UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

PRIMERJALNA ANALIZA JAVNIH IN ZASEBNIH LEKARN V SLOVENIJI

Ljubljana, januar 2026 JANKO KOZAMERNIK

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisani Janko Kozamernik, študent Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtor predloženega dela z naslovom Primerjalna analiza javnih in zasebnih lekarn v sloveniji, pripravljenega v sodelovanju s mentorjem red. prof. dr. Marko Jaklič

I Z J A V L J A M

1. da sem predloženo delo pripravil samostojno;

2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;

3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbel, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;

4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;

5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;

6. da sem pridobil vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označil;

7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnal v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobil soglasje etične komisije;

8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;

9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;

10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi;

11. da sem preveril verodostojnost informacij, ki izhajajo iz zapisov na podlagi uporabe orodij umetne inteligence.

V Ljubljani, dne 22. 1. 2026 Podpis študenta: Janko Kozamernik



POVZETEK

Lekarniška dejavnost v Sloveniji predstavlja pomemben del javne zdravstvene službe, saj zagotavlja prebivalstvu stalno, varno in strokovno preskrbo z zdravili ter farmacevtsko svetovanje. Sistem temelji na kombinaciji javnih lekarniških zavodov in zasebnih koncesionarjev, ki skupaj tvorijo razvejano mrežo lekarn po državi. Pravna ureditev lekarništvo opredeljuje kot dejavnost v javnem interesu, kar pomeni, da je dostopnost storitev prednostna naloga, ne glede na organizacijsko obliko izvajalca. Javni lekarniški zavodi so ustanovljeni s strani občin in delujejo kot del širše javne zdravstvene infrastrukture, medtem ko zasebni izvajalci z delovanjem na podlagi koncesije dopolnjujejo mrežo z večjo prilagodljivostjo in razpršenostjo.
Opisna predstavitev sistema pokaže, da se lekarne med seboj razlikujejo predvsem v organizacijskih postopkih, načinu upravljanja in odzivnosti na potrebe uporabnikov, medtem ko so strokovni standardi dela povsod enotni in zakonsko predpisani. V primerjavi z Avstrijo, kjer so lekarne izključno v zasebni lasti farmacevtov in Nizozemsko, kjer so pogoste kapitalske verige in izrazita digitalizacija, slovenski model ohranja uravnoteženost med javnim značajem dejavnosti in možnostjo zasebnega izvajanja.
Empirični del raziskave temelji na anketi med uporabniki lekarniških storitