredeljuje ustanovitev javnega zavoda za namen opravljanja javne službe in s tem uresničevanja javnega interesa. Sredstva za svoje delo glede na določila tega zakona javni zavod pridobiva od ustanovitelja, od plačil za opravljene storitve kot tudi s prodajo blaga in storitev. Javni zavod je kot statusno pravna oblika posebnost naše države, v drugih državah Evropske unije takšna oblika ne obstaja.

Koncesijo za opravljanje lekarniške dejavnosti na osnovi razpisa podeli občina ali mesto v soglasju s pristojnim ministrstvom in po predhodnem mnenju Lekarniške zbornice Slovenije in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Koncesija se lahko podeli le posamezniku in ne pravni osebi. V odločbi o koncesiji je določeno območje, na katerem lahko lekarnar opravlja lekarniško dejavnost. Lekarnar lahko opravlja dejavnost v samo eni lekarni in več lekarniških podružnicah. Zakon o lekarniški dejavnosti določa, da imajo javni zavodi in lekarnarji lahko priročno zalogo zdravil v zdravstvenem zavodu oziroma pri zasebnem zdravniku, če v kraju, kjer je organizirana zdravstvena služba, ni lekarne ali lekarniške podružnice. Kadrovske pogoje in pogoje v zvezi s prostori in opremo opredeljuje Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti (Ur. l. RS, št. 39/2006).

Demografski in geografski kriteriji za ustanavljanje lekarn so opredeljeni v Resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (Ur. l. RS, št. 72/2008, 74/2008 popr., v nadaljevanju ReNPZV). Namen določitve kriterijev je vzpostavitev pogojev za zagotavljanje enakomerne dostopnosti do zdravil in lekarniških storitev.

Kriteriji za določanje lekarniške mreže (ReNPZV, str. 49):

- Lekarna se lahko organizira za območje 7.000 prebivalcev v povprečju in najmanj 5.000 prebivalcev.
- Lokacija nove lekarne mora biti oddaljena najmanj 400 m od obstoječe.
- Lekarniško podružnico se lahko organizira v kraju z manj kot 5.000 prebivalci in je najbližja lekarna oddaljena najmanj 6 km.
- Priročno zalogo zdravil se lahko organizira v kraju, ki je oddaljen najmanj 10 km od najbližje lekarne.
- Lekarno, lekarniško podružnico ali priročno zalogo zdravil se lahko organizira le v kraju, kjer je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost.

Opredelitev demografskih in geografskih kriterijev avtorji resolucije utemeljujejo na osnovi izkušenj iz tujine. V državah, v katerih so bili kriteriji ukinjeni, se je povečalo samo število lekarn v urbanih predelih. Na podeželju se je število lekarn zmanjšalo. Izpostavljajo dejstvo, da je v ostalih članicah Evropske unije (v nadaljevanju EU) število lekarn relativno večje, vendar so tudi lekarniške storitve veliko boljše ovrednotene. Resolucija

vsebuje namero za vzpostavitev zakonodajne rešitve spodbud in olajšav lekarnam v oddaljenih in demografsko ogroženih območjih. Do sedaj ni bila uveljavljena nobena zakonodajna rešitev z olajšavami za lekarne v oddaljenih oziroma demografsko ogroženih območjih.

Lastništvo lekarn je opredeljeno v Zakonu o lekarniški dejavnosti. Ustanovitelj oziroma lastnik javnega lekarniškega zavoda je občina ali mesto. Bolnišnične lekarne delujejo v sklopu bolnišnic, katerih ustanovitelj je država. Zasebne lekarne so v lasti posameznikov, magistrov farmacije s koncesijo.

Farmacevtske strokovne delavce in njihove pristojnosti definirata Zakon o lekarniški dejavnosti in Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Ur. l. RS, št. 86/2008, 45/2010, 38/2012). Lekarno lahko vodi le magister farmacije z opravljenim strokovnim izpitom.

1.2 Predvidene spremembe v lekarniški dejavnosti

Ureditev lekarniške dejavnosti je znotraj EU v pristojnosti posameznih članic. Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES (Ur. l. EU, št. L 255/22) o priznavanju poklicnih kvalifikacij določa, da bi države članice morale ohraniti pristojnost zlasti glede geografske razporeditve in monopola za izdajanje zdravil. V sodbi Sodišča EU v združenih zadevah C-570/07 in C-571/07 (Ur. l. EU, št. C 209/03) je napisano, da določila Pogodbe o delovanju EU ne nasprotujejo nacionalnim predpisom, ki omejujejo izdajo dovoljenja za odpiranje lekarn pod pogojem, da te omejitve ne preprečujejo zadostnega števila lekarn, ki bi zagotovile ustrezno dostopnost do lekarniških storitev. To presojo prepuščajo državam članicam.

Predlog Zakona o lekarniški dejavnosti (2011) ohranja lekarniško dejavnost kot del zdravstvene dejavnosti, bistveno pa spreminja področje regulacije tako z vidika demografskih in geografskih omejitev kot tudi podeljevanja koncesij. Leta 2007 je bila po naročilu Evropske komisije opravljena raziskava o vplivu regulacije na učinkovitost, kakovost in dostopnost lekarniških storitev (Volkerink, De Bas, Van Gorp & Philipsen, 2007). Izsledki raziskave po opredeljenih kriterijih kažejo, da je lekarniška dejavnost v Sloveniji ena izmed najbolj reguliranih med državami, ki so jih zajeli v raziskavi. Predlagatelji zakona ocenjujejo, da sedanji demografski in geografski kriteriji ne omogočajo dobre dostopnosti in konkurenčnosti med lekarnami. Predlog zakona vsebuje določilo, da mrežo javnih lekarn določa Vlada Republike Slovenije na osnovi največjega števila prebivalcev na lekarno (demografsko merilo) in najdaljše razdalje med lekarnami (geografsko merilo).

Ustanoviteljstvo javnih lekarniških zavodov ostaja na ravni občin, vendar pa mora za organizacijo novih ali ukinitev obstoječih lekarn dati soglasje pristojni minister.

Podeljevanje koncesij se z ravni občin prenaša na raven države. Predlog zakona razširja dovoljene statusno pravne oblike zasebnih lekarn. Koncesijo bi lahko dobila fizična ali pravna oseba. Predlog zakona vsebuje tudi možnost ustanovitve lekarne v zdravstvenem domu, v socialno-varstvenih in drugih zavodih. Dovoljuje horizontalno in prepoveduje vertikalno povezovanje.

1.2.1 Liberalizacija lekarniške dejavnosti v državah Evropske unije

V večini evropski držav prihaja do pobud za liberalizacijo lekarniške dejavnosti. Argumenti, ki jih pobudniki opredeljujejo kot prednost deregulacije dejavnosti, so (Vogler, Arts & Habl, 2006):

- izboljšanje dostopnosti do zdravil,
- nižje cen zdravil,
- dvig kvalitete,
- inovacije (uvajanje novih storitev v lekarne).

V zadnjih desetih letih je liberalizacija v nekaterih državah že izpeljana, vendar ne po enotnem vzorcu. Spremenjeni so bili demografski, geografski, lastniški in tudi portfeljski kriteriji.

Področja liberalizacije:

- Lastniški kriterij pomeni opustitev pravila, da je lahko lastnik lekarne samo farmacevt in da ima lahko farmacevt v lasti samo eno lekarno.
- Geografski in demografski kriterij za organiziranje lekarne se ukine. Dovoljena je prodaja zdravil preko spletnih lekarn.
- Liberalizacija pri prodaji zdravil brez recepta: opušča se pravilo, da je prodaja zdravil brez recepta dovoljena samo v lekarnah. Lista zdravil, ki se prodajajo zunaj lekarn se po posameznih državah zelo razlikuje.

Stopnja in področja liberalizacije se po posameznih državah zelo razlikujejo. Po podatkih evropskega združenja lekarnarjev (angl. *Pharmaceutical Group of the European Union*, v nadaljevanju PGEU) so samo Avstrija, Španija, Francija, Grčija in Finska ohranile omejitve tako v lastništvu, demografskih in geografskih kriterijih in izdaji zdravil izključno v lekarnah (PGEU, 2012). V Sloveniji je bila izpeljana liberalizacija samo v izdajanju zdravil z režimom izdaje brez recepta. Določena zdravila brez recepta lahko prodajajo tudi v specializiranih trgovinah, ki pa morajo imeti zaposlene farmacevtske tehnike.

1.2.2 Posledice deregulacije lekarniške dejavnosti

Učinki deregulacije lekarniške dejavnosti se kažejo predvsem v boljši dostopnosti do zdravil v gosto naseljenih območjih in ponekod v znižanju maloprodajnih cen zdravil. Kjer je dovoljeno horizontalno povezovanje, se trend veriženja lekarn nadaljuje. V državah, v katerih je dovoljeno vertikalno povezovanje se združujejo akterji na področju oskrbe z zdravili. Najpogosteje se povezujejo veletrgovci z zdravili in lekarne. Vstop velikih podjetij v lekarniški sektor občutno zmanjšuje možnost odpiranja neodvisnih lekarn, saj imajo večja podjetja boljše finančne možnosti za nakup lekarn (Vogler et al., 2006).

Vse več je raziskav, ki kažejo negativne učinke liberalizacije lekarništva. Rezultati kažejo, da z deregulacijo niso dosegli želenih ciljev. Liberalizacija na Norveškem je vodila v množično odpiranje lekarn v mestnih središčih in zapiranje lekarn na ruralnih območjih (Andersen & Tysnes, 2008, str. 119). Rudholm (2008) je primerjal finančne podatke norveških lekarn pred liberalizacijo in po njej. Dostopnost do zdravil se je povečala, vendar so se povečali tudi stroški posameznih lekarn.

Madžarska je reformo lekarniške dejavnosti v smeri deregulacije izpeljala v letu 2007. Učinek je bil viden zelo kmalu (Pető, Quintero Villa & Szathamáry, 2011). Povečalo se je število lekarn v mestnih središčih, na podeželju se je njihovo število zmanjšalo. Vzpostavile so se vertikalne povezave med veletrgovci z zdravili in lekarnami. Madžarska vlada je presodila, da se je zaradi deregulacije poslabšala kakovost lekarniških storitev in dostopnost do zdravil na podeželju, zato je uveljavila ukrepe, s katerimi vzpostavljajo omejitve, ki so veljale pred reformo.

Podobne učinke deregulacije srečamo na Češkem (Hrubý, 2007, str. 8). Po spremembi zakonodaje se je število lekarn zelo hitro dvignilo. Večina novih lekarn je locirana v mestnih središčih ter bližini bolnišnic in zdravstvenih centrov. Lekarniški sektor je sedaj močno vertikalno in horizontalno povezan. Lekarne imajo premalo strokovnega osebja, v večini lekarn je le po en farmacevt. Vse več je nedovoljenih povezovanj z zdravniki, nekatere lekarne so tudi v njihovi lasti. Pacientom na ruralnih območjih je kratena pravica dostopa do lekarniških storitev in zdravil.

Za vse deregulirane države je značilno bistveno manjše prilagajanje lekarniških storitev individualnim potrebam posameznika (Čufar, 2006, str. 60). Raziskave so pokazale, da se morajo lekarne v državah, ki so že izpeljale deregulacijo lekarniške dejavnosti, boriti predvsem za ekonomski obstoj in se ne morejo v zadostni meri posvečati strokovnemu delu (Chave, 2007, str. 3).

Težnje za spremembe v lekarniški dejavnosti v smeri deregulacije so že nekaj let prisotne tudi v Sloveniji (Mrkaić, Živkovič & Pezdir, 2008, str. 50). Ne glede na to, ali bo nov zakon o lekarniški dejavnosti sprejet v predlagani obliki, lahko z veliko verjetnostjo

pričakujemo velike spremembe v organiziranosti in vsebini lekarniške dejavnosti tudi v slovenskem prostoru.

2 JAVNA LEKARNIŠKA SLUŽBA

Zakon o lekarniški dejavnosti določa, da je namen in dolžnost javne lekarniške službe zagotavljati nemoteno in trajno preskrbljenost prebivalstva z zdravili. Poleg tega javne lekarne v relativno velikem obsegu opravljajo še druge dejavnosti, kot na primer oskrba z medicinskimi tehničnimi pripomočki, sredstvi za nego in varovanje zdravja ter drugimi izdelki. Ta del dejavnosti opravljajo lekarne na trgu kot pridobitno dejavnost. Zaradi tega lekarne težko v celoti primerjamo z nekaterimi drugimi zdravstvenimi izvajalci, ki svojo dejavnost opravljajo izključno kot javno službo.

2.1 Javni lekarniški zavodi

Javni zavodi so bili na podlagi Zakona o zavodih preoblikovani iz organizacij združenega dela, ki so opravljale dejavnosti posebnega družbenega pomena kot oblike izvajanja javnih služb. Družbena lastnina je na osnovi zakona prešla v last države oziroma lokalne skupnosti. Ustanovitelj in lastnik javnega lekarniškega zavoda je občina ali mesto. S prenosom lastnine so javni zavodi postali samostojne pravne osebe, ki pa nimajo premoženja. Premoženje so dobili od ustanoviteljev v upravljanje. Temeljna dejavnost javnih lekarniških zavodov je opravljanje javne službe, za katero so bili ustanovljeni. Poleg tega lahko javni zavodi opravljajo tudi dejavnost prodaje blaga in storitev na trgu, ki pa mora biti neposredno povezana z izvajanjem lekarniške dejavnosti in ne sme vplivati na obseg in kakovost zagotavljanja blaga in storitev javne službe.

Javni lekarniški zavod lahko organizira dejavnost v okviru neomejenega števila lekarn in lekarniških podružnic na določenem območju. V sklopu javnega zavoda je lahko tudi galenski in kontrolno analizni laboratorij za izdelavo in preizkušanje magistralnih in galenskih zdravil. Velikost posameznih javnih lekarniških zavodov izhaja iz preteklega obdobja, ko so občine obsegale velika območja. Ob nastajanju več manjših občin na takšnem območju je ob delitvi status ustanovitelja pridobila ena občina ali pa je prešlo na več občin z območja, za katero je bil s svojo dejavnostjo pristojen ta zavod. V takšnih primerih sta vodenje in razvoj zavoda zelo vprašljiva zaradi številnih zelo različnih interesov občin. V zadnjem času se kažejo težnje nekaterih občin po odcepitvi določenih enot iz zavoda in ustanovitvi novega zavoda za območje te občine. V nekaterih primerih je temu sledil razpis koncesije za te lekarniške enote. Na velikost javnega zavoda imajo managerji le malo vpliva. Ustanovitelji, ki so tudi lastniki, se velikokrat odločajo za širitev le na osnovi interesov lokalne skupnosti, ne glede na to, kakšna je verjetnost uspešnega poslovanja nove enote. Javni zavodi izgube posameznih lekarniških enot pokrivajo s presežkom poslovno uspešnih enot, vendar se s tem slabi uspešnost celotnega zavoda. Zaradi lastništva in močnega vpliva institucionalnega okolja imajo javni zavodi relativno

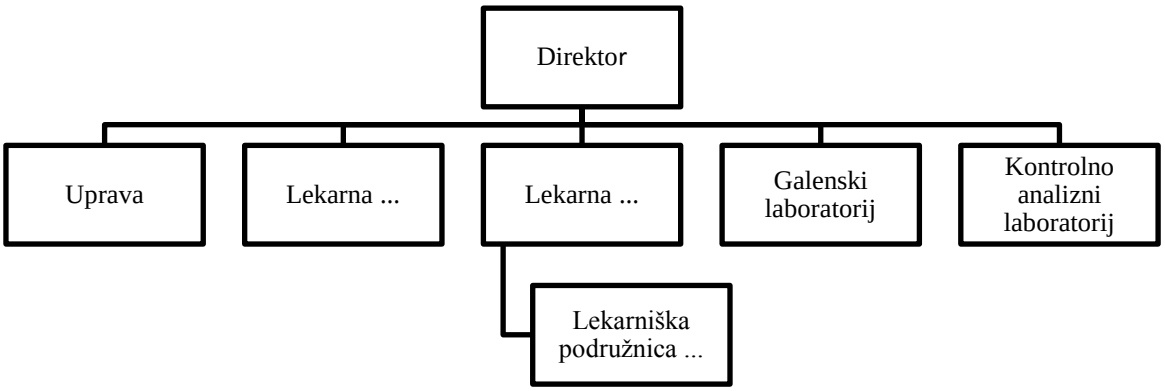
majhno poslovno avtonomijo. Status javnega zavoda jim sicer daje prednost pred zasebniki koncesionarji pri obdavčitvi, dosegajo lahko večje ekonomske učinke v odnosu do dobaviteljev, imajo organizacijske prednosti zaradi možnosti prerazporejanja in nadomeščanja kadrov med enotami, ne omogoča pa jim avtonomije v razvoju zavoda in razporejanju presežka.

2.1.1 Organizacija v javnih lekarniških zavodih

Javni lekarniški zavodi delujejo z vidika centralizacije in decentralizacije nalog v obliki teritorialne ali prostorske organizacijske strukture. V večini primerov to ni čista geografska struktura, temveč bolj kombinacija med funkcijsko in divizijsko strukturo. Tako obliko je v preteklosti in deloma še danes narekoval sam proces dela in delovanje na širšem območju. Javni lekarniški zavodi imajo lahko več lekarn in lekarniških podružnic (Zakon o lekarniški dejavnosti). Vsaka lekarna ali lekarniška podružnica opravlja zaključen proces dela, ki obsega naročanje in prevzem blaga ter izdajanje zdravil in ostalega blaga. Vsi postopki so standardizirani in enotni za celotno organizacijo. Na skupni ravni zavoda so organizirane funkcije z resorja kadrovsko-finančne službe ter organizacije in vodenja zavoda. Kadrovsko-finančno službo imajo večji zavodi organizirano kot posebno enoto, nekateri od njih pa imajo za to sklenjene pogodbe z zunanjimi izvajalci. Lekarne so prenesle na zunanje izvajalce tiste aktivnosti, ki niso neposredno vezane na dejavnost. Kakor v ostalih vejah zdravstva (Dunn, 2006, str. 351) tudi v lekarništvu narašča obseg zunanjega izvajanja del (angl. *outsourcing*). V prvi vrsti se lekarne odločajo za prenos dela zaradi znižanja stroškov in večje učinkovitosti. Dejavnosti, ki jih lekarne običajno prenašajo na zunanje izvajalce, so: storitve s področja informacijske tehnologije, finančno-računovodske storitve, pravne storitve, notranja revizija, varnostna služba, varstvo pri delu, odstranjevanje nevarnih odpadkov, vzdrževanje zahtevne opreme, čiščenje in vzdrževanje objektov. Pri prenosu določene dejavnosti zunanjemu izvajalcu se mora organizacija zavedati, da lahko v tem segmentu izgubi nadzor (Završnik, 2008, str. 351). Za nekatere od dejavnosti, ki so jih v preteklosti prenesle na zunanje izvajalce, so lekarne zopet zaposlile svoje strokovnjake.

Na Sliki 2 je prikazana najpogostejša organizacijska struktura javnih lekarniških zavodov. Na čelu organizacije je direktor javnega zavoda, neposredno podrejeni so mu vodja računovodske službe, vodja galenskega in kontrolno analiznega laboratorija ter vodje lekarn. Kadar direktor javnega lekarniškega zavoda po poklicu ni magister farmacije, mora imeti zavod tudi strokovnega direktorja s končano fakulteto za farmacijo. Vodje imajo relativno visoko strokovno-organizacijsko avtonomijo za enoto, ki jo vodijo. V težnji po boljšemu sodelovanju in usklajevanju med zaposlenimi v vseh enotah se vzpostavljajo horizontalne povezave. Pretok informacij poteka preko računalniških informacijskih sistemov, neposrednih stikov med zaposlenimi, preko delovnih skupin in projektnih timov.

Slika 2: Primer organizacijske strukture javnega lekarniškega zavoda



Vir: Prirejeno po Organigram Celjske lekarne javni zavod, 2012.

Čeprav horizontalne povezave niso v organizacijskem diagramu, so vsekakor del organizacijske strukture (Dimovski, Penger, Škerlavaj & Žnidaršič, 2005, str. 86). Relativna avtonomija, ustrezno vertikalno povezovanje znotraj posamezne enote in horizontalno povezovanje med enotami krepijo odgovornost zaposlenih, pripadnost enoti ter zavodu.

2.1.2 Management v javnih lekarniških zavodih

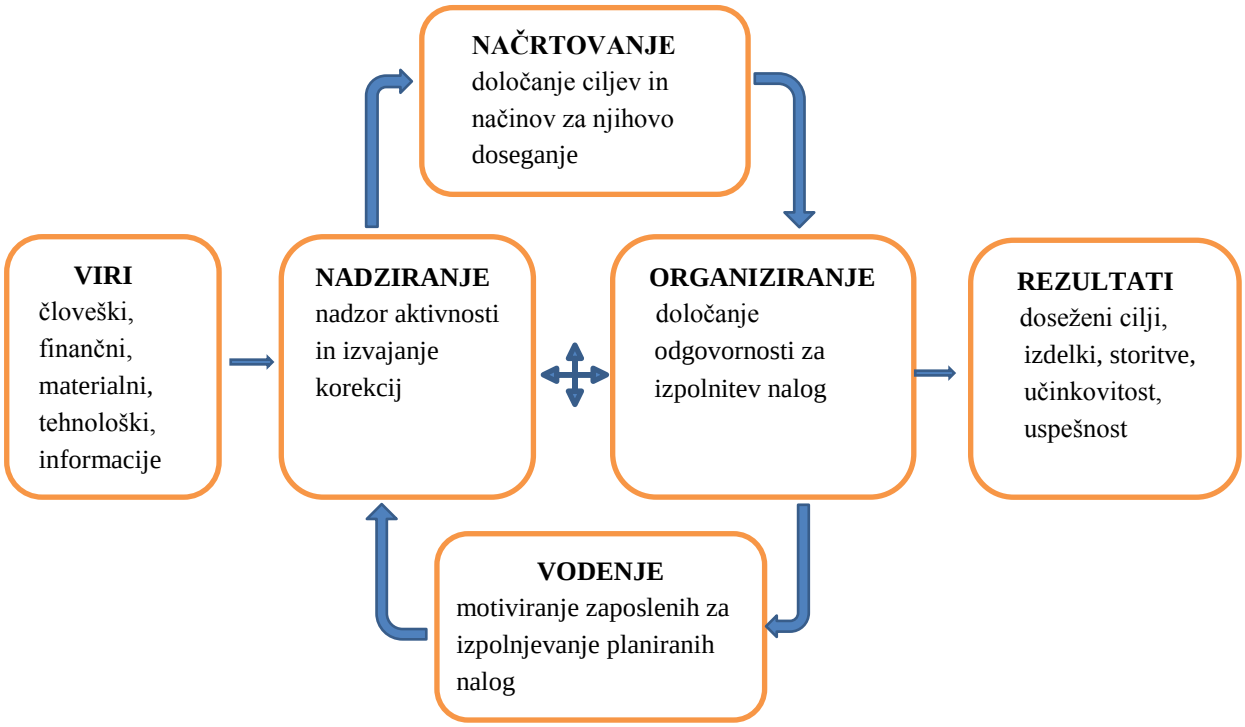
O managementu javnih zdravstvenih organizacij in s tem tudi o managementu v javnih lekarniških zavodih govorimo več šele v zadnjih letih, ko se zdravstveni sistem srečuje z večjimi težavami pri financiranju. Odgovornosti in naloge managementa so v teh organizacijah podobne tistim v pridobitnih organizacijah. Na Sliki 3 so opredeljeni ključni dejavniki v procesu managementa v organizaciji.

Neprofitne organizacije se od profitnih razlikujejo predvsem na treh temeljnih področjih (Pukšič, 2006, str. 76):

- pri poslanstvu in organiziranju dejavnosti,
- pri strateškem odločanju na posameznih poslovnih področjih,
- pri poslovnih rezultatih in merjenju učinkov neprofitne dejavnosti.

Česen (2003, str. 10) navaja kot bistveno razliko med obema predvsem v samostojnosti. Hočevar (2007, str. 1) meni, da management v javnih zdravstvenih zavodih nima ustreznih pooblastil za gospodarjenje z vsemi razpoložljivi sredstvi in za diferencirano nagrajevanje. Tako ni več pravi upravljalec premoženja in ni zainteresiran dosegati večje donosnosti virov.

Slika 3: Proces managementa v organizaciji



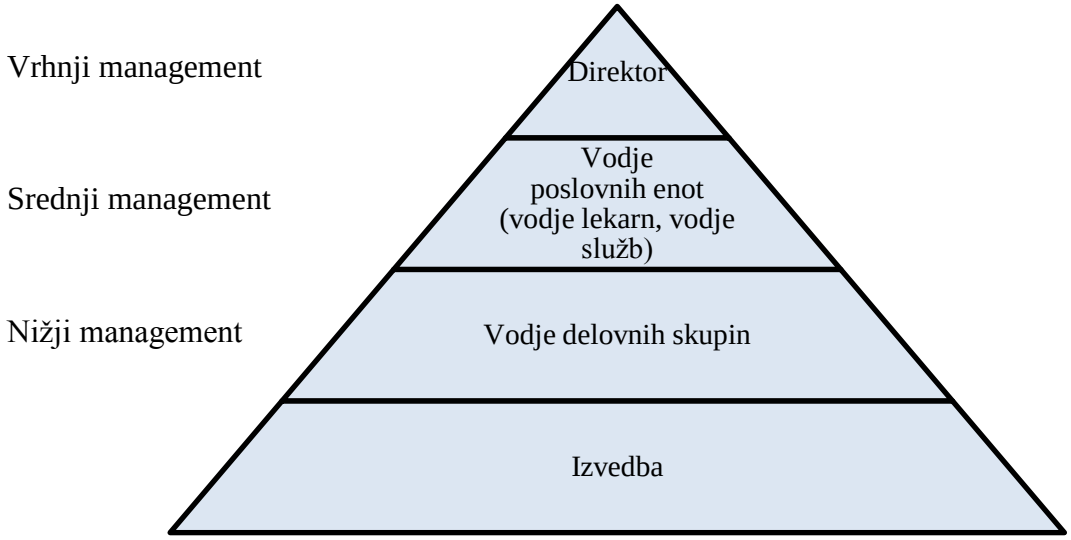
Vir: V. Dimovski in S. Penger, Temelji managementa, 2008, str. 35.

Poleg splošnih znanj o managementu morajo vodstva upoštevati tudi posebnosti posamezne organizacije. Nove managerske vloge, ki jih morajo upoštevati v neprofitnih organizacijah, so (Možina et al., 2002, str. 705):

- poslovodenje odnosov s skupnostmi,
- vodenje v obliki večjega nematerialnega motiviranja zaposlenih,
- sposobnost razporejanja javnih virov.

Iz Slike 4 so razvidne ravni managementa v javnih lekarniških zavodih. Vsaka od ravni managementa ima svojo vlogo in odgovornost, vsi pa bi morali biti opora vrhnjemu managementu pri pospeševanju sprememb v smeri razvoja organizacije. Srednji management je odgovoren za uresničevanje strategij in politik, ki jih določi vrhnji management (Dimovski & Penger, 2008, str. 14). Prav srednji management je tisti, ki v zdravstvenih organizacijah velikokrat ne podpira in včasih celo zavira napredek. Če bi srednji management dobil večje pristojnosti in odgovornosti pri odločanju in obvladovanju stroškov, se bi njihov tihi odpor omilil. Njihova ravnanja lahko pojasnjujemo kot razpetost med upoštevanjem navodil vodstva in moralno obvezo do podrejenih.

Slika 4: Ravni managementa v javnih lekarniških zavodih



Vir: Prirejeno po V. Dimovski in S. Penger, Temelji managementa, 2008, str. 15.

Usmeritve vodstva morajo biti takšne, da jih bodo tako srednji management kot njihovi podrejeni prepoznali kot dobre za zavod in s tem tudi za zaposlene v njem. Direktorji javnih zavodov, ki so poleg managerskih nalog pristojni tudi za celotno strokovno organizacijsko področje, so velikokrat preobremenjeni zaradi reševanja sprotnih operativnih težav. To je eden od vzrokov, da so manj razvojno naravnani. Marsikatero od funkcij, ki jih opravljajo vrhnji managerji, bi lahko prenesli na srednji management ali preprosto na strokovne službe. Pogoj za večje sodelovanje med posameznimi nivoji je dober pretok informacij. Komunikacija mora potekati tako od direktorja preko vodij enot do ostalih zaposlenih kot tudi v obratno smer. Zelo pomemben pa je tudi horizontalen pretok informacij med zaposlenimi v posamezni enoti in med enotami (Pintar, 2010, str. 104). Poleg dopisov in elektronske pošte se je za zelo dobro orodje za pretok informacij pokazala vzpostavitev intraneta. Izboljšanje informiranosti je tudi eden od pogojev za zadovoljstvo in motivacijo vseh zaposlenih.

Vlogo managementa zaradi specifičnosti dejavnosti v večini zdravstvenih organizacij zaposleni raje sprejemajo v klasični obliki. Rezultati raziskave, ki je bila opravljena v devetih slovenskih bolnišnicah, kažejo, da zaposleni v zdravstvu dobro sprejemajo klasični način vodenja, ki temelji na sprejeti hierarhiji. Takšen način vodenja povezujejo z dobrim organizacijskim ozračjem (Skela Savič, 2004, str. 27).

V manjših in srednjih javnih lekarniških zavodih direktor ni samo vrhovni vodja. Kot svetovalec in vodja tima pomaga reševati poleg organizacijskih tudi strokovna vprašanja. Večji zavodi imajo zaposlene tudi strokovnjake iz ekonomije, prava in marketinga, ki so direktorju v pomoč pri poslovnih odločitvah.

Kot v drugih vejah zdravstva se tudi v lekarništvu management večinoma ukvarja z akutnimi vsakdanjimi težavami, ki so največkrat povezane z deficitarnostjo kadra, predvsem magistrov farmacije, slabih pogojev pri financiranju javnega dela opravljanja lekarniške dejavnosti in slabše kupne moči prebivalstva. V takih primerih je nevarno, da so na hitro dogovorjene odločitve za reševanje sicer perečih vprašanj lahko dolgoročno slabe za organizacijo. Managerji bi se morali posvetiti razmišljanju o prihodnosti organizacije. Težava ni samo v pomanjkanju časa oziroma preobremenjenosti z vsakdanjimi vprašanji, ampak tudi v preskoku razmišljanja managerjev v zdravstvu. Aktivnosti vodstva ne smejo biti osredotočene samo na obvladovanje stroškov. Usmeriti se morajo na povečevanje učinkovitosti, kakovosti ter obseg in raznolikost storitev (Vrhunec, 2010, str. 16).

2.2 Strateško planiranje

Hitre spremembe v zunanjem in notranjem okolju, hitro naraščanje zdravstvenih potreb, zahteve in pričakovanja ljudi v zvezi z zdravstveno oskrbo ter predvsem omejeni viri zahtevajo tako kot v celotnem sistemu zdravstvenega varstva, tudi v lekarništvu spremembe. Zelo spremenjene okoliščine terjajo strateško planiranje, ki se razlikuje od sedaj uporabljenih pristopov k planiranju v javnih lekarniških zavodih. Vodstva lekarniških zavodov morajo prepoznati nujnost dolgoročnega planiranja. Tega bi se morali v prvi vrsti zavedati ustanovitelji zavodov. Nepoznavanje dodane vrednosti v zagotavljanju celovite zdravstvene oskrbe, vodi ustanovitelje v odločitve za odliv sredstev iz lekarniške dejavnosti za namene, ki ne zagotavljajo boljše zdravstvene oskrbe. Javni lekarniški zavodi so do sedaj s svojimi sredstvi skrbeli za razvoj dejavnosti tako s širitvijo mreže kot izboljšanjem kakovosti storitev. Prepoznavanje javnih lekarniških zavodov kot vir za krpanje občinskih proračunov je zaskrbljujoče in vodi v slabšo oskrbo prebivalcev z zdravili. Kljub občutku nemoči v odnosu z ustanovitelji morajo vodstva javnih lekarniških zavodov vztrajati in političnim akterjem prikazati pomembnost dejavnosti in jih prepričati o nujnosti njenega dolgoročnega razvoja. Vsekakor pa morajo vodstva zavodov pri planiranju upoštevati možnost nadaljnjega odtekanja denarja iz dejavnosti.

Pučko (v Možina et al., 2002, str. 271) definira strateško planiranje kot tisto vrsto planiranja, ki opredeljuje prednostne in odločilne smeri razvoja. Strateško planiranje mora biti prilagojeno organizaciji in razmeram v njenem okolju. Za sprejemanje strateških odločitev, ki zadevajo celotno organizacijo in imajo dolgoročen vpliv, je v prvi vrsti odgovoren vrhnji management. Ta mora strateško planiranje prepoznati kot eno svojih najpomembnejših funkcij in orodij za doseganje ciljev. S strateškim planiranjem ocenjujemo in zmanjšujemo tveganje, ki ga mora prevzemati organizacija. Nekatera od orodij, ki so za ta namen managerjem v pomoč, bi lahko v celoti ali vsaj delno uporabili tudi v lekarništvu. Obstaja več modelov strateškega managementa, Bryson (1995, str. 23) je razvil model strateškega planiranja prav za neprofitne organizacije. Model zajema naslednje korake:

1. začetni sporazum o izdelavi strateškega načrta organizacije,
2. opredelitev poslanstva in vizije,
3. analiziranje zunanjega in notranjega okolja,
4. opredelitev strateških zadev,
5. oblikovanje strategije,
6. pregled in sprejetje strategij,
7. dopolnjevanje vizije organizacije,
8. uvajanje in uresničevanje strategije,
9. ocenjevanje uspešnosti strategije in procesa strateškega planiranja.

Izbrani model strateškega planiranja si mora organizacija prilagoditi glede na svoje značilnosti. Če je preveč formaliziran in neprilagojen organizaciji, ne bomo dosegli pravega učinka. Za strateško planiranje je sicer odgovoren vrhnji management, vendar morajo pri tem sodelovati ljudje z različnih področij poslovanja. Pomembno je, da vključimo vse tiste člane organizacije, ki odločilno vplivajo na delovanje organizacije (Bohinc et al., 2005, str. 45).

2.2.1 Analiza organizacije in okolja

Analiza obstoječega in predvidenega stanja v dejavnosti predstavlja osnovo opredeljevanja strateških usmeritev. Poleg položaja same dejavnosti moramo pred opredelitvijo ciljev upoštevati dogajanja v širšem okolju. Pri tem so še posebej pomembni ekonomsko, politično-pravno in družbeno okolje.

Poglavitni kazalci ekonomskega stanja in razvoja okolja so: bruto domači proizvod (v nadaljevanju BDP), stopnja inflacije, stabilnost valute, delež BDP za zdravstvo, zadolženost, stopnja nezaposlenosti (Urlep, b.l.). Razpoložljiva kupna moč prebivalstva je močno odvisna od trenutnih dohodkov, cen, prihrankov, dolgov in dosegljivosti posojil (Kotler, 1996, str. 158). V času gospodarske krize se zmanjšuje stopnja realnega dohodka, močno pa se spreminja tudi način porabe (Potočnik, 2005, str. 51). Večina ljudi se v slabših ekonomskih razmerah pri nakupu blaga in storitev odloča zelo racionalno, to pomeni, samo za tista, ki imajo zanje večji pomen. Kljub trenutni gospodarski in finančni krizi so ljudje, ki niso neposredno ekonomsko ogroženi, še vedno pripravljeni del svojih prihodkov nameniti za izdelke in storitve, ki so namenjeni za ohranjanje in izboljšanje zdravja.

Politično-pravno okolje opredeljujejo predpisi, vladne institucije in vplivne skupine, ki nadzirajo ustanove in posameznike (Kotler, 1996, str. 164). Stabilnost političnega sistema je zelo pomembna za stabilnost zdravstvenega sistema in tudi trženje zdravstvenih storitev.

Zdravstvene storitve so posebnega pomena in zato v večini držav pravno dobro urejene. Zakonsko so opredeljene tako statusno pravne oblike izvajalcev, njihove storitve, plačila

kot tudi prodajne poti zdravil in drugih izdelkov, ki vplivajo na zdravje ljudi. Obseg zdravstvenih storitev je odvisen predvsem od sredstev za zagotavljanje zdravstvenega varstva. Poraba zdravil ter izdelkov in storitev povezanih z zdravjem je povezana tudi z dojemanjem zdravja kot eno od pomembnih vrednot. V družbi, kjer predstavlja zdravje eno od najpomembnejših vrednot, je omogočeno širše trženje zdravil, izdelkov za krepitev zdravja in storitev, ki to podpirajo.

V našem okolju predstavlja zdravje ljudem eno najvišjih vrednot in se že zavedajo, da so zanj v največji meri odgovorni sami. Zaradi sistema zdravstvenega varstva, ki temelji na vzajemnosti in solidarnosti, ter skoraj v celoti pokriva stroške zdravljenja in zdravil, pa ljudje še vedno težko sprejemajo samoplačniške storitve.

Proces strateškega planiranja v ožjem pomeni besede se začenja s celovito oceno položaja organizacije (Možina et al., 2002, str. 279). S SWOT analizo (angl. *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*) ocenjujemo trenutne razmere organizacije v notranjem in zunanjem okolju. Je zelo uporabna metoda, saj jo lahko apliciramo na katerokoli raven poslovanja. Namen analize je pomoč pri strateških odločitvah, kam točno usmeriti poslovanje, katere programe opustiti ali jih okrepiti ali podobno in tako predstavlja osnovno izhodišče za oblikovanje celovite strategije podjetja (Dimovski & Penger, 2008, str. 53). V analizi opredeljene prednosti in slabosti se nanašajo na notranjo oceno, to je oceno organizacije, ko pa govorimo o priložnostih in nevarnostih, ocenjujemo stanje v zunanjem okolju organizacije.

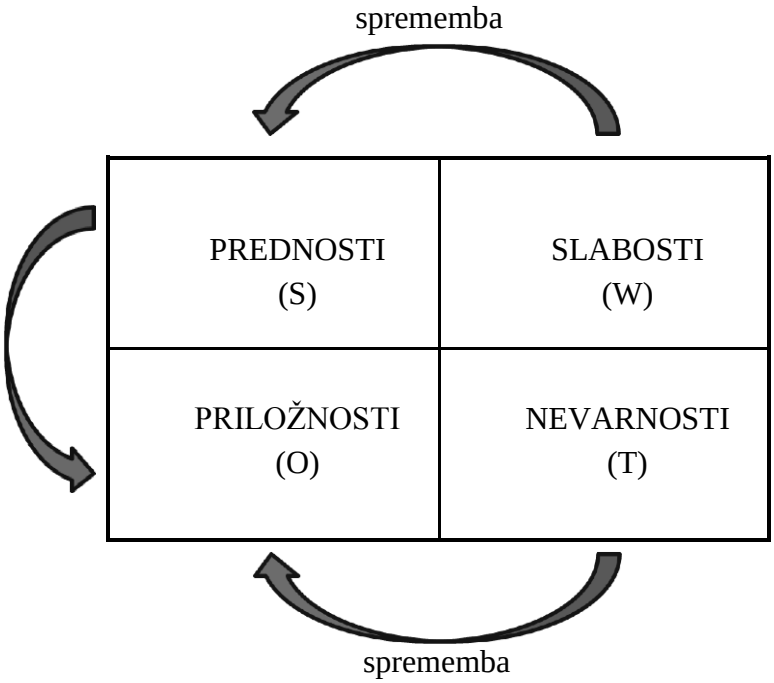
Analiza organizacije. Z analizo notranjega okolja bomo pridobili oceno položaja in dosedanjega razvoja organizacije. Pri opredeljevanju notranjih slabosti in prednosti je potrebno skrbno vrednotenje posameznih trditev. S preveč subjektivnim ocenjevanjem ne bomo dobili realne ocene stanja. Smiselno je, da podrobneje obdelamo tiste elemente, za katere menimo, da se bodo v prihodnosti spremenili in predstavljajo konkurenčno prednost ali slabost v primerjavi s konkurenco. Harlander (v Bohinc et al., 2005, str. 49) opredeljuje ocenjevanje treh glavnih kategorij:

- uspešnost poslovanja,
- sedanjo strategijo,
- viri.

Analiza okolja. Na te elemente sicer nimamo direktnega vpliva. Vendar lahko priložnosti v prihodnosti zelo dobro vplivajo na uspešnost organizacije. Nevarnosti v okolju se lahko prilagodimo, še bolje pa je, da nanje reagiramo s spremembo ali prilagoditvijo strategije in se tako izognemo negativnim posledicam. Analizirati moramo vse tiste elemente, ki jih bomo potrebovali pri določitvi ciljev. Berkowitz (2004, str. 60) poudarja, da moramo pri pripravi strateškega planiranja posvetiti pozornost analizi obstoječih konkurentov v dejavnosti kot tudi vstopu potencialnih novih konkurentov. Ugotoviti moramo, katere

identificirane slabosti je potrebno minimizirati ali jih z ustreznimi ukrepi spremeniti v prednosti (Slika 5). S premaganimi slabostmi lahko izkoristimo priložnosti. Aktivno moramo upoštevati prednosti, da bi lahko izkoristili priložnosti. Identificirane nevarnosti bomo skušali spremeniti v priložnosti. SWOT analiza je lahko zelo dober temelj za določitev ciljev, vendar le, če smo dovolj realno ocenili notranje okolje in dovolj dobro poznamo okolje, v katerem organizacija deluje.

Slika 5: SWOT matrika



2.2.2 Oblikovanje strategije

Kot temelj za zasnovo modela strateškega načrtovanja sta izoblikovana in dogovorno usklajena poslanstvo in vizija organizacije.

Poslanstvo predstavlja okvir programov organizacije. Osnova poslanstva zdravstvenih organizacij mora biti v prvi vrsti usmerjena v potrebe in želje uporabnikov zdravstvenih storitev (Česen, 2003, str. 63). Opredelitev poslanstva je dvojna. Na zunaj razlikuje organizacijo od drugih. Navznoter daje zaposlenim sporočilo, kaj je osnovni namen organizacije in jih motivira za dosežke (Pučko, 1996, str. 352). Poslanstvo in s tem osnovna dejavnost lekarniške stroke je učinkovita in uspešna oskrba prebivalcev s kakovostnimi, varnimi in učinkovitimi zdravili ter skrb za njihovo varno in pravilno uporabo.

Vizija predstavlja koncept želene slike v prihodnosti, ki pa mora temeljiti na poslanstvu. Smiselno mora povezovati ter izražati pomembne in dolgoročne interese članov

organizacije. Vizija pomaga organizaciji, da se nenehno uči in izboljšuje. Organizaciji daje skupno usmeritev, je trajno in najbolj učinkovito sredstvo za obvladovanje organizacije. (Tavčar, 2005, str 151). Naloga vrhnjega managementa je ne samo oblikovati jasno vizijo prihodnjega poslovanja, ampak jo tudi posredovati zaposlenim (Dimovski et al., 2005, str. 51). Vsi zaposleni jo morajo prepoznati za svojo usmeritev, jo razumeti in upoštevati pri vsakdanjem delu.

Šele na osnovi dogovorjenega poslanstva in vizije lahko pristopimo k načrtovanju in opredelitvi strateškega planiranja.

Strateški cilji, ki si jih bomo postavili, morajo biti jasni, sprejemljivi, uresničljivi in se lahko merijo po določenih standardih. Cilj, ki ga ni mogoče meriti, je koristna usmeritev organizacije, ni pa uporaben za konkretno obvladovanje organizacije. Česar ne moremo meriti, je tudi zelo težko obvladovati. (Tavčar, 2005, str. 152). Da bi jih ljudje sprejemali za svoje, morajo biti cilji realni in dosegljivi v začrtanem obdobju. Samo jasni cilji nam lahko pomagajo, da se osredotočimo nanje, in nas spodbujajo. Obstajati mora hierarhija ciljev, s tem da so na vrhu strateški cilji, ki dajejo smisel obstoja. Planski cilji na nižji organizacijski ravni morajo podpirati doseganje najvišjih planskih ciljev organizacije (Bohinc et al., 2005, str. 19).

Slika 6: Hierarhija ciljev

Vir: Prirejeno po S. Možina et al., Management nova znanja za uspeh, 2002, str. 242.

Ko načrtujemo cilje organizacije, morajo biti ti dogovorjeni tako znotraj organizacije kot tudi z lastniki oziroma ustanovitelji. Seveda morajo biti skladni s trenutno zakonodajo in sprejemljivi za okolje, v katerem organizacija posluje. Pri načrtovanju je smiselno in potrebno sodelovanje tudi srednjega managementa. Zaposleni, ki sodelujejo pri opredeljevanju ciljev, jih jemljejo za svoje in aktivneje sodelujejo pri njihovi uresničitvi.

Strategija je pot in način doseganja želenih ciljev. Pri izdelavi strategije gre za zelo konkretne odločitve o tem, kaj in koliko bomo delali, kdo in kako bo kaj storil in s kakšnimi viri. Pred določitvijo strategije moramo upoštevati poslanstvo, vizijo, ugotoviti

trenutno stanje ter pri vsem tem upoštevati organizacijsko kulturo. Upoštevati je torej potrebno tudi interesno poslanstvo, ki vključuje zahteve zaposlenih, ustanoviteljev, plačnikov, dobaviteljev in drugih. Interesna poslanstva vključujemo, če niso v nasprotju z osnovnim poslanstvom organizacije. Pomembno je, da opredelimo tudi sistem ravnanja s človeškimi viri, ki pa mora biti usklajen s celovitimi poslovnimi strategijami organizacije (Dimovski, Penger & Peterlin, 2009, str. 145). Strategija mora povezovati, motivirati in usmerjati vse zaposlene k doseganju skupnih ciljev. Cilje in strategijo za doseganje ciljev je smotrno povezati v politiko organizacije. Sestavine politike organizacije naj bodo med seboj skladne in naj se podpirajo (Tavčar, 2005, str. 158).

2.2.3 Planiranje v javnih lekarniških zavodih

Trenutno je v lekarništvu zelo težko načrtovati realne dolgoročne cilje. Še do nedavnega stabilno okolje je postalo zelo nepredvidljivo. Pri dolgoročnem razvoju lekarništva bo morala sodelovati država v dobrobit vseh svojih državljanov, ne samo tistih v večjih urbanih središčih. Trenutna negotovost pa ne pomeni, da se zastavljanja ciljev ne lotevamo odgovorno in napredno v smeri, ki ne samo da omogoča obstoj, ampak tudi napredek lekarniške dejavnosti. Poleg nalog, ki izvirajo iz poslanstva, opravljamo tudi storitve, ki lahko ljudem izboljšajo kakovost življenja.

Strateško planiranje v javnem lekarniškem zavodu se razlikuje od strateškega planiranja v podjetjih. Moralo bi biti povezano s strateškim planom na ravni države, vendar za področje lekarniške dejavnosti še ni pripravljenih strateških usmeritev. To je tudi eden od vzrokov, da lekarne v večini primerov še niso pristopile k strateškemu planiranju. Dolgoročnejše cilje imajo definirane predvsem veliki javni lekarniški zavodi, ki imajo v sklopu zavoda tudi galenske in kontrolno analizne laboratorije. Javni lekarniški zavodi imajo po temeljnem poslanstvu lekarniške dejavnosti svoje aktivnosti osredotočene v skrb za učinkovito in kakovostno oskrbo z zdravili in svetovanje za njihovo pravilno in varno uporabo. Skladno s temi usmeritvami so pripravljeni tudi njihovi operativni plani. Postavljeni cilji so sicer uravnoteženi in uresničljivi, vendar večinoma niso inovativni in brez predpostavk, da se lahko sistem, v katerem deluje zavod, spremeni.

Tajnikar (2009, str. 23) meni, da mora biti sodobna lekarna kombinacija javne službe, ki preskrbuje z zdravili, in trženjskih priložnosti. Pri nekaterih lekarnah že zasledimo izrazito tržno naravnanost, ki vodi v čisto komercializacijo dejavnosti. Javni lekarniški zavod, ki ima svoje strateške načrte usmerjene skoraj izključno v pridobitno dejavnost, se zelo hitro razvija in kaže težnje po polni prevladi trga na območju, za katerega je pristojen. Takšna usmeritev sicer trenutno prinaša večjo donosnost, dolgoročno pa ogroža dejavnost in strokovno neodvisnost lekarniških farmacevtov, ki morajo zaradi interesa organizacije marsikdaj delovati v nasprotju z etičnimi načeli kodeksa lekarniške deontologije. Razvoj komercializacije javnih lekarniških zavodov je v veliki meri odvisen od smernic v primarnem zdravstvu, ki jih poda ustanovitelj. Ta je dolžan skrbeti ne le za ekonomsko

uspešnost javnega zavoda, ampak tudi za njegovo delovanje v skladu z namenom njegove ustanovitve. Dobro pripravljene strateške usmeritve, ki bi temeljile na poslanstvu lekarniške dejavnosti in sledile spremembam v okolju, bi lekarniškim zavodom omogočale enakopravnejši položaj v odnosu z ustanoviteljem in lažje pridobivanje novih virov.

Izsledki presečne raziskave (Harrison, 2005) med neodvisnimi lekarnami v Združenih državah Amerike kažejo, da je uspešnost lekarn značilno povezana s stopnjo strateškega planiranja. Anketirane lekarne, ki so v celoti izvajale strateško planiranje, imajo znatno višje kazalce uspešnosti poslovanja kot tiste, ki ga izvajajo delno. Tiste lekarne, ki se strateškega planiranja niso lotile, imajo slabše rezultate od tistih, ki proces strateškega planiranja izvajajo delno.

2.2.4 Preverjanje hipoteze

Hipoteza 1: S strateškim planiranjem se javni lekarniški zavodi bolje prilagajajo na spremembe ter s tem zmanjšujejo tveganja v spreminjajočem se okolju.

Na področju strateškega planiranja v slovenskih javnih lekarniških zavodih še ni bilo opravljenih raziskav. Na osnovi raziskav v drugih zdravstvenih organizacijah, ki delujejo v podobnem okolju kot javni lekarniški zavodi ter, na osnovi podatkov v literaturi, lahko hipotezo potrdimo.

3 RAZVOJ JAVNE LEKARNIŠKE SLUŽBE

Zaradi zaostrenih razmer pri financiranju javnega dela lekarniških storitev, povečane konkurence, nujnosti povečanja in stalnega zagotavljanja visoke ravni kakovosti storitev, občasnega nezadovoljstva zaposlenih zaradi preobremenjenosti in slabšega vrednotenja njihovega dela ter predvsem zaradi vedno večjih potreb in zahtev uporabnikov so v javnih lekarnah nujne spremembe.

Uvajanje sprememb v poslovanju se v zdravstvu v nekaterih segmentih bistveno razlikuje od podobnega procesa v gospodarskih organizacijah. Pri nadzoru nad poslovanjem zavoda so v ospredju spoštovanje predpisov in postopkov, v ozadju pa ostaja nadzor nad kakovostjo in gospodarnostjo, zato so vodstva zavodov bolj defenzivna (Vrhunec, 2010, str. 17). Za zdravstvene organizacije je značilna razmeroma stroga hierarhija. Zaposleni na nižjih delovnih mestih imajo malo možnosti za predlaganje sprememb in še posebej za njihovo uveljavitev. Možnost in dolžnost za uvajanje sprememb v sisteme zdravstvenih organizacij imajo njihova vodstva. Ta so odgovorna za kakovost zdravstvenih storitev, načrtovanje, izvajanje, kontrolo in izboljševanje kakovosti. Ker pa se od managerjev največkrat ne terja odgovornosti za neučinkovito delo, ne moremo pričakovati, da bodo predlagali spremembe, saj si bodo s tem otežili vsakdanje življenje (Vrhunec, 2010, str. 16). Takšne razmere so značilne tudi za javne lekarniške zavode, v katerih se v poslovanju

vse bolj odraža tudi močan vpliv ustanoviteljev. Zadolžene občine, ki so ustanoviteljice javnih lekarniških zavodov, v njih ne prepoznavajo prave dodane vrednosti v zagotavljanju zdravstvenega varstva. Prelivanje sredstev v občinske proračune in zaostrovanje pogojev dela je pri nekaterih vodstvih zavodov povzročilo apatijo. Njihovo delo je v glavnem usmerjeno zgolj v reševanje trenutnih težav. Nekateri zavodi so prepoznali svojo priložnost v tržni usmeritvi, ki vodi do večje poslovne uspešnosti, vendar dolgoročno usmerja lekarniško dejavnost zunaj njenega poslanstva. Menim, da je prava pot tista, ki sledi poslanstvu, hkrati pa vključuje možnosti uvajanja sprememb kot odgovor na spremenjeno okolje in razvoj ter stabilnost poslovanja.

Organizacije uporabljajo različne pristope k spremembam. Izvedene so lahko celovite ali delne strateške spremembe. Na operativni ravni so spremembe lahko izvedene kot reorganizacija, lahko pa se organizacija odloči samo za delno operativno spremembo v obliki optimizacije poslovnih dejavnosti. Kot sodobno managersko orodje za izboljševanje poslovnih rezultatov in poslovnih procesov lahko uporabimo koncept primerjanja z najboljšimi v panogi (ang. *benchmarketing)*. Cilj tega koncepta bi lahko označili kot namero doseči in preseči najboljše, pri čemer je potrebno določiti najprej, kaj je tisto, kar je najboljše in s čimer se primerjamo, nato to doseči in končno preseči. Spoznati želimo način dela konkurentov, njihove procese, inovacije in strategije (Retelj, 2007, str. 22). Kdaj in kako se lotiti sprememb, je odvisno od sprememb v okolju in organizacije same. Pristopi k spremembam, ki jih ocenjujemo za primerne za lekarne, so celovito obvladovanje kakovosti, prenova poslovnih procesov in uvajanje novih storitev v javne lekarne.

3.1 Celovito obvladovanje kakovosti

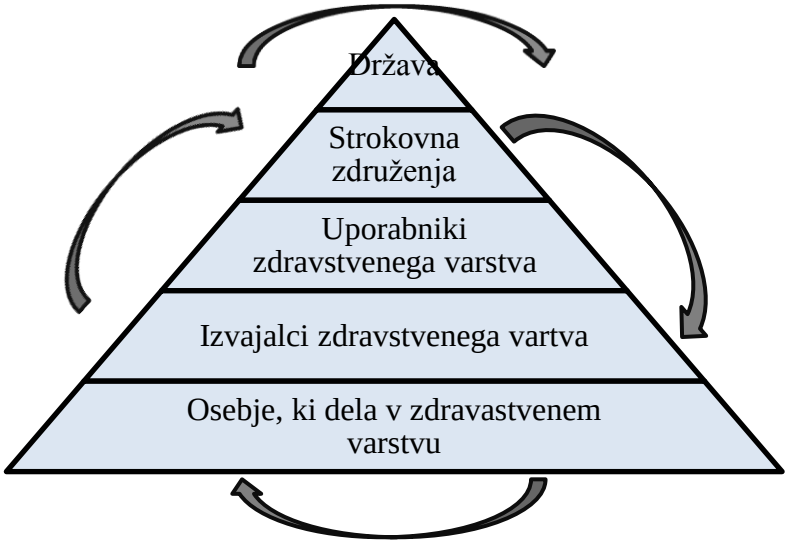
Celovito obvladovanje kakovosti (angl. *Total Quality Management – TQM*) je celovit organizacijski pristop nenehnega izboljševanja kakovosti poslovanja organizacije. Poleg kakovosti izdelkov in storitev je usmerjen tudi v druge cilje, kot so dolgoročna poslovna uspešnost in zadovoljstvo uporabnikov. Ker zajema vse procese, zagotavlja večjo fleksibilnost organizacije, konkurenčnost, večjo učinkovitost in boljše poslovne rezultate.

Eden najpomembnejših temeljev za vzpostavitev takšnega sistema je opredelitev jasne vizije organizacije in definiran sistem planiranja (Bohinc et al., 2005, str. 167). Za uvajanje in uspešnost je v prvi vrsti odgovorno najvišje vodstvo. To mora v središče svojega delovanja postaviti kakovost in prizadevanje za dolgoročni uspeh poslovanja ob upoštevanju zadovoljstva uporabnikov (Retelj & Simčič, 2006, str. 62). V proces nenehnega izboljševanja in inovacij moramo vključiti vse zaposlene in jim dati tudi večje pristojnosti pri odločanju. Za uspeh pristopa je nujno usposabljanje vseh zaposlenih. Najpogostejše uporabljene tehnike celovitega obvladovanja kakovosti so: opolnomočenje, krožki kakovosti, koncept primerjanja z najboljšimi v panogi, zunanje izvajanje dejavnosti (Dimovski, Penger & Škerlavaj, 2007, str. 180).

Postopek uvajanja celovitega sistema kakovosti je specifičen za vsako organizacijo. Zaradi tega ga ne moremo enostavno prenesti iz ene v drugo organizacijo. Robida (2002, str. 2) navaja specifične značilnosti javnega zdravstva, ki vplivajo na pristop k upravljanju sistema celovite kakovosti v zdravstvenem varstvu:

- odgovornosti javnostim,
- omejeni viri,
- monopol,
- delovanje, ki ga ni vedno lahko meriti,
- močan vpliv stroke.

Slika 7: Ravni upravljanja sistema celovite kakovosti



Vir: A. Robida, Upravljanje celovite kakovosti v zdravstvenem varstvu, 2002, str. 4.

Še do nedavnega je v slovenskem zdravstvenem sistemu prevladovalo mišljenje, da so zdravstvene storitve pri nas tako kvalitetne, da ne potrebujemo dodatnih aktivnosti na tem področju. V zadnjih letih se je takšno razmišljanje tako v zdravstvenih organizacijah kot v nadzornih inštitucijah zelo spremenilo. Sistem celovitega zagotavljanja kakovosti prepoznavajo kot osnovo za večjo učinkovitost tako v strokovnem kot poslovnem pogledu (Simčič, Ceglar & Marušič, 2011, str. 121). V lekarniški dejavnosti vseskozi težimo k izboljšanju kakovosti storitev. Naša prizadevanja so bila usmerjena predvsem v zagotavljanje varne in pravilne uporabe zdravil. Vse pomembnejši postaja segment ponudbe in svetovanja pri uporabi izdelkov za ohranjanje in krepitev zdravja, medicinskih pripomočkov in ostalih izdelkov, povezanih z zdravjem. Usposabljanja v ožji stroki smo razširili tudi na področje komunikacije s strankami, v nekaterih organizacijah pa tudi v trženje. V primerjavi z ostalim državami dosegamo visoko raven oskrbe z zdravili, vsekakor pa je potreben kontinuiran proces stalnega izboljševanja kakovosti, in to ne samo

v zagotavljanju kakovostih storitev, ampak tudi v zagotavljanju kakovosti poslovanja. Dobro načrtovan in vpeljan sistem celovitega obvladovanja kakovosti je vsekakor dobra osnova za uspešnost organizacij v lekarništvu. Uspešnost pa je odvisna predvsem od tega, ali bodo vsi zaposleni sprejeli principe celovitega obvladovanja kakovosti in jih upoštevali pri izvajanju svojega dela.

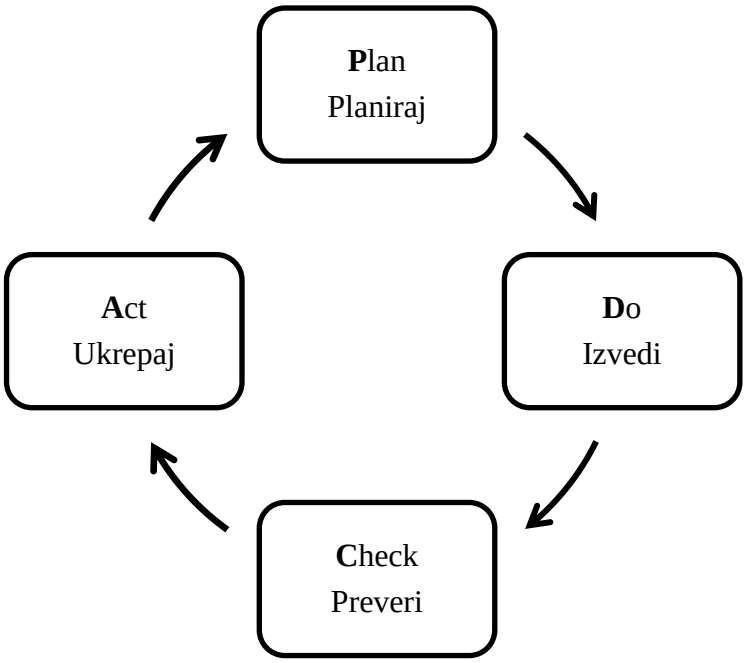
3.1.1 Sistemi vodenja kakovosti v slovenskih lekarnah

Pred leti so koristnost uvajanja sistemov vodenja kakovosti prepoznali v glavnem v gospodarskih organizacijah z dolgoročnimi strateškimi cilji. V zdravstvenih organizacijah so bili prava redkost. V zadnjih letih se tudi zdravstvene organizacije odločajo za njihovo uvajanje v svoje organizacije. Uveljavljenih je več pristopov pri vodenju sistema kakovosti, spodbujanja inovativnosti ter uvajanja stalnih izboljšav (Savič, Kern Pipan & Gunčar, 2007, str. 55). Najpogosteje se odločajo za sistem vodenja kakovosti ISO 9001:2008 (angl. *The International Organization for Standardization*, v nadaljevanju ISO). ISO standardi so mednarodni standardi, sprejeti in dogovorjeni v okviru Mednarodne organizacije za standardizacijo. Sistem ISO 9001:2008 obravnava tri skupine udeležencev v poslovnem procesu, in sicer odjemalce, zaposlene in dobavitelje. Standard temelji na osmih načelih kakovosti (Zavrl, 2010, str. 93), ki so:

- osredotočenost na odjemalce,
- voditeljstvo,
- vključenost zaposlenih,
- procesni pristop,
- sistemski pristop k vodenju,
- nenehno izboljševanje,
- odločanje na osnovi dejstev,
- vzajemno koristni odnosi z dobavitelji.

Procesni model standarda sledi sistemu nenehnega izboljševanja oziroma Demingovem krogu PDCA (Slika 8): planiraj – izvedi – preveri – ukrepaj (angl. *Plan, Do, Check, Act*). Glede na Demingov krog lahko na operativni ravni opredelimo naslednja področja: planiranje kakovosti, obvladovanje kakovosti, zagotavljanje in izboljšanje kakovosti. Nenehno izboljševanje celotnega delovanja organizacije mora biti stalen cilj organizacije.

Slika 8: Demingov krog kakovosti (PDCA krog)



Razmišljanje, da je uvajanje sistemov kakovosti le strošek za organizacijo, kaže nepripravljenost managerjev za vzpostavitev pogojev, ki vodijo k izboljšanju poslovanja, obvladovanju tveganj in nenehno izboljševanje. Pučko (v Bohinc et al., 2005, str. 161) meni, da pridobitev certifikata ISO sicer še ne pomeni doseganja poslovne odličnosti, je pa dokaz, da so notranji procesi urejeni in da so zadeve ustrezno dokumentirane. Z uvedbo sistemov lažje obvladujemo tveganja v kritičnih okoljih, saj se spremeni kultura v organizaciji. V okviru obvladovanj tveganj moramo še posebno pozornost nameniti preventivnim ukrepom, ki predstavljajo proaktivni proces do uspešnejše organizacije. Organizacije se vse bolj odločajo za pristop k integriranemu sistemu vodenja kakovosti, ki vključuje tudi zahteve drugih standardov. Najpogosteje so to ISO 14001:2004, BS OHSAS 18001:2007 (angl. *British Standards-Occupational Health and Safety Management Standard*) oziroma tisti standardi, ki obravnavajo področje poslovanja organizacije. Preverjanje kakovosti lahko organizacija sicer izpelje sama, vendar imajo zunanje presoje večji spodbudni učinek in težo. Presoje so usmerjene predvsem v preverjanje skladnosti s standardom v sedanjosti, skozi vzpostavitev korektivnih in preventivnih ukrepov pa dajejo organizaciji osnovo za pravilen razvoj.

Pomen sistemov vodenja kakovosti prepoznavajo tudi v slovenskih lekarnah. Največkrat je to sistem vodenja kakovosti po standardu ISO 9001 in ISO 14001. V tujini se število certificiranih lekarn povečuje. Na Danskem ima tako že več kot polovica lekarn certificiran sistem vodenja kakovosti, ki je danska različica ISO 9000:2000. Razvoj sistemov vodenja kakovosti v lekarnah zasledimo tudi v državah izven EU. V Srbiji, kjer se lekarne nahajajo v nezavidljivem finančnem položaju, uvajajo te sisteme tako v javnih zavodih kot zasebnih lekarnah. V vodenju sistema kakovosti prepoznavajo možnost za večjo uspešnost. Poleg

povečanja učinkovitosti in uspešnosti organizacije, lahko s pridobitvijo certifikata povečamo zaupanje v očeh uporabnikov, poslovnih partnerjev in nadzornih organov. Žal v veliko organizacijah večina zaposlenih ne razume namena uvajanja sistemov kakovosti. Uvajanje določenih rešitev prepoznavajo kot zadovoljevanje zahtev presojevalcev in ne zaradi lastnih potreb. Naloga vodstva oziroma odgovornih za sistem vodenja kakovosti je, da vsem zaposlenim predstavijo pomen teh aktivnosti za zaposlene in organizacijo. Ena od pomanjkljivosti ISO standardov je prevelika osredotočenost na procese in manj na cilje organizacije. Zato bi bilo v prvi vrsti potrebno določiti cilje, nato pa definirati procese, ki so ključni za doseganje ciljev. Če bi bile zahteve standarda bolj povezane s ključnimi nalogami managementa, bi uvajanje sistemov vodenja kakovosti še bolj pripomoglo k uspešnosti poslovanja organizacije.

Poslovni model EFQM (angl. *European Foundation for Quality Managament,* v nadaljevanju EFQM) so sprva uvajali le v zasebnem sektorju, sedaj pa ga uporabljajo tudi organizacije v javnem sektorju. Model poslovne odličnosti po evropskem modelu EFQM predstavlja logično nadgradnjo sistemov vodenja kakovosti ISO 9001. Stanje organizacije ocenjuje na devetih področjih: voditeljstvo, zaposleni, politika in strategija, partnerstva in viri, procesi, rezultati v zvezi z zaposlenimi, rezultati v zvezi z odjemalci, rezultati v zvezi z družbo, ključni rezultati delovanja. Eden od glavnih namenov tega modela je izboljšanje kakovosti vodenja, saj je to pogoj za razvoj kakovosti celotne organizacije. Tako kot sistem vodenja po sistemu ISO 9001 je tudi ta model osredotočen na procese na izvedbeni ravni in premalo na strateške cilje organizacije.

Organizaciji morajo sistemi vodenja kakovosti predstavljati pot, ki vodi do celovitega zagotavljanja kakovosti. Kadar je edini cilj prejem certifikata, uveden sistem kakovosti nima pravega učinka.

3.2 Prenova poslovnih procesov

Uvajanje celovitega obvladovanja kakovosti vodi v uspešnost oziroma k bolj zadovoljnim uporabnikom. Vendar pa ta pristop ne omogoča velikega napredka v konkurenčnosti poslovanja. Kotler (1996, str. 57) navaja, da je za uspešnost poslovanja kakovost nujna, vendar vedno ne zadošča. Konkurenčni bomo šele tedaj, ko se bomo priložnostim in nevarnostim v okolju sposobni prilagajati hitreje in ustrezneje kot naši konkurenti. Za povečevanje konkurenčne prednosti moramo uporabiti druge radikalnejše pristope.

Prenova poslovnih procesov (angl. *Bussiness Process Reengineering – BPR*) predstavlja temeljno spremembo v načrtovanju delovnih procesov. Z njo lahko dosežemo občutne izboljšave pri kakovosti storitev in njihovi ceni. Ta pristop se bistveno razlikuje od drugih. Medtem ko gre pri managementu kakovosti za postopne spremembe v doseganju nenehnega izboljševanja organizacije, gre pri prenovi poslovanja za radikalne posege v

organizacijo. Prenova poslovnih procesov lahko vodi organizacijo v izboljšanje kakovosti procesov in tudi v večjo učinkovitost.

Čeprav so zaradi ohranjanja finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema, povečanih zahtev uporabnikov in konkurence potrebne spremembe v zdravstvenih organizacijah, jih vodstveni in ostali zaposleni večinoma odklanjajo. Vodstvo mora prepoznati nujnost in izbrati pravi čas za uvajanje temeljnih sprememb. Pred začetkom si je potrebno odgovoriti, zakaj, kaj in kako spreminjati. Definirati moramo cilje organizacije in katere radikalne spremembe so potrebne za doseganje zastavljenih ciljev. Prenova poslovnih procesov je primerna metoda za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Sestavlja jo sedem korakov (Bohinc & Gradišar, 2000, str. 953):

1. ocena stanja organizacije in okolja,
2. oblikovanje vizije,
3. načrtovanje sprememb,
4. uvajanje sprememb.
5. testiranje,
6. vrednotenje,
7. ponovno preverjanje.

S preoblikovanjem procesov se poleg samih procesov spremenijo tudi dela in strukture, management in sistemi merjenja dela ter vrednote in prepričanja zaposlenih (Horvat & Kiauta, 2009, str. 41). Uvajanje prenove poslovnih procesov v zdravstvene organizacije zahteva dopolnilno izobraževanje in spreminjanje organizacijske kulture (Bohinc & Gradišar, 2001, str. 623–625).

Zdravstvene organizacije se v največji meri odločajo raje za model celovite kakovosti kot za modele, ki močneje posegajo v organizacijo in utečene poslovne procese. Ti nedvomno posegajo tudi v obstoječo hierarhijo v organizacijah, kar bi še posebej vplivalo na srednji management. Zellmer (2009) opozarja, da so radikalne spremembe potrebne tudi v lekarniški dejavnosti. Farmacevti so še vedno preveč osredotočeni na samo oskrbo z zdravili. To je seveda temeljno poslanstvo farmacevtov, vendar je potrebno iskati nove možnosti v celostnem zagotavljanju zdravstvenega varstva. Organizacijska struktura javnih lekarniških zavodov je razmeroma toga in hierarhično urejena. Spremembe v smeri prenove poslovnih procesov bi bilo trenutno zelo težko izvesti.

3.3 Uvajanje novih storitev v lekarne

Optimiziranje procesov in izboljševanje kakovosti na vseh področjih poslovanja bo pripomoglo k zniževanju stroškov in povečanemu zadovoljstvu uporabnikov. Vendar takšne spremembe glede na omejene vire financiranja iz javnih sredstev in predvidene spremembe v dejavnosti ne bodo dosti vplivale na prihodek lekarn. Lekarne morajo same

proaktivno iskati možnosti razvoja dejavnosti. Ena od teh je lahko razvijanje dodatnih storitev za področje zdravja. Pri uvajanju novih storitev je potrebno raziskati, kakšne so potrebe in pričakovanja ljudi, razviti te storitve in jih na ustrezno predstaviti (O'Malley, 2001, str. 111).

V državah po svetu farmacevti opravljajo različne lekarniške storitve, ki jih lahko razdelimo v štiri skupine (Bernsten et al., 2009, str. 37–39):

1. **Storitve, vezane na izdajo zdravil.** Izdaja zdravil predstavlja temelj dela lekarniškega farmacevta. Vključuje izdajo zdravil, generično substitucijo in ravnanje z odpadnimi zdravili. Te storitve so po vseh državah zakonsko regulirane. Zakonska ureditev na področju zdravil se sicer razlikuje po posameznih državah, povsod pa je to področje relativno strogo regulirano.

2. **Zdravstvene storitve, vezane na uporabo zdravil.** Storitve svetovanja za pravilno uporabo zdravil farmacevti v vseh državah tradicionalno izvajajo kot svojo profesionalno odgovornost v preskrbi z zdravili. V to skupino storitev sodi svetovanje za pravilno uporabo zdravil, prepoznavanje težav, povezanih z zdravili, in pregled terapije z zdravili, ki ga izvajajo v povezavi z diagnozo, laboratorijskimi izvidi in predhodnimi zdravstvenimi težavami.

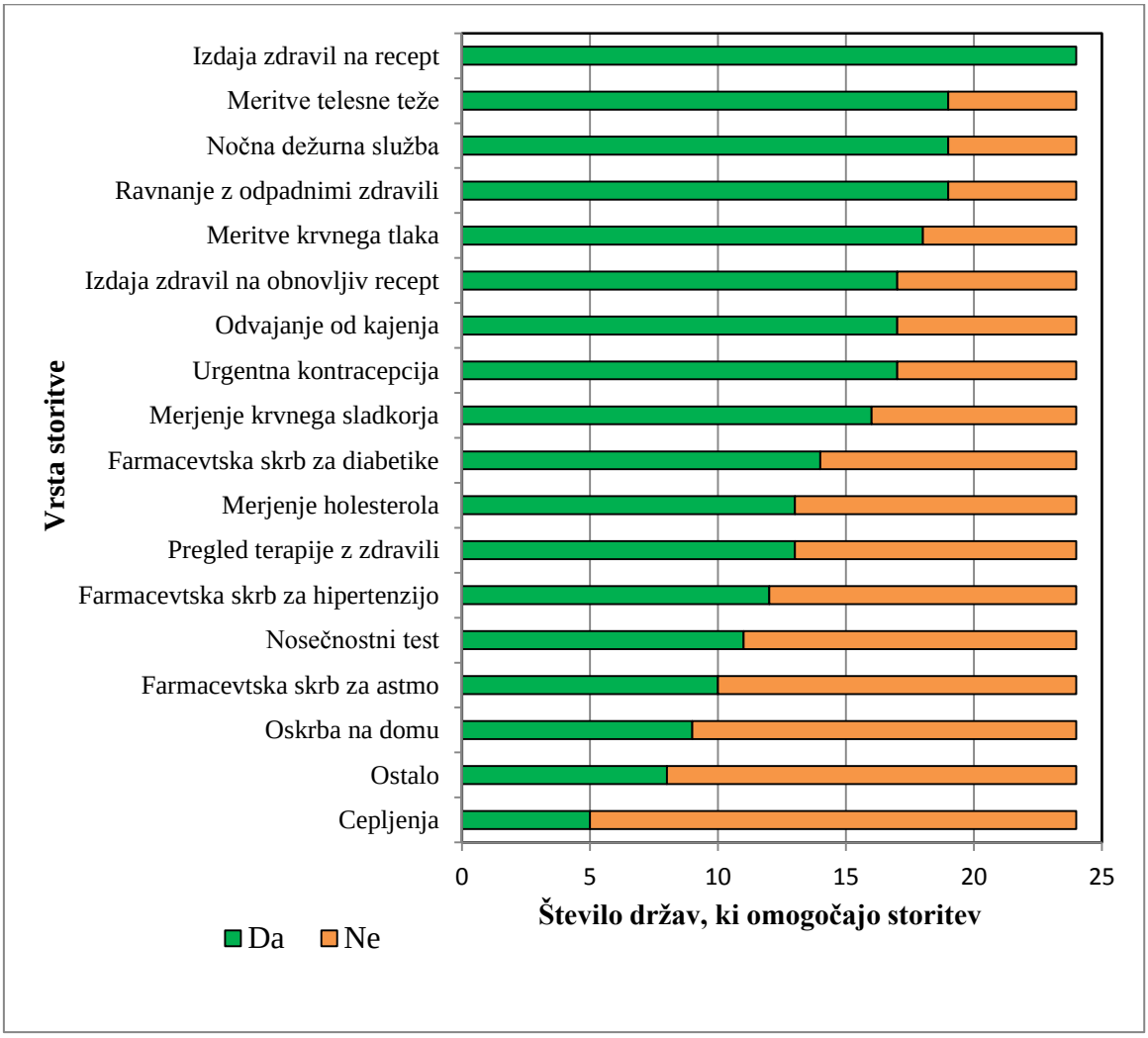
3. **Zdravstvene storitve za paciente z določeno boleznijo.** Pri teh storitvah farmacevti tesno sodelujejo z ostalimi zdravstvenimi izvajalci. Vključujejo preventivo, spremljanje pacientov, svetovanje, pregled terapije pri različnih boleznih, kot so diabetes, kardiovaskularne, pljučne in ledvične bolezni, nosečnost, paliativno oskrbo, kajenje, debelost. Vključenost lekarn v te storitve je po državah zelo različna razvita. Da bi plačniki teh storitev prepoznali dodatno vrednost vključevanja farmacevtov v te procese, je potrebno prikazati doprinos h kvaliteti življenja pacientov in ne nazadnje finančno ekonomski učinek.

   Na Finskem so lekarniški farmacevti aktivno vključeni v nacionalne programe zdravljenja astme, sladkorne bolezni in srčnih bolezni. V Nemčiji uspešno deluje sistem imenovan *Family Contract*, ki je namenjen pacientom z astmo. Tudi v Združenih državah Amerike je ta skupina storitev zelo razvita. Sistemi plačila teh storitev se po posameznih državah razlikujejo.

4. **Svetovalne storitve, vezane na določen proizvod oziroma zdravilo.** V to skupino storitev sodijo izobraževanje in svetovanje pacientom ter ostalemu zdravstvenemu osebju. Farmacevti so te storitve vedno smatrali za svoje področje. Med zdravniki, medicinskimi sestrami in farmacevti velikokrat ni pravega dogovora, komu pripada plačilo za te storitve. V državah EU opravljajo lekarniški farmacevti številne

zdravstvene storitve, ki niso neposredno povezane z izdajo zdravil na recept. Pregled storitev, ki jih opravljajo, je razviden iz Slike 9.

Slika 9: Pregled storitev lekarn v državah EU



Vir: PGEU, Services provided by pharmacies, 2009.

3.3.1 Storitve v slovenskih lekarnah

Farmacevti v slovenskih lekarnah smo v skladu s svojim poslanstvom vsa leta veliko skrb posvečali razvoju stroke. Vsa izobraževanja in strokovna izpopolnjevanja so bila še do nedavnega usmerjena bolj v kakovost storitev, povezanih z osnovno dejavnostjo, to je s preskrbo z zdravili in svetovanjem za pravilno in varno uporabo zdravil. V svetovanju pri izdaji zdravil in svetovanju pri samozdravljenju smo dosegli visoko strokovno raven in jo tudi ohranjamo. V zadnjem obdobju se je vloga farmacevta v sistemu zagotavljanja zdravstvenega varstva razširila. Vse pomembnejši je njegov pomen v promociji in krepitvi zdravja, preprečevanju dejavnikov tveganja in zgodnjem odkrivanju bolezni. V

nadaljevanju sem se opredelila na storitve, ki niso neposredno vezane na storitve, opredeljene v pogodbi z zdravstvenimi zavarovalnicami.

Farmacevtska skrb. Splošna farmacevtska skrb se izvaja vsakodnevno v lekarni ne glede na to, katero bolezen oziroma zdravila ima pacient. Programi farmacevtske skrbi pa so namenjeni različnim skupinam bolnikov, ki imajo običajno neko kronično bolezen. Farmacevtska skrb je po definiciji odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za dosego pozitivnih končnih izidov, katerih namen je optimizirati bolnikovo kakovost življenja, povezano z zdravjem (Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti). Zahteva farmacevtovo sodelovanje z bolnikom in drugimi zdravstvenimi delavci pri preprečevanju bolezni, ocenjevanju, spremljanju in prilagajanju uporabe zdravil na ravni varne in učinkovite uporabe. Cilj je optimizirati kakovost življenja in doseči pozitiven klinični učinek z realnimi ekonomskimi stroški (Bavčar, 2012, str. 2).

V Sloveniji smo začeli uvajati farmacevtsko skrb v lekarnah na osnovi projektov EuroPharm Foruma (angl. *The European Forum of Pharmaceutical Associations and WHO*, v nadaljevanju EuroPharm Forum) konec devetdesetih let. V slovenski zakonodaji je bila prvič opredeljena leta 2006. Težave, povezane z zdravili, se uvrščajo po vsem svetu med najdražje zdravstvene težave. Po podatkih Združenih držav Amerike naj bi bili stroški, povezani s temi težavami, celo večji kot stroški samih zdravil. Najpogostejše težave z zdravili so: nezdravljene indikacije, pomanjkljiva učinkovitost zdravila, napačna izdaja zdravila ali oblike zdravila, neuspešna ali napačna aplikacija zdravila, nepotrebna terapija z zdravilom, predoziranje, prenizko odmerjanje, neželeni učinki zdravil, interakcije med zdravili in z navodili neskladno jemanje (Bavčar, 2012, str. 3). Demografske spremembe v smeri povečevanja deleža starejše populacije bodo prinesle še več zdravstvenih težav, ki bodo imele tudi velike ekonomske posledice. Farmacevti kot strokovnjaki za področje zdravil lahko veliko prispevamo k zmanjševanju in preprečevanju tega. Tako kot drugje po Evropi smo se tudi slovenski lekarniški farmacevti lotili projekta farmacevtske skrbi kot lekarniške storitve, ki vključuje prepoznavanje, reševanje in preprečevanje težav v zvezi z zdravili (angl. *drug related problems*) in zdravjem. Projekte farmacevtske skrbi koordinira Lekarniška zbornica Slovenije, ki pripravlja po vzoru projektov EuroPharm Foruma strokovno osnovo, organizira vsa izobraževanja in vodi evidence. Kot prva sta bila uvedena projekta farmacevtske skrbi za bolnike s hipertenzijo in sladkorno boleznijo. Kasneje so se začeli projekti farmacevtske skrbi tudi za bolnike z drugimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi in projekt »Vprašaj o svojem zdravilu«.

Odgovorni za politiko zdravstva v EU in tudi drugje se zavedajo pomembnosti vloge farmacevta kot integralnega dela zdravstvenega sistema. Prav farmacevtska skrb je tista, ki lahko pomembno vpliva k zmanjšanju težav z zdravili, vključno z zdravniškimi napakami. Poleg pozitivnega učinka na izide zdravljenja imajo programi farmacevtske skrbi dokazan pozitiven učinek na ekonomsko učinkovitost zdravljenja z zdravili. To je opredeljeno tudi v dokumentih Evropskega sveta (Council of Europe, Committe of ministers, 2001).

Farmacevti v Sloveniji se srečujemo s težavami, saj projekti niso podprti s predpisi, ki urejajo področje zdravstva oziroma lekarniške dejavnosti. Še večjo težavo predstavlja skoraj nerazumljivo odklonilno mnenje zdravniške stroke o umeščenosti magistra farmacije v partnerski odnos pri obvladovanju uporabe zdravil. Prav to je tudi poglaviten vzrok, da plačniki zdravstvenih storitev niso pripravljeni plačati storitev farmacevtske skrbi, čeprav rezultati dokazujejo zmanjšanje stroškov za zdravila. Številne lekarne kljub pravnim, kadrovskim in organizacijskim omejitvam izvajajo storitve farmacevtske skrbi. Dokler zavarovalnice tega ne bodo poravnale v okviru obveznega ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je smiselno te storitve ponuditi kot samoplačniške oziroma v okviru nadstandardnih zavarovanj.

Program odvajanja od kajenja. Obseg težav povezanih s kajenjem tobaka nekoliko upada zaradi preventivnega delovanja in omejevanja kajenja na javnih mestih. Kljub temu kajenje ostaja na prvem mestu med odpravljivimi dejavniki tveganja za boleznimi srca in ožilja, ki so glavni vzrok umrljivosti sodobne civilizacije. Farmacevti imajo lahko pri odpravi odvisnosti od kajenja velik vpliv. V več evropskih državah že dalj časa izvajajo programe za pomoč pri odvajanju kajenja. V nekaterih lekarnah jih uspešno izvajajo že več kot dvajset let. Tudi v Sloveniji že nekaj lekarn izvaja program za pomoč pri odvajanju kajenja tobaka. Ti programi zajemajo možnosti opuščanja kajenja s farmakološkimi sredstvi kot tudi svetovanja za zdrav način življenja. Udeleženci teh delavnic so v relativno visokem odstotku opustili kajenje. Raziskava (Kennedy, Giles, Chang, Small & Edwards, 2002) o uspešnosti programa odvajanja kajenja, ki so jo izvedli v več ameriških lekarnah, je pokazala, da je odvajanje kajenja s pomočjo lekarniškega farmacevta tudi dolgoročno uspešno. V primerjavi z drugi programi sodelujoči tudi po daljšem času niso začeli ponovno kaditi.

Odvisnosti od kajenja se je težko ozdraviti brez strokovne pomoči in podpore, zato smo farmacevti s svojim znanjem lahko uspešna pomoč kadilcem, ki so se odločili za opustitev kajenja. Za večjo uspešnost je v program smiselno vključiti tudi psihologa. Storitev je smiselno uvesti kot samoplačniško storitev.

Program zniževanja prekomerne telesne mase in debelosti. Svetovna zdravstvena organizacija (angl. *World Health Organisation – WHO*) definira debelost kot kronično bolezen. Debelost zmanjšuje kakovost življenja, povečuje obolevanje za številnimi boleznimi in skrajšuje življenjsko dobo. Debelost dobiva v razvitem svetu razsežnost epidemije, zato postaja velik zdravstveni in družbenoekonomski problem.

Programe obravnavanja čezmerne telesne mase in debelosti lekarne uspešno izvajajo že vrsto let. Zelo dobre rezultate dosegajo ti programi na Danskem, kjer ga izvajajo v številnih javnih lekarnah. V nekaterih slovenski lekarnah ti programi že potekajo. Uspešni rezultati kažejo, da je lekarniški farmacevt kompetentna oseba za izvajanje tega programa

in da je lekarna zaradi svoje dostopnosti primerno mesto za preventivne aktivnosti za ohranitev in krepitev zdravja (Cvirn Novak, 2012, str. 90).

Farmakoterapijski pregled. Farmacevt pri pregledu terapije oceni, ali lahko med katerimi zdravili pride do interakcij, ali je katero od predpisanih zdravil kontraindicirano pri določenem bolezenskem stanju pacienta, opozori na podvojeno terapijo ali katero od drugih napak pri predpisu terapije. Na osnovi pregleda farmacevt pripravi načrt zdravljenja z zdravili in lahko tako prepreči marsikatero težavo povezano z zdravili. Če meni, da je potrebna sprememba terapije, o tem obvesti zdravnika. Namen takšne storitve je v prvi vrsti boljši izid zdravljenja z zdravili, hkrati pa prispeva k prihranku pri stroških za zdravila. Pregled se ne nanaša samo na zdravila, predpisana na recept, vključevati mora tudi zdravila brez recepta in ostale izdelke za krepitev in ohranitev zdravja. O jemanju slednjih pacienti tega običajno ne povedo svojemu zdravniku, lahko pa ti izdelki vplivajo na delovanje ostalih zdravil in povečujejo tveganje.

Pregled terapije z zdravili in na njegovi osnovi pripravljen načrt zdravljenja z zdravili sta storitvi, pri katerih je sodelovanje med pacientom, farmacevtom in zdravnikom nujno.

Sodelovanje v domovih za starostnike. V domovih za starostnike za terapijo z zdravili po navodilih zdravnika skrbijo medicinske sestre, ki nimajo veliko znanja o zdravilih. Priznavanje potrebe po vključevanju farmacevta v tim za oskrbo z zdravili so že izrazili vodstva in strokovni delavci domov. S starostjo se pogostost bolezni in hkratno pojavljanje le-teh povečuje. Večina starostnikov ima istočasno predpisano več zdravil, kar vodi v povečan obseg težav, povezanih z njimi. Pogosto se podvajajo terapije, poveča se pogostost interakcij, tako med zdravili kot tudi med prehranskimi dodatki ter zdravilnimi rastlinami (Potočnik Benčič & Urbanc Mokotar, 2008, str. 101). Starostnikom so navodila za jemanje zdravil velikokrat nerazumljiva. V nepravilno jemanje vodijo tudi samoiniciativnost pri doziranju, pešanje spomina in demenca, okvare vida in sluha ter napačno razumevanje zdravnikovih in farmacevtovih navodil. Zdravstveno osebje v domovih presoja, kateri od oskrbovancev je sposoben sam skrbeti za pravilno jemanje zdravil, ostalim pa zdravila po navodilu zdravnika razdeljujejo medicinske sestre. V domovih starostnikov so napake pri zdravljenju z zdravili zelo pogoste in vodijo v poslabšanje zdravja in številne hospitalizacije (Bončina, 2012, str. 140). Zato je vključitev farmacevta v zdravstveni tim smiselna. V projekt svetovanja o pravilnem ravnanju z zdravili je potrebno vključiti zdravstvene delavce, stanovalce doma in njihove svojce. Pri pregledu terapije z zdravili in usklajevanju zdravljenja pa morata sodelovati zdravnik in farmacevt. Poleg svetovanja pri zdravljenju z zdravili farmacevti strokovnemu osebju že marsikje svetujejo o ustreznem shranjevanju zdravil, postopkih za ravnanje z zapadlimi zdravili in vodenju evidenc.

Dostava zdravil na dom. Veliko lekarn že dostavlja zdravila v domove starostnikov, ki jih oskrbujejo. Med uporabniki lekarniških storitev jih je kar nekaj, ki so že izrazili željo po

dostavi zdravil na dom. Predvsem so to starejši in drugi težje mobilni ljudje. V Sloveniji nekaj lekarn že izvaja to storitev in jih v nekaterih primerih uporabnikom tudi zaračunava. Pri vzpostavitvi dostave zdravil na dom je potrebna doslednost pri zagotavljanju ustreznega svetovanja glede uporabe zdravil. Torej kdo in kako bo vročal zdravila. Ta storitev bo nekoliko lažje izvedljiva po uvedbi elektronskega recepta, vsekakor pa to za naše okolje predstavlja bistveno drugačen pristop do uporabnika lekarniških storitev.

Programi svetovanja športnikom. V skrbi za zdravje se povečuje delež prebivalstva, ki se rekreativno ukvarja s športom. V želji po čim boljših rezultatih in preprečevanju poškodb se povečuje povpraševanje po tovrstnih prehranskih dodatkih in medicinsko tehničnih pripomočkih. Kljub temu da so ti na voljo tudi v specializiranih in športnih trgovinah, veliko ljudi prihaja ponje v lekarne. Prav gotovo je to znak zaupanja ljudi v strokovno znanje zaposlenih in kakovost izdelkov v lekarnah. V takšne programe je smiselno vključiti tudi druge strokovnjake.

Poleg svetovanja in prodaje v lekarnah, pa je smiselno za področje športne prehrane predlagati vključitev farmacevta v time, ki skrbijo in načrtujejo prehrano ter rehabilitacijo profesionalnih športnikov v klubih.

Meritve krvnega tlaka, krvnega sladkorja in lipidov v krvi. Farmacevti v lekarnah imamo pomembno vlogo pri opozarjanju na dejavnike tveganja za razvoj bolezni in pri odkrivanju bolezni. Namen meritev krvnega pritiska, merjenje krvnega sladkorja in lipidov v krvi je odkrivanje posameznikov z enim ali več faktorjev tveganja. Takšne meritve mora nujno spremljati svetovanje in po potrebi napotitev k osebnemu zdravniku. Farmacevti imajo nedvomno dovolj znanja za pravilno presojo parametrov in svetovanje.

Spletna lekarna. Spletno lekarništvo je v svetu že zelo razširjeno, zakonska opredeljenost pa se v posameznih državah zelo razlikuje. Obstaja več tipov spletnih lekarn (Ovin, Festić & Šlebinger, 2004, str. 82). Verige lekarn imajo spletno prodajo organizirano na enem naslovu za vse lekarne, samostojne lekarne pa imajo vsaka svojo. Obstajajo tudi organizacije, ki se ukvarjajo samo s spletno prodajo. V evropskih državah je preko spleta dovoljena prodaja zdravil brez recepta, zdravil, ki se izdajajo samo na recept, pa ni dovoljeno prodajati in oglaševati. Namen prepovedi je zaščita potrošnika, saj je pri prodaji preko spleta zelo težko zagotoviti učinkovit nadzor. Možnost nakupa zdravil preko spleta ima svoje prednosti, kot je na primer lahka dostopnost in anonimnost. Če pa nosilec prodaje ni lekarna, prinaša spletna prodaja veliko pasti. Največjo nevarnost predstavljajo ponarejena zdravila.

V Sloveniji je spletno lekarništvo šele na začetku. Spletno prodajo zdravil smejo opravljati le verificirane lekarne, kar omogoča zagotavljanje kakovosti in sledljivosti zdravil in drugih izdelkov za krepitev in varovanje zdravja. Za tovrstno dejavnost se v zadnjem času odločajo predvsem zasebne lekarne in javni lekarniški zavodi, ki izdelujejo svoje izdelke.

3.3.2 Raziskava trga

3.3.2.1 Problematika, namen in cilji raziskave

Spremenjeni pogoji v lekarništvu terjajo proaktivno iskanje alternativnih rešitev, ki bi pripomogle k ekonomski stabilnosti in razvoju javnih lekarn. Razvoj in implementacijo novih storitev narekujejo tudi nove usmeritve sistema zdravstvenega varstva, ki dajejo velik poudarek promociji zdravja in preventivi. Namen raziskave je ugotoviti, kakšno mnenje imajo o novih storitvah uporabniki lekarniških storitev.

Raziskovalne hipoteze, ki jih bomo preverili na osnovi podatkov, pridobljenih z anketo med obiskovalci lekarn:

Hipoteza 2: Uporabniki lekarniških storitev javnega zavoda Lekarna Velenje kažejo pozitiven interes za dodatne storitve s področja zdravja.

Ljudje se vedno bolj zavedajo dejavnikov tveganja za ohranitev zdravja in razvoj bolezni. Njihovo znanje o boleznih in njihovem zdravljenju je z lažjo dostopnostjo do informacij vedno večje. Predvidevamo, da bodo anketirani predloge za izvajanje dodatnih storitev s področja sprejeli z odobravanjem. Zanimalo nas je, katerih storitev si anketirani želijo.

Hipoteza 3: Uporabniki lekarniških storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje so pripravljeni dodatne storitve plačati.

Glede na gospodarsko stanje v državi in po svetu je malo verjetno, da bi dodatne storitve lahko plačali iz javnih sredstev. Zato je smiselno raziskati možnost pokrivanja stroškov za izvajanje dodatnih storitev pri njihovih uporabnikih.

Hipoteza 4: Uporabniki lekarniških storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje menijo, da je farmacevt kompetentna oseba za izvajanje dodatnih storitev s področja zdravja.

Znanje farmacevtov ni omejeno samo na zdravljenje z zdravili. Delo farmacevta zahteva obvladovanje in povezovanje znanj z različnih področij. Prepoznavanje dejavnikov tveganja za razvoj bolezni in preventivno svetovanje, sta področji, za kateri imajo farmacevti ustrezne kompetence. Zanimalo nas je, ali farmacevta tako prepoznava tudi laična javnost.

Hipoteza 5: Uporabniki lekarniških storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje smatrajo lekarno za primerno mesto za izvajanje dodatnih storitev s področja zdravja.

Lekarne so najlažje dostopna zdravstvena dejavnost. V lekarnah je tudi vedno prisoten farmacevt, ki na vprašanja o zdravstvenih težavah lahko svetuje v kateremkoli času. Vse

lekarne imajo prostore za svetovanje, ki so ločeni od ostalih procesov dela. Določene zdravstvene storitve so v sklopu svoje promocije začeli izvajati v različnih trgovskih centrih in podjetjih. Mnenja smo, da morajo zdravstvene storitve opravljati strokovnjaki z ustreznimi znanji v okviru zdravstvenih organizacij. Preveriti želimo, kakšno mnenje imajo o tem obiskovalci lekarn.

Hipoteza 6: Med sociodemografskimi spremenljivkami uporabnikov lekarniških storitev in njihovo pripravljenostjo za plačilo dodatnih storitev obstaja povezava.

Plačilo storitev, ki ni vezano na doplačila zdravil ali nakup zdravil in drugih izdelkov, je za uporabnike lekarniških storitev novost. Pričakujemo, da ga bodo sprejeli z negodovanjem. Zanima nas, ali je pripravljenost za plačilo odvisna od spola, starosti in izobrazbe uporabnikov.

Rezultati raziskave nam bodo v pomoč pri načrtovanju novih aktivnosti v Lekarni Velenje. V uvajanju in pripravljenosti za plačilo dodatnih storitev v lekarnah lahko v literaturi zasledimo več raziskav. Nekatere od njih se nanašajo na storitve svetovanja, ki sicer sodijo v sam proces izdaje zdravil na recept in brez recepta. Za storitve, ki so neposredno vezane na izdajo in pravilno uporabo zdravil, anketiranci menijo, da jih pacienti ne bi smeli doplačevati (Christensen & Holmes, 1996). V nekaterih državah je prodaja zdravil brez recepta mogoča tudi zunaj lekarn. Tam so anketiranci pokazali velik interes za svetovanje ob prodaji zdravil brez recepta. Največ raziskav se nanaša na projekte farmacevtske skrbi. Farmacevtska skrb je prepoznana tako pri ostalih zdravstvenih delavcih kot pacientih kot velik prispevek k učinkovitosti zdravljenja in zmanjšanju težav, povezanih z zdravili. Anketirani so izkazali velik interes za možnost koriščenja in pripravljenost za plačilo teh storitev (Larson, 2000, str. 618–624). V slovenski raziskavi, ki je bila opravljena med laično javnostjo (Babnik, 2011, str. 31), je 22,6 % anketirancev izrazilo pripravljenost za neposredno enkratno plačilo za paket storitev farmacevtske skrbi. 23,6 % bi jih bilo pripravljeno plačati višjo premijo zdravstvenega zavarovanja za paket storitev farmacevtske skrbi. Slovenske lekarne imajo po javnomnenjski raziskavi (Horvat & Kos, 2009, str. 138) dober ugled v zvezi s strokovnostjo, ki jo ljudje tesno povezujejo s prijaznostjo in dostopnostjo, jih pa velikokrat povezujejo z velikimi zaslužki, ki so značilni za farmacevtsko industrijo. Tudi to je pomemben element, ki ga je vredno upoštevati pri vrednotenju in predstavitvi novih storitev. Poleg tega lahko pričakujemo slabe odzive tudi pri uporabnikih, saj je v našem okolju še vedno zakoreninjeno mnenje, da mora biti vse, kar je v zvezi z zdravjem, brezplačno.

3.3.2.2 Metodologija raziskave

Ker nas je zanimalo, kakšna je možnost širitve storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje, smo raziskavo izvedli med 200 naključnimi obiskovalci v lekarnah v Velenju kot potencialnimi uporabniki teh storitev.

Izbor metode anketiranja. Izbrali smo kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer anketiranje z osebnim intervjujem. Za izvedbo raziskave smo izbrali osebno anketiranje, ker omogoča poglobljene informacije in možnost, da anketar anketirance motivira (Dimovski, Penger & Škerlavaj, 2002, str. 19). Kakovost pridobljenih podatkov je zaradi tega večja. Osebni intervju omogoča tudi večjo prilagodljivost in po potrebi daljši čas spraševanja (Bregar, Ograjenšek & Bavdaž, 2005, str. 116).

Vsebinska zasnova vprašalnika. Vprašalnik smo pripravili na osnovi teoretičnih spoznanj, podatkov iz literature in poznavanja problematike, ki izhaja iz osebnih izkušenj. Testirali smo ga s pomočjo 10 naključnih obiskovalcev lekarne različnega spola in starosti. Na koncu intervjuja smo jih prosili za mnenje o razumljivosti vprašalnika. Na njihov predlog smo v vprašalniku opustili storitev farmacevtska skrb, saj vsebine te storitve nihče od anketiranih ni poznal. Raziskava o pripravljenosti za plačevanje paketa farmacevtske skrbi je bila v slovenskem prostoru že opravljena (Babnik, 2011, str. 31). V prvotnem anketnem vprašalniku smo povpraševali tudi po dohodku anketirancev. Anketirani so ob tem vprašanju izrazili nelagodje. Zaradi občutljivosti podatka smo to vprašanje izpustili. Ta podatek nima velikega pomena za cilj raziskave.

V vprašalniku smo uporabili vprašanja zaprtega in polzaprtega tipa. V prvem delu se vprašanja nanašajo na vrsto želenih dodatnih storitev, v drugem na pripravljenost za plačilo storitev. V tretjem delu sprašujemo anketirance, ali menijo, da so lekarniški farmacevti kompetentni za opravljanje teh storitev in ali so lekarne primerno mesto za izvajanje te dejavnosti. Četrti del vprašalnika se nanaša na splošne podatke o anketirancu kot so starost, spol in stopnja dokončane izobrazbe. Te podatke smo potrebovali za predstavitev vzorca anketiranih ter za potrditev domneve, da je pripravljenost za plačevanje storitev povezana s sociodemografskimi značilnostmi. Anketni vprašalnik je podan v Prilogi 1.

Zbiranje podatkov. Raziskava je potekala od 10. do 20. marca 2012 v obliki osebnega intervjuja s prestrezanjem naključnih obiskovalcev lekarn v Velenju. Anketiranje smo izvedli v različnih urah dneva z namenom zagotoviti naključno možnost izbora v vzorec. Anketirancem smo jasno povedali, kakšen je namen raziskave.

Analiza podatkov. Podatki so bili vneseni v program SPSS 17.0 (angl. *Statistic Package for the Social Sciences*) in analizirani s pomočjo metod deskriptivne statistike. Z univariantno analizo smo pregledali rezultate vsakega vprašanja posebej in opazovali frekvenčne porazdelitve, z bivariantno analizo pa smo preverili vpliv sociodemografskih značilnosti na podane mnenjske odgovore. Za preverjanje domneve o povezanosti spremenljivk smo uporabili hi-kvadrat test.

Omejitve raziskave. Pomanjkljivost raziskave je bila v majhnem vzorcu anketirancev. Rezultatov ne moremo aplicirati na celotno populacijo. Raziskava bi imela nedvomno večjo težo, če bi jo dopolnili s storitvami s področja farmacevtske skrbi. Podatek o

pripravljenosti za plačilo in dejanskem plačilu težko z gotovostjo povežemo. Zanimiva bi bila povezava med premoženjskim stanjem ljudi in njihovo pripravljenostjo za plačilo dodatnih storitev. Za podatek o premoženjskem stanju se nismo odločili zaradi preobčutljivosti podatka.

3.3.2.3 Rezultati raziskave

1. **Opis vzorca.** Iz podatkov v Tabeli 1 je razvidna struktura anketirancev po spolu, starosti in doseženi izobrazbi.

Tabela 1: Struktura anketirancev

		Število	**Delež v %**
Spol	moški	96	48,0
	ženske	104	52,0
Starost	do 30 let	47	23,5
	30 do 45 let	58	29,0
	45 do 60 let	65	32,5
	60 let in več	30	15,0
Izobrazba	poklicna šola ali manj	41	20,5
	srednja šola	83	41,5
	višja ali visoka šola	41	20,5
	univerzitetna ali več	35	17,5
Vsi		200	100,0

Skupno število anketiranih je 200. Med njimi je bilo nekoliko več žensk (52 %) kot moških, kar je približno enako razmerje kot v celotni slovenski populaciji. Največ anketiranih je starih med 45 in 60 let. Najmlajši anketiranec ima 19 let, najstarejši 85 let. Povprečna starost anketiranih je 44 let. Glede na stopnjo dokončane izobrazbe smo anketirane razdelili v štiri skupine. Največ anketiranih ima končano srednjo šolo.

2. **Odgovori na vprašanje, katere dodatne storitve želijo anketirani v lekarnah.**

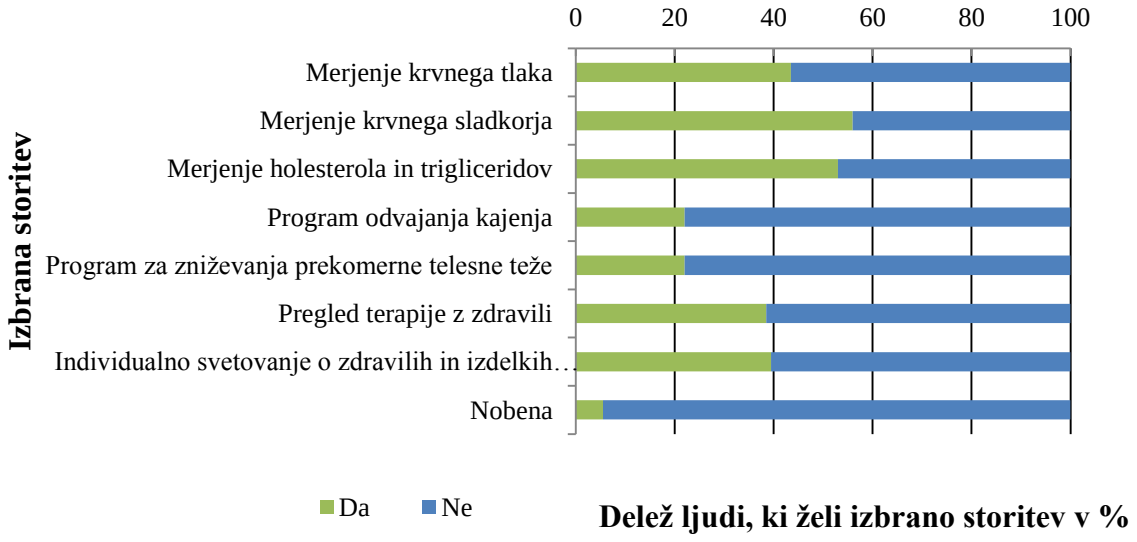
Tabela 2: Izbrane dodatne storitve, ki jih želijo v lekarnah

Vrsta storitve	**Da** (n)	**Da** v %	**Ne** (n)	**Ne** v %	**Skupaj** (n)
Merjenje krvnega tlaka	87	43,5	113	56,5	200
Merjenje krvnega sladkorja	112	56,0	88	44,0	200
Merjenje holesterola in trigliceridov	106	53,0	94	47,0	200
Program odvajanja kajenja	44	22,0	156	78,0	200
Program za zniževanja prekomerne telesne teže	44	22,0	156	78,0	200
Pregled terapije z zdravili	77	38,5	123	61,5	200
Individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja	79	39,5	121	60,5	200
Nobena	11	5,5	189	94,5	200

Legenda:
DA: To storitev bi želeli v lekarnah.
NE: Te storitve niso izbrali kot želeno dodatno storitev v lekarnah.
n: število odgovorov

Na polzaprto vprašanje, v katerem so imeli možnost navesti druge storitve, ni nihče odgovoril ničesar drugega razen vnaprej ponujenih odgovorov. Anketiranci so izbrali povprečno 2,75 dodatne storitve, ki bi si jih želeli v lekarnah, večina pa je izbrala 2 odgovora. 5,5 % anketiranih ne želi nobene dodatne storitve v lekarnah. Največ anketirancev je za želeno storitev izbralo meritve holesterola in trigliceridov, krvnega sladkorja ter krvnega tlaka, najmanj pa program zniževanja prekomerne telesne teže in program odvajanja od kajenja. V Sliki 10 je grafični prikaz izbranih dodatnih storitev.

Slika 10: Izbrane dodatne storitve, ki jih želijo v lekarnah



3. **Odgovori na vprašanje, ali bi bili za katero od dodatnih storitev plačati.** Vprašanje o pripravljenosti za plačilo je bilo oblikovano dihotomno, možna je bila samo pritrditev ali zanikanje.

   Pritrdilno je odgovorilo 128 anketirancev (65,5 %).

4. **Odgovori na vprašanje, za katere storitve bi bili pripravljeni plačati.** Odgovarjali so samo tisti anketiranci, ki so izrazili pripravljenost za plačilo. Možnih je bilo več odgovorov. V Tabeli 3 so odgovori preračunani na celoten vzorec in posebej na tisti del anketirancev, ki so se opredelili, da želijo to storitev.

Tabela 3: Pripravljenost za plačilo storitev

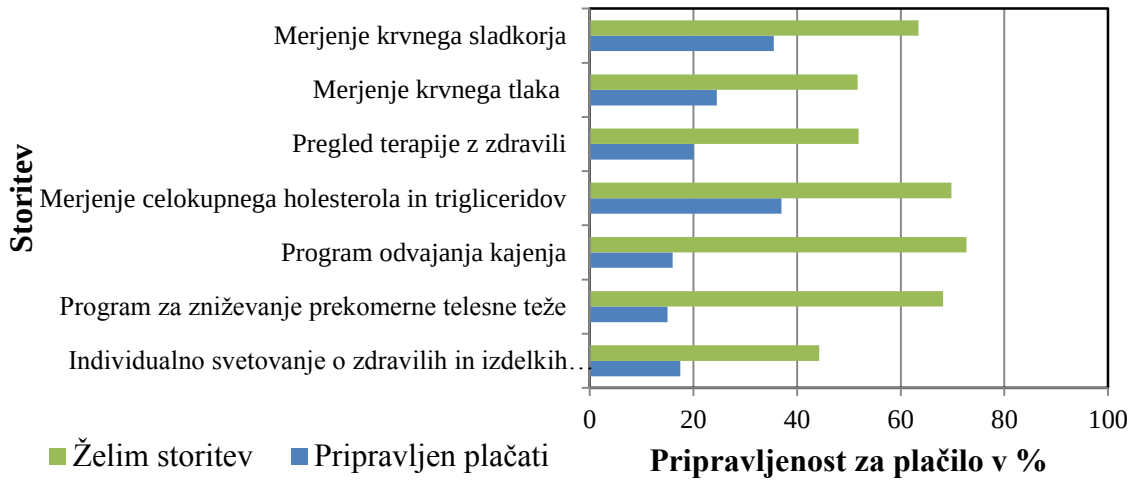
		A	**B**				
Storitev	**Želim to storitev** (n)	**Da** v %	**Da** (n)	**Da** v %	**Ne** (n)	**Ne** v %	**Skupaj** (n)
Merjenje krvnega tlaka	87	51,7	45	24,5	151	75,5	200
Merjenje krvnega sladkorja	112	63,4	71	35,5	129	64,5	200
Merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov	106	69,8	74	37,0	126	63,0	200
Program odvajanja kajenja	44	72,7	32	16,0	168	84,0	200
Program za zniževanje prekomerne telesne teže	44	68,2	30	15,0	170	85,0	200
Pregled terapije z zdravili	77	51,9	40	20,0	160	80,0	200
Individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja	79	44,3	35	17,5	165	82,5	200

Legenda:
Stolpec A: Podatki se nanašajo na tiste anketirance, ki so se opredelili, da želijo to storitev.
Stolpec B: Podatki so preračunani na celoten vzorec.
DA: Storitev sem pripravljen plačati.
NE: Storitve nisem pripravljen plačati.
n: število odgovorov

Anketirani so imeli možnost navesti tudi druge storitve, vendar je ni nihče navedel. V celotnem vzorcu beležimo največjo pripravljenost za plačilo meritve celokupnega

holesterola in trigliceridov, krvnega sladkorja in krvnega tlaka. Na Sliki 11 je grafični prikaz pripravljenosti za plačilo dodatnih storitev.

Slika 11: Pripravljenost za plačilo storitev



Iz Tabele 4 je razvidno, kolikšno število dodatnih storitev bi bili anketiranci pripravljeni plačati.

Tabela 4: Število dodatnih storitev, ki bi jih bili pripravljeni plačati

Število storitev (n)	**Število ljudi, ki bi plačali takšno število storitev (n)**	**Delež ljudi, ki bi plačali takšno število storitev v %**
0	75	37,5
1	31	15,5
2	39	19,5
3	26	13,0
4	17	8,5
5	2	1,0
6	4	2,0
7	6	3,0
Skupaj	200	100,0

Veljavni odgovori (n)	200
Manjkajoči odgovori (n)	0
Povprečje	1,66
Standardni odklon	1,784
Varianca	3,182
Minimum	0
Maksimum	7

Glede na celoten vzorec so bili anketiranci pripravljeni plačati 1,66 dodatnih storitev. Pričakovano so izražene močne korelacije med željo po dodatni storitvi in pripravljenostjo

za plačilo te storitve. Najmočneje je izražena pri programih za odvajanje kajenja in zmanjševanja prekomerne telesne teže ter meritvah celokupnega holesterola in trigliceridov. Tabela z izračunanimi koeficienti korelacije med želenimi storitvami in pripravljenostjo za plačilo je v Prilogi 3.

5. **Najvišji znesek, ki bi ga bili pripravljeni plačat za določeno storitev.** V Tabeli 5 so prikazani podatki o deležu anketiranih ljudi glede na višino zneskov, ki so jih pripravljeni plačati za določeno storitev. Deleži so preračunani na celoten vzorec.

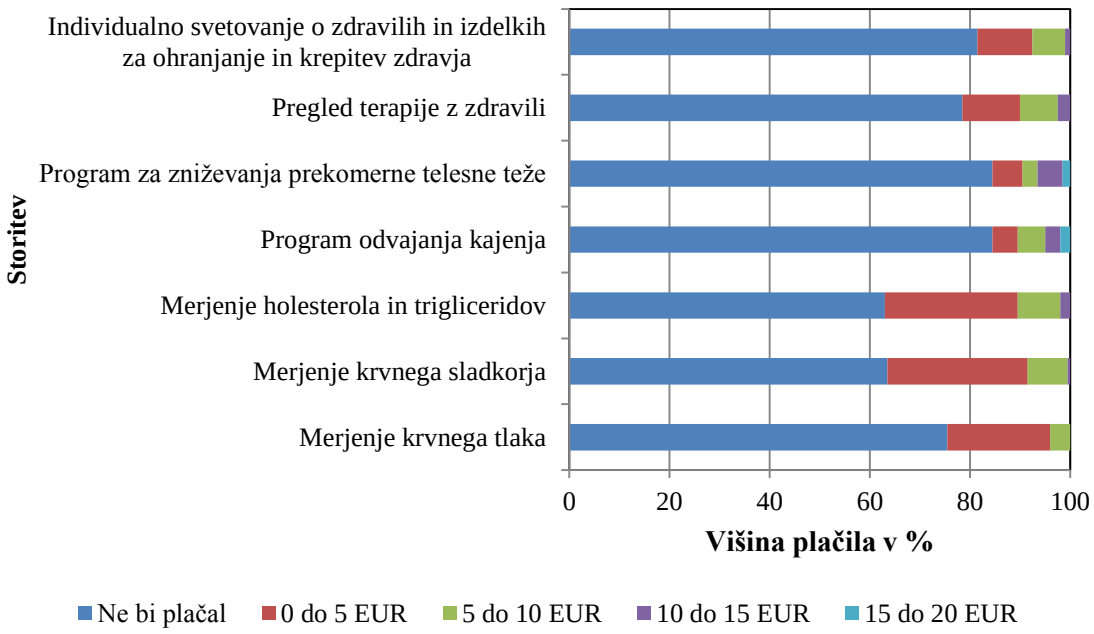
Tabela 5 : Delež ljudi glede na višino zneska, ki bi ga bili pripravljeni plačati

Vrsta storitve	**Ne bi plačal** v %	**0 do 5 EUR** v %	**5 do 10 EUR** v %	**10 do 15 EUR** v %	**15 do 20 EUR** v %
Merjenje krvnega tlaka	75,5	20,5	4,0	0,0	0,0
Merjenje krvnega sladkorja	63,5	28,0	8,0	0,5	0,0
Merjenje holesterola in trigliceridov	63,0	26,5	8,5	2,0	0,0
Program odvajanja kajenja	84,5	5,0	5,5	3,0	2,0
Program za zniževanja prekomerne telesne teže	84,5	6,0	3,0	5,0	1,5
Pregled terapije z zdravili	78,5	11,5	7,5	2,5	0,0
Individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja	81,5	11,0	6,5	1,0	0,0

Nihče ni naštel nobene druge dodatne storitve niti drugačnega odgovora glede zneska, ki bi ga bil pripravljen plačati. Vsi so izbrali najmanj enega od ponujenih odgovorov. Večina je izbrala najnižji ponujen znesek, to je do 5 evrov (v nadaljevanju EUR). Za znesek od 15 do 20 EUR se je odločilo nekaj anketirancev za storitvi program za zniževanje prekomerne telesne teže in program odvajanja kajenja. Za storitvi pregled terapije z zdravili in individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za krepitev zdravja je pripravljeno plačati le nekaj anketirancev, saj ju smatrajo kot del rednega dela lekarniških farmacevtov.

Na Sliki 12 je grafični prikaz deležev ljudi glede na višino zneska, ki bi ga bili pripravljeni plačati za posamezne storitve.

Slika 12: Višina zneska, ki bi ga bili pripravljeni plačati



6. **Mnenja o kompetentnosti farmacevtov za izvajanje dodatnih storitev v lekarnah.** Iz podatkov v Tabeli 6 je razvidno, da 83,5 % anketiranih meni, da so farmacevti kompetentni za izvajanje navedenih dodatnih storitev.

Tabela 6: Odgovori na vprašanje, ali so farmacevti kompetentni za izvajanje teh dodatnih storitev

Da		**Ne**		**Ne poznam**		**Skupaj**
(n)	v %	(n)	v %	(n)	v %	(n)
176	83,5	17	8,5	16	8,0	200

Anketirance smo zaprosili tudi za komentar. 178 ni imelo komentarja, ostale komentarje lahko združimo v naslednje:

- farmacevti so usposobljeni, vendar so preobremenjeni,
- so usposobljeni, vendar te storitve lahko izvaja kdorkoli,
- takšne storitve lahko izvaja samo zdravnik,
- meritve lahko izvajajo medicinske sestre.

7. **Mnenja o primernosti lekarn za izvajanje teh storitev.** Iz podatkov v Tabeli 7 je razvidno, da 87 % anketiranih meni, da so lekarne primerne za izvajanje opredeljenih storitev.

Tabela 7: Odgovori na vprašanje ali so lekarne primerne za izvajanje teh storitev

Da		**Ne**		**Ne poznam**		**Skupaj**
(n)	v %	(n)	v %	(n)	v %	(n)
174	87,0	16	8,0	10	5,0	200

170 anketiranih ni podalo komentarja na to vprašanje. V vseh komentarjih so anketiranci izpostavili, da mora lekarna za izvajanje teh storitev zagotoviti ustrezen prostor.

3.3.2.4 Preverjanje hipotez empiričnega dela

Na osnovi podatkov pridobljenih z anketo med obiskovalci lekarn preverjamo naslednje raziskovalne hipoteze:

Hipoteza 2: Uporabniki lekarniških storitev javnega zavoda Lekarna Velenje kažejo pozitiven interes za dodatne storitve s področja zdravja.

Število izbranih dodatnih storitev smo združili v seštevek, ki ima vrednosti od 0 (nobenih dodatnih storitev) do 7 (vse naštete storitve). Rezultati so razvidni v Tabeli 8.

Tabela 8: Število izbranih storitev

Število storitev	**n**	**%**
0	11	5,5
1	28	14,0
2	61	30,5
3	47	23,5
4	30	15,0
5	8	4,0
6	7	3,5
7	8	4,0
Skupaj	200	100,0

Veljavni odgovori (n)	200
Manjkajoči odgovori (n)	0
Povprečje	2,75
Modus	2
Standardni odklon	1,604
Varianca	2,573

Na odprto vprašanje »drugo« ni bilo nobenega odgovora. Le 5,5 % anketiranih je odgovorilo, da si ne želi nobenih dodatnih storitev v lekarnah, kar nakazuje pozitiven interes po dodatnih storitvah. Postavljeno hipotezo dodatno potrdi dejstvo, da si kar 69 % anketiranih želi 2 do 4 dodatne storitve. 4 % anketirancev si želi vse od naštetih dodatnih storitev.

Hipoteza 3: Uporabniki lekarniških storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje so pripravljeni dodatne storitve plačati.

Hipotezo smo preverjali z vprašanjem: »Ali bi bili za katero od dodatnih storitev pripravljeni plačati?«. Na vprašanje je pritrdilno odgovorilo 65,5 % vseh anketirancev, zato lahko postavljeno hipotezo potrdimo.

Hipoteza 4: Uporabniki lekarniških storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje menijo, da je farmacevt kompetentna oseba za izvajanje dodatnih storitev s področja zdravja.

Hipotezo smo preverjali z vprašanjem: »Ali menite, da so farmacevti kompetentni (usposobljeni) za izvajanje teh storitev?«. 83,3 % anketirancev je izrazilo prepričanje, da so lekarniški farmacevti kompetentni za izvajanje dodatnih storitev s področja zdravja, kar nam potrjuje postavljeno hipotezo.

Hipoteza 5: Uporabniki lekarniških storitev v javnem zavodu Lekarna Velenje smatrajo, da je lekarna primerno mesto za izvajanje dodatnih storitev s področja zdravja.

Hipotezo smo preverjali z vprašanjem: »Ali so lekarne primerno mesto za izvajanje teh storitev?«. Hipotezo lahko sprejmemo, saj je kar 87 % anketirancev odgovorilo pritrdilno.

Hipoteza 6: Med sociodemografskimi spremenljivkami uporabnikov lekarniških storitev in njihovo pripravljenostjo za plačilo dodatnih storitev obstaja povezava.

Merili smo naslednje sociodemografske spremenljivke: spol, starost in stopnja dokončane izobrazbe. Za preverjanje hipoteze o povezanosti spola, starosti in stopnje dokončane izobrazbe s pripravljenostjo za plačilo smo uporabili hi-kvadrat test. S Pearsonovim koeficientom in stopnjo značilnosti (signifikanco) določamo povezanost med spremenljivkami.

Ničelna hipoteza H_0: Med sociodemografskimi značilnostmi uporabnikov lekarniških storitev in njihovo pripravljenostjo za plačilo dodatnih storitev ni povezave.

Tabela 9: Hi-kvadrat test med spremenljivkama spol in pripravljenost za plačilo

	Vrednost	**Prostostne stopnje**	**Signifikanca**
Hi-kvadrat	0,518	1	0,472

Tabela 10: Hi-kvadrat test med spremenljivkama starost in pripravljenost za plačilo

	Vrednost	**Prostostne stopnje**	**Signifikanca**
Hi-kvadrat	6,382	3	0,094

Tabela 11: Hi-kvadrat test med spremenljivkama stopnja izobrazbe in pripravljenost za plačilo

	Vrednost	**Prostostne stopnje**	**Signifikanca**
Hi-kvadrat	1,372	3	0,712

Na osnovi podatkov v Tabelah 5, 6 in 7 pri 5 % stopnji tveganja ($\alpha \leq 0{,}05$) ničelne hipoteze ne moremo zavrniti. Hipotezo, da so spol, starost in stopnja dokončane izobrazbe povezani s pripravljenostjo za plačilo dodatnih storitev, zavrnemo.

3.3.3 Ovire pri uvajanju novih storitev

Lekarniški farmacevti v večini držav iščejo možnosti širitve storitev v lekarnah. Pri širitvi, uvajanju in ohranitvi teh storitev se srečujejo s podobnimi težavami. V Kanadi izvajajo projekt farmacevtske skrbi v veliko lekarnah. Za glavno oviro pri širitvi in ohranjanju teh storitev navajajo predvsem v plačilu opravljenih storitev (Jones, Mac Kinnon & Tsuyoki, 2005). V raziskavi (Gastelurrutia, Fernández Llimos, Benrimoj, Castrillon & Faus, 2007), ki je bila opravljena v španskih lekarnah so farmacevti navedli naslednje ovire: slabo plačane lekarniške storitve, pomanjkanje znanj iz klinične farmacije, nepripravljenost lekarniških farmacevtov za spremembe, ni usmeritev od strokovnih združenj in zdravstvene politike, pomanjkanje povpraševanja pri bolnikih. Poleg tega ne vidijo ciljev vključevanja novih storitev. Na Portugalskem, kjer imajo lekarne pri uvajanju dodatnih storitev veliko oporo v svoji zbornici, so storitve implementirane postopoma ena za drugo, glede na potrebe zavarovalnic, pacientov, političnih odločevalcev in lastne motivacije. V pogajanjih z vlado so dosegle delno povrnitev stroškov za vsakega pacienta v projektu farmacevtske skrbi za diabetes. S tem, ko je vlada pristala na delno povrnitev stroškov, je priznala pomembno vlogo farmacevta pri izboljšanju zdravstvenega stanja pacientov. Število lekarn, ki so pristopile k izvajanju projektov farmacevtske skrbi, je pričelo naraščati, vendar ne tako hitro kot so pričakovali. Naleteli so na ovire, od katerih je bila ena pomembnejših odklonilen odnos zdravnikov do teh projektov (Paulino, 2008, str. 5). Raisch (1993) izpostavlja, da so pomembne ovire preobremenjenost farmacevtov, pomanjkanje ustreznih prostorov za izvajanje dodatnih storitev in negativen odnos zdravnikov do priporočil lekarniških farmacevtov. V vseh raziskavah anketirani za najpomembnejšo oviro izpostavljajo neplačevanje teh storitev.

Faktorji, ki vplivajo na to, da lekarne teh storitev nimajo plačanih (Bernsten et al., 2009, str. 40), so:

- pomanjkanje zavedanja o pomenu pravilne uporabe zdravil v družbi in med plačniki zdravstvenih storitev,
- premajhna aktivnost poslovnih združenj lekarn v prizadevanjih za boljše vrednotenje lekarniških storitev,
- premalo strateških usmeritev razvoja pri poslovnih združenjih lekarn,
- premalo sodelovanja med lekarniškimi in zdravniškimi združenji,
- farmacevti sebe še vedno vidijo bolj kot vročevalce zdravil in ne tiste, ki lahko s svojim znanjem veliko prispevajo k učinkovitejšemu zdravstvenem sistemu in kvaliteti življenja.

Poleg tega imajo na razvoj zdravstvene dejavnosti in s tem tudi lekarniške dejavnosti zelo močan vpliv tudi zdravniki. Njihov vpliv na možnost plačevanja teh storitev je lahko še toliko bolj negativen zaradi potencialne spremembe v strukturi plačevanja vseh zdravstvenih storitev. Če bo šla pot razvoja lekarniške dejavnosti v smeri komercializacije, lahko pričakujemo, da bodo zavarovalnice še manj pripravljene plačevati dodatne storitve.

3.3.3.1 Ovire pri uvajanju novih storitev v slovenskih lekarnah

K lastni raziskavi smo pristopili po preučitvi objavljenih virov v zvezi z ovirami pri uvajanju dodatnih storitev v lekarnah. Raziskavo smo izvedli med vodstvi javnih lekarniških zavodov in zasebniki koncesionarji. Njen namen je ugotovitev stanja na področju kognitivnih storitev, ki niso neposredno vezane na informiranje in svetovanje ob izdaji zdravil. Vprašalnik smo naslovili na vodstva zavodov oziroma lastnike zasebnih lekarn. Za anketiranje vodstvenih delavcev smo se odločili, ker je prav vodstvo tisto, ki odloča o vsebini programa dela lekarne.

Izbor metode. Izvedli smo kvalitativno raziskavo na osnovi polstrukturiranega intervjuja. V nadaljevanju smo opravili opisno analizo.

Vsebinska zasnova vprašalnika. Prvi del vprašalnika se je nanašal na nabor storitev v lekarnah, v drugem delu smo povpraševali po zaračunavanju teh storitev, v tretjem pa o ovirah pri uvajanju, širjenju in ohranjanju izvajanja teh storitev. Vprašanja so bila polodprtega, zaprtega in odprtega tipa. Vprašalnik se nahaja v Prilogi 2.

Zbiranje podatkov. Povabilo k izpolnitvi vprašalnika smo 10. aprila 2011 poslali po elektronski pošti vsem direktorjem javnih lekarniških zavodov in vsem zasebnikom koncesionarjem. V dopisu smo predstavili namen vprašalnika. Zaradi slabe odzivnosti smo po dveh tednih poslali opomnik. Zbiranje vprašalnikov smo zaključili 10. maja 2011.

Omejitve raziskave. Anketni vprašalnik smo naslovili na vodstva javnih lekarniških zavodov, ki vključujejo večje število lekarn. Odgovori se nanašajo na celoten zavod in ne na posamezne lekarne. Storitve, ki so bile navedene, se morda izvajajo samo v posameznih

lekarnah znotraj zavoda. Iz podatkov ne bomo mogli sklepati na razširjenost posameznih storitev.

Odgovarjali so samo vodstveni delavci, zato so ovire, ki so jih navedli takšne kot jih vidi vodstvo lekarn. Z anketo ne bomo dobili odgovora, kakšno mnenje imajo ostali zaposleni. Na osnovi ankete ne bomo dobili mnenja vodstev, ali razvoj dejavnosti z izvajanjem dodatnih storitev smatrajo za pravilno usmeritev. Rezultati ankete (Bavčar, 2011), ki je bila opravljena med slovenskimi lekarniškimi farmacevti, kažejo, da farmacevti odobravajo izvajanje dodatnih storitev z zdravstvenega področja.

Ugotovitve raziskave. V raziskavi je sodelovalo 22 direktorjev oziroma predstavnikov vodstva javnih lekarniških zavodov ter 12 zasebnih lekarnarjev. Javni zavodi in zasebne lekarne, ki so sodelovali v raziskavi, poslujejo v okviru 179 lekarn in lekarniških podružnic. To predstavlja 56,8 % vseh javnih lekarn v Sloveniji.

1. Vrste storitev, ki jih izvajajo v slovenskih lekarnah:

   - farmacevtska skrb pri hipertenziji,
   - farmacevtska skrb pri diabetesu,
   - farmacevtska skrb za paciente s kroničnim venskim popuščanjem,
   - farmakoterapijski pregled,
   - program zniževanja prekomerne telesne mase,
   - program odvajanja od kajenja,
   - meritve krvnega sladkorja,
   - meritve holesterola in trigliceridov,
   - meritve telesne teže,
   - meritve krvnega tlaka.

   Večina anketiranih je v odgovorih navedla, da opredeljenih storitev ne izvajajo redno in le v nekaterih lekarnah. V več lekarnah izvajajo projekte farmacevtske skrbi vendar ne po predpisanem protokolu, saj ne vodijo več dokumentacije o pacientih. Vse lekarne, ki so odgovorile na vprašalnik, izvajajo vsaj eno od kognitivnih storitev, ki ni neposredno vezana na informiranje in svetovanje ob izdaji zdravil.

2. Zaračunavanje za opravljene storitve

   Na vprašanje, ali za dodatne storitve pacientom zaračunavajo, je pet lekarn odgovorilo pritrdilno. Storitve, ki jih plačujejo pacienti, so meritve krvnega tlaka, telesne teže, krvnega sladkorja in holesterola. Nekatere lekarne predvidevajo, da pacienti niso pripravljeni plačati dodatnih storitev. V enem primeru je bila izražena bojazen, da bi pri uporabnikih izgubili zaupanje, če bi katero od teh storitev ponudili za plačilo.

3. Ovire za izvajanje dodatnih storitev:

- preobremenjenost farmacevtov z rednim delom,
- dodatne storitve niso plačane,
- ni pripravljenih standardov in normativov,
- nezainteresiranost farmacevtov,
- ni pripravljenih protokolov in smernic,
- neustrezni prostori za izvajanje teh storitev,
- ni ustreznih usposabljanj,
- majhne možnosti za spodbude zaposlenih.

Preobremenjenost farmacevt z rednim delom je izpostavilo 94,1 % lekarn, neplačilo za dodatne storitve 61,8 %, pomanjkanje protokolov ter smernic 29,4 % lekarn. Na ostale ovire je opozorilo le nekaj lekarn.

Zaključek raziskave. V večini slovenskih lekarn izvajajo katero od dodatnih storitev s področja zdravja, ki ni neposredno vezana na samo izdajo zdravil. Nabor dodatnih storitev je primerljiv s tistimi, ki jih izvajajo lekarne v drugih državah. Izvajajo jih občasno in samo v nekaterih lekarnah. Le nekaj lekarn strankam te meritve tudi zaračunava. Za temeljno oviro so anketirane lekarne izpostavile preobremenjenost lekarniških farmacevtov z rednim delom. Obremenjenost farmacevtov v slovenskih lekarnah je na samem vrhu v evropskem prostoru in je celo dvakrat višja od povprečja v državah članicah EU. Večina anketiranih ne vidi možnosti, da bi lahko zaposlene še dodatno obremenili. Z dodatno obremenitvijo bi lahko prišlo do zmanjšanja kakovosti storitev, ki izhajajo iz pristojnosti in odgovornosti lekarniškega farmacevta. Možnost širitve izvajanja dodatnih storitev vidijo s pridobitvijo novih virov financiranja. Izpostavile so tudi vlogo Lekarniške zbornice Slovenije, od katere pričakujejo bolj aktiven pristop pri razvoju dejavnosti.

3.3.4 Spremembe v organiziranju kot posledica uvajanja novih storitev

V zdravstvenih organizacijah se je v preteklosti organizacijska struktura le malo spreminjala. V okolju ni bilo veliko sprememb, ki bi zahtevale spremembe tudi v načinu delovanja. Poleg tega so zanje značilni izraziti hierarhični odnosi in močan vpliv zdravnikov, ki so spremembe v organizaciji zavirali. Danes se tudi zdravstvenim organizacijam spreminjajo prioritete in cilji. Ko pa se spreminjajo cilji in strategije, jim morajo nujno slediti tudi organizacijske spremembe, ki podpirajo opredeljene strategije (Dunn, 2006, str. 269).

Nove projekte je potrebno opredeliti v okviru strateškega planiranja in v strategiji definirati spremembe v organizacijski strukturi. Spremembe v organizaciji morajo biti takšne, da bodo omogočale fleksibilnost in stabilnost organizacije. Zaposleni se navadno upirajo

spremembam v organizacijski strukturi. Pri procesu sprememb jih je potrebno vključiti in na tem motivirati za izboljšanje strokovnih in poslovnih rezultatov.

Proces uvajanja in izvajanja dodatnih storitev zahteva spremembe v organiziranosti lekarn. Ena od možnosti je izvajanje novih storitev v obliki projektov. Hauc (2007, str. 45) definira projekt kot proces, ki se ne prekriva z obstoječimi projekti ali poslovanjem, jih pa na različne načine dopolnjuje. Projekt lahko vključuje samo zaposlene, lahko pa vključimo tudi zunanje sodelavce. To je smiselno, kadar v organizaciji nimamo zaposlenih strokovnjakov, ki so ključni za uspešnost projekta. Projekti so lahko enkratni, lahko pa so v obliki procesov, ki potekajo stalno oziroma se večkrat ponavljajo. Projektno organiziranje je organizacijska struktura, ki je vzporedna z obstoječo strukturo v organizaciji (Možina et al., 2002, str. 326). Ivanko (v Ivanko, Kajzer & Lipičnik, 1990, str. 24) navaja kot temeljne razlikovalne značilnosti projektne organizacije glede na druge organizacijske strukture:

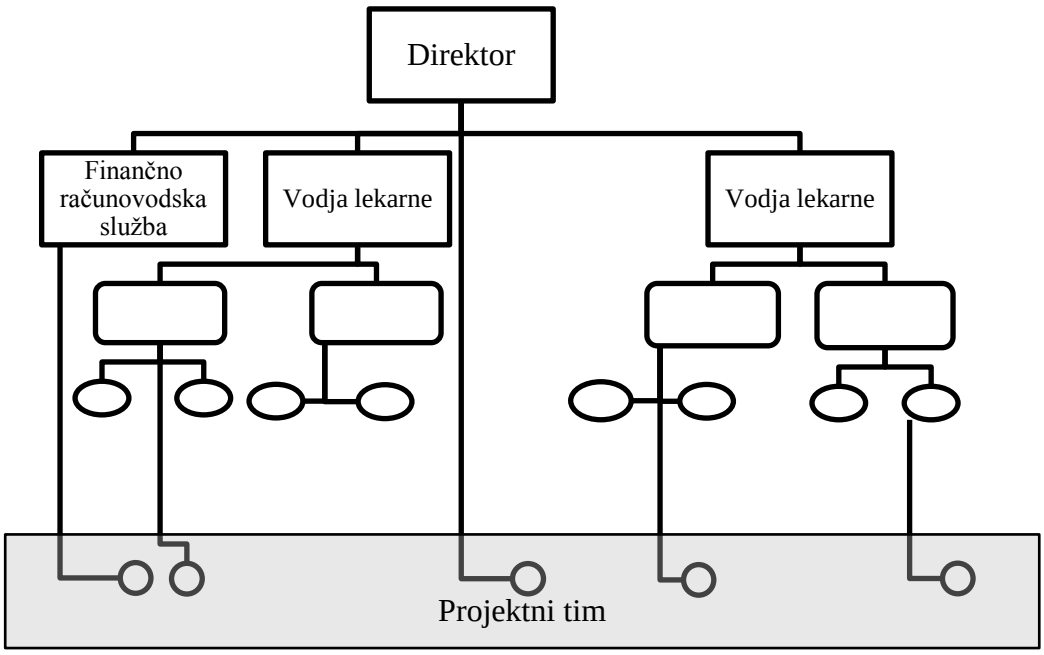
- usmerjenost k nalogam,
- sistemska usmerjenost,
- časovna razporeditvena umerjenost,
- stroškovna odgovornost,
- organizacija z omejenim časom trajanja,
- dinamični značaj,
- interdisciplinarno timsko delo,
- posebnost položaja znotraj organizacije,
- dvojni značaj projektne organizacije.

V novejšem času se projektna organiziranost pogosto uveljavlja tudi v zdravstveni dejavnosti (Česen, 2003, str. 99). Takšna organiziranost se je pokazala za zelo dobro pri večjih projektih, kot so izgradnje novih enot, uvajanje novih medicinskih tehnologij in storitev ter novih informacijskih tehnologij.

Projektna organiziranost predvideva, da so delavci, ki sodelujejo v projektu, popolnoma izključeni iz rednega dela. Kadrovska zasedba v lekarnah ne omogoča, da bi lahko nekatere zaposlene popolnoma izključili iz rednega delovnega procesa. Poleg tega predstavlja izvajanje dodatnih storitev samo dopolnitev poslovanja lekarn. Zaradi nepripravljenosti zavarovalnic za finančno pokritje stroškov teh storitev in nizki zneski, ki so jih pripravljeni plačati uporabniki, lahko pričakujemo, da bo finančno breme izvajanja v glavnem preneseno na lekarne. Zaradi navedenih dejstev bi bila za umestitev izvajanja novih storitev bolj primerna matrična projektna organiziranost. Takšna organiziranost združuje dobre lastnosti funkcijske in projektne organizacijske strukture. V odvisnosti od organizacije lahko prevladuje bolj funkcijska ali bolj projektna organiziranost. Imenovati je potrebno vodstvo projekta, člane projekta in definirati njihove odgovornosti. Večje

pristojnosti motivirajo zaposlene tako za delo v sklopu projekta kot tudi pri rednem delu. Člani projekta lahko ostanejo na svojih rednih delovnih mestih in se glede na potrebe vključujejo v projekt. Pri tem je potrebno definirati odgovornost sodelujočih, saj so po eni strani odgovorni vodji projekta, po drugi pa tudi funkcijskemu vodji (Slika 13). Poleg tega se je potrebno dogovoriti, kakšen naj bo obseg rednega dela, ki ga bodo v projektu sodelujoči izvajali poleg dela pri projektu.

Slika 13:Primer matrične projektne organizacije



Za uvajanje dodatnih storitev v lekarne smatram za najprimernejšo matrično projektno organizacijo, saj je poleg prepoznane dodane vrednosti predlaganih storitev potrebno upoštevati tudi razpoložljivost kadrovskih in finančnih virov.

3.3.5 Odpori proti spreminjanju

Kakovost in uspešnost zdravstvenih organizacij je v veliki meri odvisna od tega, ali so zaposleni pripravljeni na spremembe. Zdravstveni delavci sprejemajo razvojne spremembe v večini primerov kot potrebo, transformacijske spremembe z radikalnimi posegi v procese, strukturo in strategijo sprejemajo težje. Zaradi tega je zelo pomembno, kako in v katerem času izpeljemo proces uvajanja sprememb.

V samem začetku je treba definirati zakaj, kaj in kako spreminjati. Ko sta jasno definirana cilj in strategija do le-tega, mora vodstvo zaposlenim pojasniti potrebo po spremembah in jih motivirati zanje. Zavedati se moramo, da vsaka sprememba naleti na odpor. Ker je od razsežnosti in vrste odpora odvisna uspešnost sprememb, moramo biti pozorni na vzroke, oblike in značilnosti uporov (Tavčar, 2005, str 121). Vodstvo teh odporov ne bi smelo

jemati čustveno. Sodelavce je potrebno pritegniti že v pripravo spremembe, tako je dovolj možnosti, da povejo svoje pripombe (Tavčar, 2005, str. 124). Zaposleni želijo sodelovati v procesu in aktivnostih, ki so neposredno vezane na njihovo vlogo v organizaciji. Odločitve, ki so sprejete v soglasju z zaposlenimi, zaposleni sprejemajo kot svoje odločitve. Posledično bodo zaposleni z večjo zavzetostjo in pripravljenostjo sodelovali pri aktivnostih, ki so vezane na te odločitve (Mihalič, 2008a, str. 42). Bolj ko bo proces sprememb načrtovan in usklajen z zaposlenimi, večja bo možnost, da uspe. Do odporov lahko prihaja tako pri posameznikih, skupinah in tudi vodstvu. Tavčar (v Možina et al., 2002, str. 754) opredeljuje naslednje razloge za odpor proti spremembam pri posameznikih:

- ogrožene koristi,
- sprememba navad,
- ogrožena varnost,
- strah pred neznanim,
- izbirno dojemanje informacij o spremembah.

Pomanjkljive informacije vzbujajo strah in stres med zaposlenimi. To lahko odpravimo ali vsaj zelo omilimo s pravočasnimi, zadostnimi in natančnimi informacijami o predvidenih spremembah.

Vodstva bi se morala zavedati nujnosti sprememb v organiziranosti in poslovanju. Velikokrat pa ravno na tej ravni naletimo na odpor, saj ne čutijo potrebe po spremembah ali pa se bojijo posledic tako v organizaciji kot njenem okolju. Poleg vrhnjega managementa lahko razvoj zavira tudi srednji management, ker se boji, da bo izgubil dosežen formalen položaj in vpliv. Pri načrtovanju sprememb moramo upoštevati tudi vpliv neformalnih skupin v organizaciji. Neformalna organizacija močno vpliva na vrednote in klimo v organizaciji, lahko poživlja formalno organizacijsko strukturo, lahko pa predstavlja tudi oviro pri doseganju ciljev. Vodje morajo upoštevati vpliv in moč neformalnih skupin (Dunn, 2006, str. 321). Ena od pomembnih lastnosti neformalnih organizacij je nefleksibilnost in odpor do sprememb. Še posebej do tistih, ki predstavljajo grožnjo neformalnim skupinam. Takšne skupine so izgradile socialno mrežo, ki nudi določeno zadovoljstvo, vsaka sprememba pa lahko poruši ravnotežje in stabilnost. Takšen odpor do sprememb se lahko kaže kot stalno pritoževanje, počasno delo, povečana odsotnost z dela in zmanjšana kvaliteta opravljenega dela (Dunn, 2006, str. 319).

Spremembe v organiziranju in odgovornostih močno vplivajo na organizacijsko kulturo in klimo ter s tem tudi na uspeh načrtovanih sprememb. Zaradi tega je že v začetku priporočljivo definirati pristojnosti in odgovornosti vseh zaposlenih ter jih spodbuditi k sprejemanju odgovornosti za svoje delo (Mihalič, 2008b, str. 80). V proces sprememb je potrebno vključiti čim širši krog zaposlenih, kar je tudi dobra priložnost za poenotenje organizacije (Šmuc, 2009, str. 8).

Spremembe lahko izvedemo hitro ali postopoma. Slednje je manj stresno za zaposlene, od vodstva pa terja več vztrajnosti, da proces sprememb ne izzveni in tako ne dosežemo zadanega cilja. Pri uvajanju sprememb je potrebno upoštevati kodeks etike, etična načela in vrednote zaposlenih. Kadar vodstvo zahteva vedenje zaposlenih v nasprotju z njihovimi prepričanji, morda zaradi strahu pred izgubo službe ne bo takoj začutiti odpora. Njihova stiska se bo odražala predvsem v tihem nezadovoljstvu in posledično manj kvalitetno opravljenem delu.

Pri uspešnosti sprememb ima zelo pomembno vlogo vodstvo, ki je odgovorno za dobro obveščenost zaposlenih o pomenu in posledicah določenih sprememb v organizacijski strukturi in procesih. Zaposleni in tudi drugi z organizacijo povezani udeleženci največkrat vidijo organizacijo kot uspešno in ne čutijo potrebe po spremembah. Dobra obveščenost bo nedvomno prispevala k ustvarjalnim odnosom med zaposlenimi in s tem k večji uspešnosti.

3.3.6 Strategija razvoja javnega zavoda Lekarna Velenje

3.3.6.1 Predstavitev Lekarne Velenje

Lekarna Velenje je javni zavod, ki na osnovi akta o ustanovitvi opravlja lekarniško dejavnost na območju mestne občine Velenje, občine Šoštanj in občine Šmartno ob Paki. Ustanovitelj zavoda je Mestna občina Velenje. Dejavnost izvajamo v okviru šestih lekarn, štiri so na območju mesta Velenje, ena v Šoštanju in ena v Šmartnem ob Paki. V zavodu je 45 zaposlenih, od tega je 35 strokovnih delavcev.

Poslovanje Lekarne Velenje lahko za vsa leta delovanja ocenjujemo kot zelo uspešno. Sredstva za delo zavod pridobiva s plačili za opravljene storitve v breme zdravstvenih zavarovalnic ter s prodajo blaga in storitev na trgu. Uspešnost poslovanja oziroma doseganje postavljenih ciljev preverjamo s finančnimi in nefinančnimi načini merjenja kot sta preverjanje zadovoljstva uporabnikov naših storitev in preverjanje zadovoljstva zaposlenih. Eno najpomembnejših meril uspešnosti zavoda so finančno-računovodski podatki. Lekarna Velenje je v vseh letih izkazovala presežek prihodkov nad odhodki tako v javnem kot tržnem delu poslovanja. Relativno veliki presežki prihodkov nad odhodki so nastajali zaradi stalnega pomanjkanja magistrov farmacije, ustreznega financiranja dejavnosti, velike kupne moči prebivalcev, šibke konkurence in nizkega števila lekarniških enot. Del presežka je zavod vlagal v opravljanje in razvoj dejavnosti, del je ostajal nerazporejen. V zadnjih letih je zavod z dodatnimi enotami razširil lekarniško mrežo, okrepila se je konkurenca, močno pa se je tudi zmanjšala kupna moč prebivalcev. Poleg tega je na osnovi spremembe odloka o ustanovitvi prišlo do odliva sredstev iz postavke presežkov odhodkov nad odhodki iz preteklih let. Bistveno spremenjene okoliščine terjajo nov pristop k planiranju. Javni zavod lahko strateški plan pripravi relativno samostojno, vendar mora pri tem upoštevati razvojne usmeritve ustanovitelja in pa dejstvo, da je njegovo delovanje v večjem delu poslovanja povezano z javnimi sredstvi. Ob tem je nujno

upoštevati dejstvo, da bo ob nadaljnjem odlivanju sredstev v občinske proračune bistveno manj sredstev za razvoj dejavnosti. Usmeritve razvoja so dogovorjene v strokovnem svetu in svetu zavoda. Z usmeritvami delovanja in razvoja so seznanjeni vsi zaposleni. Plan pripravljata direktor zavoda in pomočnik direktorja za finančno področje v sodelovanju z vodji posameznih področij poslovanja zavoda. Osnova operativnih planov so strateški cilji zavoda ob upoštevanju makroekonomskih predvidevanj in dogovorov s pogodbenimi partnerji. Za izpolnjevanje ciljev iz letnega plana so odgovorni tako vodstvo zavoda kot vodje posameznih enot. Doseganje v letnem planu opredeljenih ciljev spremljamo mesečno in kvartalno obravnavamo v okviru strokovnega sveta in sveta zavoda. Z rednim spremljanjem uspešnosti poslovanja lahko pravočasno uvedemo preventivne in korektivne ukrepe.

Smernice razvoja Lekarne Velenje so bile obravnavane med zaposlenimi v zavodu in predstavniki ustanovitelja na podlagi predloga internega akta Strategija razvoja javnega zavoda Lekarna Velenje (2011).

3.3.6.2 Analiza okolja

Glavni faktorji, ki določajo položaj in vplivajo na razvoj lekarniške dejavnosti so:

- uporabniki lekarniških storitev,
- zavarovalnice kot plačniki zdravil in lekarniških storitev na recept,
- dobavitelji,
- proizvajalci zdravil,
- politični akterji,
- ostali zdravstveni izvajalci,
- lokalne skupnosti.

Na položaj samega lekarniškega zavoda lahko močno vplivajo tudi ostale organizacije v dejavnosti. Oceno položaja javnega zavoda Lekarna Velenje opredelimo s SWOT analizo.

Potencialne prednosti:

- prepoznavna kakovost storitev in blaga,
- dobro strokovno usposobljen kader,
- dober položaj in ugled v družbi,
- dobra lokacija,
- širok spekter storitev in izdelkov,
- ustrezna informacijska in tehnološka opremljenost,
- jasna vizija,
- strateška usmeritev.

Potencialne slabosti:

- omejene pristojnosti vodstva,
- omejene možnosti za motiviranje zaposlenih,
- nizka stopnja pripravljenosti zaposlenih za spremembe,
- visoki stroški dela.

Potencialne priložnosti:

- podpora lokalne skupnosti,
- demografske spremembe,
- malo konkurence na območju delovanja,
- širitev povpraševanja po blagu in storitvah, ki so povezane z zdravjem in zdravim načinom življenja.

Potencialne nevarnosti:

- odprava regulacije in monopola,
- slabo financiranje javnega dela lekarniške dejavnosti,
- povečana pogajalska moč dobaviteljev in plačnikov zdravstvenih storitev,
- povečane zahteve ustanovitelja po odlivu sredstev iz zavoda.
- stalni pritiski za obvladovanje stroškov v zdravstvu,
- velik vpliv države na določanje cen storitev in zdravil,
- možnost vstopa novih konkurentov, tudi iz držav EU,
- spremembe kupnih navad uporabnikov,
- nizka kupna moč (naraščanje brezposelnosti, neuspešnost lokalnih podjetij),
- majhna pripravljenost javnosti za plačevanje zdravil in lekarniških storitev.

3.3.6.3 Poslanstvo in vizija

Poslanstvo javnega zavoda Lekarna Velenje je učinkovita in uspešna oskrba prebivalcev s kakovostnimi, varnimi in učinkovitimi zdravili ter skrb za pravilno in varno uporabo le-teh.

Vizija Lekarne Velenje je biti med najuspešnejšimi v lekarniški dejavnosti.
Zaposleni v Lekarni Velenje prepoznavamo poslanstvo in vizijo za svojo usmeritev, ju razumemo in upoštevamo pri svojem delu.

3.3.6.4 Cilji

Cilji javnega zavoda Lekarna Velenje so (Lekarna Velenje, 2012):

- upoštevanje in izpolnitev pričakovanj ter zahtev uporabnikov lekarniških storitev,
- nenehno izboljševanje obstoječih in razvijanje novih procesov dela,
- stalno informiranje, izobraževanje, usposabljanje in motiviranje zaposlenih na vseh ravneh ter povečanje njihovega zadovoljstva,
- krepitev dobrih medsebojnih odnosov, pripadnost zavodu, timsko delo in medsebojna pomoč pri delu,
- stalen razvoj ter ohranjanje stabilnosti poslovanja zavoda,
- vzdrževanje dobrih odnosov z ustanoviteljem in poslovnimi partnerji,
- stalno vzdrževanje učinkovitosti in izboljševanje sistema vodenja kakovosti.

3.3.6.5 Strategija razvoja

Lekarniška mreža. Eden od pomembnih korakov do uresničitve zastavljenih ciljev je vzpostavitev takšne lekarniške mreže, ki bo omogočala prebivalcem enakomerno dostopnost do lekarniških storitev. Glede na razvoj, ekonomske razmere in število prebivalcev bomo sledili kriterijem za lekarniško mrežo, ki je opredeljena v Resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva. O morebitni spremembi kriterijev bomo v dogovoru z ustanoviteljem iskali nove možnosti glede razvoja mreže.

Poslovni čas lekarn bomo v soglasju z ustanoviteljem in občinami, v katerih imajo posamezne lekarne sedež, usklajevali z delovnim časom ambulant in potrebami prebivalcev. Tako bo uporabnikom zagotovljena celovita zdravstvena oskrba.

Kadri. Poleg zadostnega števila lekarn je ključnega pomena tudi število magistrov farmacije kot nosilcev dejavnosti glede na število prebivalcev, ki jih oskrbujejo. Prizadevali si bomo za optimalno število magistrov farmacije, farmacevtskih tehnikov in ostalih zaposlenih glede na obseg dela in financiranje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zunanji izvajalci. Določene aktivnosti, ki niso neposredno vezane na dejavnost, a nujne za učinkovito delovanje zavoda v skladu z zakonodajo, bomo še naprej pogodbeno izvajali s strokovnjaki, ki imajo znanja s teh področij. Takšne funkcije so: pravne storitve, notranja revizija, varnostna služba, varstvo pri delu, odstranjevanje nevarnih odpadkov, vzdrževanje zahtevne opreme. Ena od najpomembnejših nalog v lekarniški dejavnosti, ki jo pogodbeno izvajajo zunanji izvajalci, je področje informacijske tehnologije. To zajema vzdrževanje strojne opreme, računalnikov, tiskalnikov, strežnikov, vzdrževanje mreže in razvoj aplikacij. Poleg že zgoraj omenjenih dejavnosti, ki jih za zavod pogodbeno že izvajajo zunanji izvajalci, smo na zunanjega izvajalca prenesli tudi čiščenje delovnih zaščitnih oblačil in redno vzdrževanje objektov. Postopoma po organizacijskih enotah prehajamo na čiščenje prostorov preko čistilnega servisa. Zunanji izvajalec bo izvajal čiščenje samo v določenih enotah zavoda (Lekarna Velenje, 2012).

Posodabljanje in vzdrževanje objektov ter opreme. Lekarne bomo tudi v bodoče vzdrževali ter posodabljali po predpisih, ki veljajo za lekarniško dejavnost. Pri tem bomo poleg vzdrževanja objektov in opreme še posebno pozornost namenili posodabljanju informacijske tehnologije. Projekt E-zdravje nedvomno pomeni velik napredek pri zagotavljanju zdravstvenega varstva, vendar pa je njegova uveljavitev povezana z visokimi finančnimi vlaganji. Velik del sredstev bodo morali vložiti tudi sami zdravstveni izvajalci. Vsekakor pomeni investicija v informacijsko tehnologijo naložbo in ne le strošek, saj razvoj stroke in zdravstvene dejavnosti zahteva informacijsko dobro podprte lekarne.

K optimizaciji delovnih procesov lahko veliko prispeva vključitev avtomatiziranih lekarniških skladišč. Njihova velika prednost je, da opravljajo rutinska dela, kot je zlaganje in prinašanje zdravil, kontrola roka uporabe, inventure. Farmacevt je razbremenjen iskanja zdravil in prinašanja na izdajni pult. Ta čas lahko nameni pacientu za svetovanje o zdravilih, medicinsko tehničnih pripomočkih in ostalem blagu. Storitev tako farmacevt lahko kakovostnejše opravi, posledično pa je bolj zadovoljen tudi pacient. Poleg prihranka časa je velika prednost avtomatiziranih skladišč prihranek prostora, saj so zdravila in ostalo blago zelo racionalno zložena na majhnem prostoru. Prostor, ki bi ga sicer uporabljali za skladiščenje lahko smiselno uporabimo za druge namene. Z avtomatiziranimi sistemi je omogočeno optimalno vodenje zalog in s tem zmanjšani stroški. Avtomatizirano skladišče bomo v naslednjih petih letih vgradili v dveh lekarnah. S tem bi se lahko tudi povečal prostor za stranke, ki je sedaj v lekarnah občutno premajhen. Strokovni delavci bi bili s tem razbremenjeni večjega dela rutinskih nalog in bi lahko več časa posvetili pacientom. Smernice Dobre lekarniške prakse in drugih predpisov s področja lekarniške dejavnosti zahtevajo takšno opremo, s katero lahko zagotovimo kakovostno pripravljena zdravila in druge izdelke za krepitev in ohranitev zdravja v skladu s standardi stroke. Zato bomo pri nabavi tehnološke opreme za pripravo zdravil sledili sodobnim smernicam in s tem omogočili pogoje za pripravo kakovostnih in varnih pripravkov.

Prizadevali si bomo, da bomo tudi v prihodnje uspeli stroške morebitne širitve lekarniške mreže ter vzdrževanja in obnove obstoječih lekarn ter opreme kriti iz lastnih sredstev.

Izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje. Da bi lahko sledili razvoju stroke ter pravilno in kakovostno izvajali svoje delo, bomo tudi v prihodnje velik poudarek namenili strokovnemu izobraževanju in izpopolnjevanju. Za uspešno delo ni dovolj samo znanje s področja stroke, temveč tudi komunikacije. Kakovostna in uspešna komunikacija je pogoj za učinkovito posredovanje informacij uporabnikom naših storitev, za uspešno sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi izvajalci in ne nazadnje za uspešno sodelovanje med zaposlenimi v zavodu. Zaradi tega se bomo vsi zaposleni izobraževali tudi na tem področju.

Ker se zaradi kadrovskih in finančnih vzrokov vseh izobraževanj, ki bi obogatila naše delo, ne morejo udeležiti vsi zaposleni, moramo bolj kot v preteklosti dosledno izvajati prenos pridobljenih znanj na tiste, ki se izobraževanj niso mogli udeležiti. Vlaganje v

izobraževanje, pri katerem se znanje aktivno vključuje v delo, predstavlja naložbo, ki lahko močno izboljša kvaliteto dela.

Financiranje. Preko Lekarniške zbornice Slovenije si bomo v dogovorih z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvom za zdravje prizadevali za čim boljše pogodbene pogoje. Zavedamo se varčevalnih ukrepov v zdravstvenem varstvu, vendar želimo enakopravno obravnavo z ostalimi zdravstvenimi izvajalci v osnovnem in prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. Prizadevali si bomo za približevanje pogojem, pod katerimi delujejo lekarne v ostalih evropskih državah. Le ustrezno ovrednoteno delo bo omogočilo neoviran razvoj stroke in izboljšanje kakovosti naših storitev.

Zaradi slabših gospodarskih razmer v okolju, v katerem delujemo, lahko pričakujemo, da bomo tudi v naslednjih letih priča upadu kupne moči prebivalstva. Poleg tega se je v zadnjih letih močno povečala prodaja zdravil brez recepta in ostalega blaga s pomočjo spleta in v specializiranih trgovinah. Zato je še toliko bolj pomembno, da ohranimo in nadgrajujemo ponudbo kakovostnih storitev, zdravil, medicinsko tehničnih-pripomočkov ter ostalega blaga in tako izpolnjujemo potrebe in pričakovanja obiskovalcev naših lekarn.

Sistem kakovosti. Vedno večje potrebe in zahteve uporabnikov, omejeni viri, hiter razvoj stroke in drugih vplivov okolja nas vodijo v stalen razvoj organiziranja za dosego čim boljše stabilnosti poslovanja in možnosti prilagajanja. Da bi bile spremembe izpeljane v pravo smer, to je k zagotavljanju kakovosti storitev, kar je temelj za zadovoljstvo uporabnikov, smo uvedli in bomo tudi v bodoče zagotavljali Sistem vodenja kakovosti ISO 9001:2008. Uvedba vodenja kakovosti ISO 9001 nam bo povečala možnosti spremljanja in izboljševanja kakovosti storitev in učinkovitosti poslovanja. Takšno delo je osnova za ravnanje, kot ga zahtevajo in pričakujejo uporabniki, ter zadovoljstvo zaposlenih. Prizadevali si bomo, da bomo tudi v bodoče izpolnjevali zahteve Sistema ravnanja z okoljem po standardu ISO 14001 ter Sistema vodenja varnosti in zdravja pri delu po standardu BS OHSAS 18001. Vključitev vidika varnosti in zdravja pri delu ter ključnih elementov sistema ravnanja z okoljem v sistem vodenja kakovosti bo povečala učinkovitost in uspešnost zavoda, zaupanje javnosti ter izboljšala delovne razmere zaposlenih. Prizadevali si bomo, da bo skrb za stalno izboljševanje kakovosti dolgoročna strateška usmeritev vseh zaposlenih v Lekarni Velenje.

Spletna lekarna. Vzpostavitev spletne lekarne v prvi vrsti ne bi pomenila za javni zavod Lekarna Velenje vir večjega dohodka, bi pa pomenila razširitev ponudbe in predvsem lažjo dostopnost za uporabnike naših storitev. K aktivnostim za vzpostavitev spletne lekarne bomo pristopili v roku enega leta.

Uvajanje novih storitev. Načrtovane spremembe za dosego optimiziranja procesov vodijo v izboljšanje kakovosti, znižanje stroškov in povečano zadovoljstvo uporabnikov. Vendar takšne spremembe glede na nezadostne vire financiranja iz zavarovalnic ne bodo veliko

vplivale na prihodek lekarn. Zato je smiselno razmisliti o uvedbi novih storitev ali pa storitve, ki jih lekarne sicer že opravljajo, pa jih zavarovalnice ne krijejo, razširiti, ustrezno finančno ovrednotiti in ponuditi uporabnikom kot samoplačniške storitve. Po določilih Zakona o zavodih smejo javni zavodi izvajati le storitve, ki so v skladu z dejavnostjo, za katero so bili ustanovljeni. Na osnovi rezultatov raziskave med uporabniki lekarniških storitev v lekarnah javnega zavoda Lekarna Velenje sklepamo, da si ti želijo novih storitev s področja zdravja v lekarnah. Največji interes so pokazali za meritve krvnega pritiska, merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov ter merjenje krvnega sladkorja. Veliko zanimanja so pokazali tudi za programe, ki so vezani na reševanje zdravstvenih težav, povezanih z nezdravim načinom življenja. Pri tem izstopa program za zniževanje povečane telesne teže in odvajanje kajenja. Nove storitve, ki jih bomo postopoma začeli uvajati v lekarne, so:

- farmacevtska skrb za hipertenzijo,
- farmacevtska skrb za diabetes,
- farmakoterapijski pregled (načrt zdravljenja z zdravili),
- program odvajanja kajenja,
- program za zniževanje prekomerne telesne teže.

Redne mesečne akcije za meritev krvnega tlaka, holesterola in krvnega sladkorja bomo pričeli čim prej. Ob ustreznem financiranju dejavnosti je mogoče vse te programe izvajati brezplačno. Tako bi bili dostopni vsem in bi nedvomno veliko pripomogli k dvigu ravni zdravstvenega stanja ljudi in s tem kakovosti življenja. Za izvajanje meritev bomo pridobili sponzorska sredstva.

Opredeljene smernice bomo upoštevali pri opredeljevanju letnih operativnih planov. Za izvajanje sprejete strategije bodo potrebne določene spremembe organizacijske strukture, izpeljali pa jo bomo kot matrično projektno organiziranost.

Da bi naša prizadevanja dosegla svoj cilj, bomo upoštevali potrebe uporabnikov in sodelovali z lokalno skupnostjo v prizadevanjih za optimalno celovito dostopnost do kakovostnih storitev zdravstvenega varstva na primarni ravni.

SKLEP

Zmanjševanje zaslužka, težnje po deregulaciji lekarniške dejavnosti in naraščajoča konkurenca so poglavitni razlogi za odločitev o nadaljnjem razvoju lekarniške dejavnosti. Pot razvoja v smer komercializacije lekarn bi lahko kompenzirala izpad finančnih prihodkov v javni službi. Vendar takšna usmeritev spodbuja porabo zdravil, ogroža strokovno neodvisnost ter samostojnost lekarniških farmacevtov. Dolgoročno se bo to odražalo v slabšem zdravstvenem stanju ljudi, povečanih stroških za zdravstveno varstvo in spremenjeni vlogi lekarn znotraj sistema zdravstvenega varstva. Rešitve v smer komercializacije lekarn so v nasprotju s temeljnim poslanstvom lekarniške dejavnosti. Zavračati bi jih morale tako lekarne kot politični akterji v zdravstvu.

Vodstva lekarn se v glavnem posvečajo reševanju operativnih težav in manj strateškim ciljem. Zaposleni v lekarnah so večinoma še vedno zadovoljni z razmerami, v katerih delajo. Tudi od uporabnikov še ne pričakujemo zahtev po spremembah, saj so lekarniške storitve še vedno na visoki ravni. Poleg tega je v primerjavi z drugimi zdravstvenimi izvajalci dostop do lekarniških storitev zelo dober. Glede na spremembe v okolju morajo lekarne same proaktivno iskati alternativne rešitve, ki jim bodo omogočale ekonomsko stabilnost in razvoj v svojem poslanstvu. Strateške smeri razvoja bi morale biti opredeljene na ravni države in definirane v okviru Lekarniške zbornice Slovenije, ki je strokovno in poslovno združenje slovenskih lekarn. Ne glede na to pa si morajo javni lekarniški zavodi sami pripraviti strateški plan, ki bo sprejemljiv za razmere, v katerih delujejo. Z natančno definiranimi smermi razvoja se bodo lažje prilagajali spremembam ter ohranjali ekonomsko in strokovnost samostojnost. Opredeljeni cilji, ki bodo skladni z vrednotami zaposlenih, bodo te spodbujali k večji ustvarjalnosti in inovativnosti.

Široko strokovno znanje farmacevtov daje lekarnam možnost za širjenje dejavnosti z dodatnimi storitvami s področja zdravja. Ljudem predstavlja zdravje še vedno eno največjih vrednot. Zavedajo se pomembnosti ohranjanja zdravja ter zgodnjega odkrivanja bolezni. Razvijanje zahtevnejših projektov, kot so projekti farmacevtske skrbi, lahko zelo veliko prispevajo k izboljšanju zdravja ljudi in s tem k zmanjšanju stroškov za zdravstveno varstvo. Pozitiven učinek teh projektov je dokazan, zato jih je kljub oviram smiselno razvijati in izvajati še naprej. Poleg teh projektov bi bilo dobro v lekarne vpeljevati tudi enostavne kognitivne storitve. To nam potrjujejo tudi rezultati raziskave. Zelo visok odstotek anketiranih je izrazil željo po dodatnih storitvah. Preseneča njihova velika pripravljenost za plačilo, vendar so zneski, ki so jih pripravljeni plačati za opravljene storitve, zelo nizki. Z njimi bi bilo mogoče pokriti le del stroškov. Višina zneskov, ki bi jih bili pripravljeni plačati, nas ne preseneča, saj je še vedno močno zakoreninjena miselnost, da za večino zdravstvenih storitev ni potrebno doplačilo. Za nekatere od teh storitev je smiselno ponovno pripraviti predlog vključitve v nabor storitev, ki so plačane iz osnovnega ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ali pa jih ponuditi kot nadstandardne storitve. Pri predlaganju sprememb je potrebno upoštevati tudi razloge plačnika zdravstvenih

storitev. Samo dobro argumentirani predlogi z dokazano strokovno in stroškovno učinkovitostjo imajo možnost resne obravnave.

Lekarne moramo aktivno pristopiti k novim možnostim v razvoju dejavnosti, kar zahteva preskok v razmišljanju vodstev in ostalih zaposlenih v lekarniški dejavnosti. Lekarniška dejavnost je majhen, a pomemben del celovitega zagotavljanja zdravstvenega varstva. Predvsem od lekarn in lekarniških farmacevtov je odvisno, kako bodo tudi drugi prepoznali našo vlogo. Osnova naše dejavnosti mora ostati preskrba prebivalstva s kakovostnimi, varnimi in učinkovitimi zdravili. Dejavnost je smiselno dopolniti s ciljno izpeljanimi projekti v smislu promocije in ohranjanja zdravja. Odgovornost vodstev lekarn je, da so aktivnosti za izboljšanje ekonomskega položaja lekarn izpeljane tako, da bodo v dobrobit zdravja ljudi.

LITERATURA IN VIRI

1. Andersen, J., & Tysnes, O. (2008). Liberalization of Pharmacy ownership and establishment – What happend in Norway? *Zbornik 68th International Congress of FIP* (str. 119). Basel: International Pharmaceutical Federation (FIP).
2. Babnik, M. (2011). *Pogled laične javnosti na izvajanje in plačevanje storitev farmacevtske skrbi* (diplomska naloga). Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
3. Bavčar, V. (2011). *Moralna stiska v povezavi z etičnimi dilemami med slovenskimi lekarniškimi farmacevti in vrednotenje njihove etične usposobljenosti* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
4. Berkowitz, E. N. (2004). *Essentials of Health Care Marketing.* Sudbury: Jones and Bertlett Publishers.
5. Bernsten, C., Gariepy, Y., Lutz, E. M., Reid, P. W., & Schneider, P. J. (2009). Developing New Economic Models for Payment for Services by Pharmacists. *International Pharmacy Yournal*, *25*(2), 30–45.
6. Bohinc, F., Cetinski, U., Harlander, D., Ilijaš, T., Krapše, Š., Krapše, T., Lipičnik, B., Ograjenšek, I., Pučko, D., & Zajc, N. (2005). *Planiranje v neprofitnem javnem sektorju: priročnik za managerje.* Nova gorica: Educa
7. Bohinc, M., & Gradišar, M. (2000). Model organizacije zdravstvene nege. *Zbornik 19. Posvetovanja organizatorjev dela Management v novem tisočletju* (str. 951–958). Kranj: Moderna organizacija.
8. Bohinc, M., & Gradišar, M. (2001). Nove vloge vodilnih medicinskih sester managerjev. *Zbornik 20. Znanstvenega posvetovanja o razvoju organizacijskih ved Management in globalizacija* (str. 622–628). Kranj: Moderna organizacija.
9. Bončina, K. (2012). Usklajevanje zdravljenja z zdravili v domu starejših občanov. *Farmacevtski vestnik*, *63*(2), 140–142.
10. Bregar, L., Ograjenšek, I., & Bavdaž, M. (2005). *Metode raziskovalnega dela za ekonomiste: Izbrane teme.* Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
11. Bryson, J. M. (1995). *Strategic Plannnig for Public and Nonprofit Organizations.* San Francisco: Jossey-Bass.
12. Chave, J. (2007). Deregulation, the European union and community pharmacy. *Zbornik Strokovnega simpozija Tržni elementi pri opravljanju javne lekarniške službe – interno gradivo* (str. 3–6). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
13. Christensen, D. B., & Holmes, G. H. (1996, december). Payment of pharmacists for cognitive services. Najdeno 25. aprila 2011 na spletnem naslovu http://www.aspe.hhs.gov/pic/reports/cms/6528.pdf
14. Celjske lekarne javni zavod (2012). *Organigram Celjske lekarne javni zavod.* Celje: Celjske lekarne javni zavod.
15. Council of Europe, Committe of ministers (2001). *Resolution concerning the pharmacist's role in the framework of health security, ResAP(2001)2*. Najdeno 5. maja 2012 na spletnem naslovu https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=193721&Site=CM

16. Cvirn Novak, M. (2012). *Vloga lekarniškega farmacevta pri obvladovanju čezmerne telesne mase in debelosti* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
17. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
18. Čufar, A. (2006). Lekarna po meri državljanov. *Zbornik 13. Strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu Javno in zasebno partnerstvo* (str. 59–66). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
19. Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES. *Uradni list Evropske unije*, št. L 255/22.
20. Dimovski, V. & Penger, S. (2008). *Temelji managementa.* Edinburgh Gate: Pearson Education Limited.
21. Dimovski, V., Penger, S., & Peterlin, J. (2009). *Avtentično vodenje v učeči se organizaciji.* Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje.
22. Dimovski, V., Penger, S., & Škerlavaj, M. (2002). *Metode raziskovalnega dela* (2. del). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
23. Dimovski, V., Penger, S., Škerlavaj, M., & Žnidaršič, J. (2005). *Učeča se organizacija: ustvarite podjetju znanja*. Ljubljana: GV Založba.
24. Dimovski, V., Penger, S., & Škerlavaj, M. (2007). *Organiziranje in odločanje.* Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
25. Dunn, T. R. (2006). *Haimann' Healthcare management* (8thed.). Chicago: Health Administration Press.
26. Gastelurrutia, M. A, Fernández Llimos, F., Benrimoj, S. I, Castrillon, C. C., & Faus, M. J. (2007, september). Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Aten Primaria.* Najdeno 26. aprila 2011 na spletnem naslovu http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17919397
27. Harrison, D. L. (2005). Strategic Planning by Independent Community Pharmacies. *Journal of the American Pharmacists Association, 45*(6), 726–733.
28. Hauc, A. (2007). *Projektni management.* Ljubljana: GV Založba.
29. Hočevar, F. (2007). Management zdravstvenih storitev in zavodov danes in v prihodnje. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, 23*(1), 1.
30. Horvat, I., & Kiauta, M. (2009). Obvladovanje procesov in prenova vodenja procesov v Splošni bolnišnici Jesenice. *Zbornik 16. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe* (str. 37–50). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
31. Horvat, N., & Kos, M. (2009). Zadovoljstvo pacienta z lekarniškimi storitvami. *Farmacevtski vestnik, 60*(2), 135–140.
32. Hrubý, K. (2007). Effects of liberalization on the Chech pharmacy. *Zbornik Strokovnega simpozija Tržni elementi pri opravljanju javne lekarniške službe – interno gradivo* (str. 3–6). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
33. Ivanko, Š., Kajzer, Š., & Lipičnik, B. (1990). *Osnove organiziranja poslovanja in dela*. Maribor : Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.

34. Jones, E. J. M., MacKinnon, N. J., & Tsuyoki, R. T. (2005, 12. julij). Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada. *The Annals of Pharmacotherapy.* Najdeno 26. aprila 2011 na spletnem naslovu http://www.theannals.com/cgi/content/abstract/39/9/1527
35. Kennedy, D. T, Giles, J. T, Chang, Z. G, Small, R. E., & Edwards, J. H. (2002, januar). Results of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *Journal of the American Pharmacists Association.* Najdeno 10. maja 2012 na spletnem naslovu www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11833517
36. Kotler, P. (1996). *Marketing management, trženjsko upravljanje.* Ljubljana: Slovenska knjiga.
37. Kovačič, A., & Rusimovič, T. (2008). Management poslovnih procesov: kakovost ali konkurenčnost poslovanja v zdravstvu? *Zbornik 15. Strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu* (str. 43–49). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
38. Larson, R. A. (2000). Patients' Willingness to Pay for Pharmaceutical Care. *Journal of the American Pharmacists Association*, *40*(5), 618–624.
39. Lekarna Velenje. (2011a). *Pravilnik o sistemizaciji delovnih mest* (interno gradivo). Velenje: Lekarna Velenje.
40. Lekarna Velenje. (2011b). *Strategija razvoja javnega zavoda Lekarna Velenje* (interno gradivo). Velenje: Lekarna Velenje.
41. Lekarna Velenje. (2012). *Letno poročilo za leto 2011.* Velenje: Lekarna Velenje.
42. Mihalič, R. (2008a). *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih.* Škofja Loka: Mihalič in Partner.
43. Mihalič, R. (2008b). *Upravljajmo organizacijsko kulturo in klimo.* Škofja Loka: Mihalič in Partner.
44. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2011). Predlog zakona o lekarniški dejavnosti (ZLD-1). Najdeno 1. marca 2012 na spletni strani http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/670/6413/
45. Možina, S., Rozman, R., Glas, M., Tavčar, M., Pučko, D., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Dimovski, V., & Kovač, B. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
46. Mrkaić, M., Živkovič, A., & Pezdir, R. (2008, julij). Ekonomska analiza sistema financiranja lekarniške dejavnosti. Najdeno 10. februarja 2009 na spletnem naslovu http://www.nuk.uni-lj.si/nuk2.asp?id=264054506
47. O'Malley, J. F. (2001). *Healthcare marketing, sales and service: An executive companion*. Chicago: Health Administration Press.
48. Ovin, R., Festić, M., & Šlebinger, M. (2004). *Narodnogospodarske posledice financiranja lekarniške dejavnosti v Sloveniji*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.
49. Paulino, E. (2008). External factors affecting dissemination and implementation and quality management systems support to change. *Zbornik 68th International Congress of FIP* (str. 5). Basel: International Pharmaceutical Federation (FIP).

50. Petaus, L. B. (2011, 12. januar). Rešitev lekarništva je v širitvi lekarnarjevih storitev. *Medicina danes*, str. 5.
51. Pető, F., Quintero Villa, J. F., & Szathamáry, B. (2011, 23. julij). Changing winds in the Hungarian pharmaceutical market. Najdeno 29. februarja 2012 na spletnem naslovu http://www20.gencat.cat/docs/economia/80_ACCO/Documents/Arxius/Tesines%20BGSE/08.pharmaceutical_market_hungary.pdf
52. Pharmaceutical Group of the European Union. (2012). *Liberalisation trends of the Pharmacy System in Europe* (interno gradivo). Brussels: Pharmaceutical Group of the European Union.
53. Pharmaceutical Group of the European Union. (2009). *Services provided by pharmacies.* Brussels: Pharmaceutical Group of the European Union.
54. Pintar, M. (2010). Izzivi vodenja zdravstvenega doma. *Zbornik 17. Strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu* (str. 99–106). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
55. Potočnik Benčič, D., & Urbanc Mokotar, M. (2008). Vloga farmacevta v skrbi za starostnike. *Farmacevtski vestnik, 59*(2), 99–103.
56. Potočnik, V. (2005). *Temelji trženja s primeri iz prakse.* Ljubljana: GV Založba.
57. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. *Uradni list RS* št. 39/2006.
58. Pravilnik o razvrščanju predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini. *Uradni list RS* št. 86/2008, 45/2010, 38/2012.
59. Pučko, D. (1996). *Strateško upravljanje.* Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
60. Pukšič, M. (2006). Regulativa, organizacija in vodenje v lekarnah. *Farmacevtski vestnik, 57*(posebna številka), 66–77.
61. Raisch, D. W. (1993, december). Barriers to providing cognitive services. *Journal of the American Pharmacists Association.* Najdeno 29. februarja 2012 na spletnem naslovu http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8304273
62. Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). *Uradni list RS* št. 72/2008, 74/2008 popr.
63. Retelj, M. (2007). Benchmarking kot orodje za izboljšanja poslovnih rezultatov in poslovnih procesov v slovenskih bolnišnicah. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, 23*(1), 21–30.
64. Retelj, M., & Simčič, B. (2006). Kakovost je tudi sodelovanje strokovnega in poslovnega managementa. *Zbornik 9. Jesenskega srečanja članov društva ekonomistov v zdravstvu* (str. 59–68). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
65. Robida, A. (2002, 20. junij). Upravljanje celovite kakovosti v zdravstvenem varstvu. *Ministrstvo za zdravje RS.* Najdeno 25. junija 2011 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/kazalniki/kazalniki_konf_2005/CelovitakakovostMB_junij_20022.rtf
66. Rudholm, N. (2008, 4. marec), Entry of new pharmacies in the deregulated Norwegian pharmaceuticals market – consequences for costs and availability. *Health Policy.*

Najdeno 2. marca 2012 na spletnem naslovu http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18164509

67. Savič, N., Kern Pipan, K., & Gunčar, U. (2007). *Poslovati odlično z uporabo Modela odličnosti EFQM.* Ljubljana: Javna agencija Republike Slovenije za podjetništvo in tuje investicije.
68. Simčič, B., Ceglar, J., & Marušič, D. (2011). Akreditacija – zunanja presoja kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav v zdravstvenih organizacijah. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, 27*(2), 113–122.
69. Skela Savič, B. (2004). Uspešno vodenje v zdravstvu: Kdo so najuspešnejše vodje v slovenskih bolnišnicah? *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, 20*(1), 27–33.
70. Sodba sodišča EU v združenih zadevah C-570/07 in C-571/07. *Uradni list Evropske unije* št. C 209/3.
71. Šmuc, S. (2009). Diagnozo poznamo, na terapijo pa bo potrebno še malo počakati. *Piar na kvadrat,* (9), 8.
72. Tajnikar, M. (2009, december). Lekarniška dejavnost – kam greš? *Naša lekarna*, str. 23.
73. Tavčar, M. I. (2005). *Strateški management nepridobitnih organizacij.* Koper: Fakulteta za management.
74. Urlep, V. (b.l.). Trženje v farmacevtski industriji. *Fakulteta za farmacijo*. Najdeno 4. maja 2012 na spletnem naslovu http://www.ffa.uni-lj.si/o-fakulteti/katedre/katedra-za-socialno-farmacijo/pedagoska-dejavnost/farmacevtsko-trzenje-in-upravljanje-emsf/gradivo.html
75. Vogler, S., Arts, D., & Habl, C. (2006). *Community Pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies.* Vienna: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
76. Volkerink, B., De Bas, P., Van Gorp, N., & Philipsen, N. (2007, 12. junij). Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies. Najdeno 15. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ec.europa.eu/internal.../pharmacy/report_en.pdf
77. Vrhunec, S. (2010). Ali bosta novi zakon in direktiva EU Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana odprla nove priložnosti in katere? *Zbornik 13. Jesenskega srečanja članov Društva ekonomistov v zdravstvu Priložnosti in možnosti za večjo učinkovitost v zdravstvu* (str. 15–21). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
78. Zavrl, S. (2010). Sistemi vodenja za doseganje poslovne uspešnosti v zdravstvu. Zbornik *13. Jesenskega srečanja članov Društva ekonomistov v zdravstvu Priložnosti in možnosti za večjo učinkovitost v zdravstvu* (str. 91–97). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
79. Zakon o lekarniški dejavnosti. *Uradni list RS* št. 36/2004-UPB1.
80. Zakon o zavodih. *Uradni list RS* št. 12/1991, 45I/1994 Odl.US: U-I-104/92, 8/1996, 18/1998 *Odl. US*: U-I-34/98, 36/2000-ZPDZC, 127/2006-ZJZP.
81. Zakon o zdravilih. *Uradni list RS* št. 31/2006, 45/2008-ZZdr-1A.

82. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/2005-UPB2, 15/2008-ZPacP, 23/2008, 58/2008-ZZdr-E, 77/2008-ZDZdr.
83. Završnik, B. (2008). *Management nabave in oskrbnih verig*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
84. Zellmer, W. A. (2009, 25. september). The imperative for change – Why pharmacy practice needs to be different in the future. Najdeno 8. maja 2012 na spletnem naslovu http://www.abda.de/.../DAT_2009_AK_2_Vortrag_Zellmer

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Vprašalnik 1 (uporabniki lekarniških storitev) 1
Priloga 2: Vprašalnik 2 (vodstva lekarn) 4
Priloga 3: Koeficient korelacije med želeno storitvijo in pripravljenostjo za njeno plačilo (Spearmanov koeficient korelacije) 5
Priloga 4: Organigram javnega zavoda Lekarna Velenje 6
Priloga 5: Seznam uporabljenih kratic 7

Priloga 1: Vprašalnik 1 (uporabniki lekarniških storitev)

Spoštovani!
Sem Sabina Grm, študentka podiplomskega študija na Ekonomski fakulteti v Ljubljani. Pripravljam magistrsko nalogo s področja razvoja lekarniške dejavnosti, ki bo vključevala mnenja uporabnikov lekarniških storitev. Anketa je popolnoma anonimna, rezultate bom uporabila izključno za svoje magistrsko delo. Prosim, da odgovorite na naslednja vprašanja.

1. **Katere dodatne storitve s svetovanjem farmacevta bi želeli v lekarnah?**
   (možnih je več odgovorov)
   - ☐ Merjenje krvnega tlaka
   - ☐ Merjenje krvnega sladkorja
   - ☐ Merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov
   - ☐ Program odvajanja kajenja
   - ☐ Program za zniževanje prekomerne telesne teže
   - ☐ Pregled terapije z zdravili
   - ☐ Individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja
   - ☐ Nobenih

   Drugo:
   - ☐ _____
   - ☐ _____

2. **Ali bi bili za katero od dodatnih storitev pripravljeni plačati?**

   DA NE

3. **Če ste odgovorili z DA, vas prosim, da poveste, za katero od dodatnih storitev bi bili pripravljeni plačati:**
   - ☐ Merjenje krvnega tlaka
   - ☐ Merjenje krvnega sladkorja
   - ☐ Merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov
   - ☐ Program odvajanja kajenja
   - ☐ Program za zniževanje prekomerne telesne teže
   - ☐ Pregled terapije z zdravili
   - ☐ Individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja

Drugo:

☐ _____

☐ _____

4. Kakšen je najvišji znesek, ki bi ga bili pripravljeni plačati za izbrano storitev?

☐ Merjenje krvnega tlaka

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

☐ Merjenje krvnega sladkorja

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

☐ Merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

☐ Program odvajanja kajenja

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

☐ Program za zniževanje prekomerne telesne teže

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

☐ Pregled terapije z zdravili

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

☐ Individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

Drugo:

☐ _____

☐ 0 – 5 EUR , ☐ 5 – 10 EUR, ☐ 10 – 15 EUR, ☐ 15 – 20 EUR, ☐ _____ EUR

5. Kakšne so vaše mnenje ob uvajanju takšnih dodatnih storitev v lekarnah?

5.1 Ali menite, da so farmacevti kompetentni (usposobljeni) za izvajanje teh storitev?

DA NE NE POZNAM

Komentar:_____

_____

5.2 Ali so lekarne primerno mesto za izvajanje teh storitev?

DA NE NE POZNAM

Komentar:_____

Splošni podatki:

1. Starost: _____
2. Spol: M Ž

3. Stopnja dokončane izobrazbe:
   - ☐ poklicna šola ali manj
   - ☐ srednja šola
   - ☐ višja/visoka šola
   - ☐ univerzitetna izobrazba ali več

Zahvaljujem se vam za trud in čas, ki ste ga namenili za izpolnitev ankete.

Sabina Grm, mag.farm.

Priloga 2: Vprašalnik 2 (vodstva lekarn)

Spoštovani!
Sem Sabina Grm, študentka podiplomskega študija na Ekonomski fakulteti v Ljubljani. Pripravljam magistrsko nalogo s področja razvoja lekarniške dejavnosti, s poudarkom na možnosti uvajanja novih storitev v lekarnah. Anketa je popolnoma anonimna, rezultate bom uporabila izključno za svoje magistrsko delo.
Prosim, da odgovorite na naslednja vprašanja:

1. **Katere dodatne storitve že izvajate v vaši lekarni?**
   (možnih je več odgovorov)

   - ☐ Farmacevtska skrb pri hipertenziji
   - ☐ Farmacevtska skrb pri diabetesu
   - ☐ Merjenje krvnega tlaka
   - ☐ Merjenje krvnega sladkorja
   - ☐ Merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov
   - ☐ Program odvajanja kajenja
   - ☐ Program za zniževanje prekomerne telesne mase
   - ☐ Farmakoterapijski pregled

   Drugo:_____

2. **Ali jih zaračunavate uporabnikom?**

   DA NE

3. **Če ste odgovorili z DA, vas prosim, da napišete, za katero od dodatnih storitev zaračunavate uporabnikom.**

   _____

   _____

4. **Kje vidite ovire pri izvajanju novih storitev?**

   _____

   _____

Zahvaljujem se vam za trud in čas, ki ste ga namenili za izpolnitev ankete.

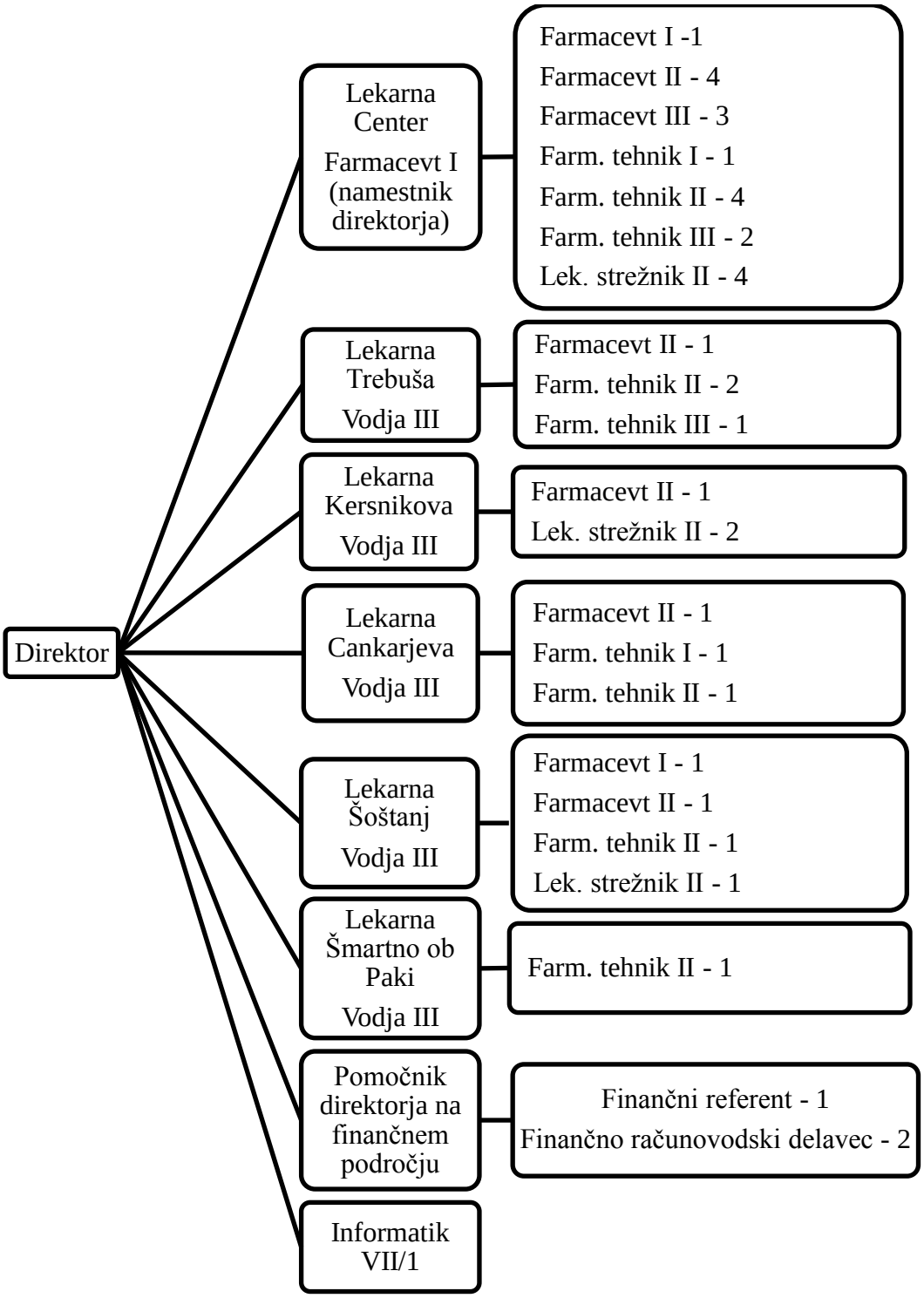
Sabina Grm, mag.farm.

Priloga 3: Koeficient korelacije med želeno storitvijo in pripravljenostjo za njeno plačilo (Spearmanov koeficient korelacije)

	Pripravljenost za plačilo					
Želena storitev	merjenje krvnega tlaka	merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov	program odvajanja kajenja	program za zniževanje prekomerne telesne teže	pregled terapije z zdravili	individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja
merjenje krvnega tlaka	**0,649 (p<0,001)**	NS	NS	NS	NS	NS
merjenje krvnega sladkorja	0,341 (p<0,001)	0,325 (0,001)	NS	NS	NS	NS
merjenje celokupnega holesterola in trigliceridov	0,187 (p=0,008)	**0,722 (p<0,001)**	NS	0,171 (p=0,015)	NS	NS
program odvajanja od kajenja	0,146 (p=0,038)	NS	**0,822 (p<0,001)**	0,318 (p<0,001)	0,187 (p=0,08)	NS
program za zniževanje prekomerne telesne teže	NS	NS	0,229 (p<0,001)	**0,757 (p<0,001)**	0,187 (p=0,008)	0,105 (p=0,140)
pregled terapije z zdravili	NS	NS	NS	NS	**0,613 (p<0,001)**	0,209 (p=0,003)
individualno svetovanje o zdravilih in izdelkih za ohranjanje in krepitev zdravja	NS	NS	NS	NS	NS	**0,570 (p<0,001)**

Legenda: NS – ni statistično značilno različno pri stopnji tveganja 5 %
p – statistična značilnost

Priloga 4: Organigram javnega zavoda Lekarna Velenje



Vir: Lekarna Velenje, Pravilnik o sistemizaciji delovnih mest (interno gradivo), 2012.

Priloga 5: Seznam uporabljenih kratic

PGEU – Pharmaceutical Group of the European Union
ReNPZV – Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva
SWOT – Strenghts Weaknesses Opportunities Threats
TQM – Total Quality Management
ISO – The International Organization for Standardization
BS OHSAS – British Standards – Occupational Health and Safety Management Standard
PDCA – Plan Do Check Act
BPR – Bussiness Process Reengineering
WHO – World Health Organisation
EuroPharm Forum –The European Forum of Pharmaceutical Associations
EFQM – European Foundation for Quality Managament
FIP – International Pharmaceutical Federation
SPSS – Statistic Package for the Social Sciences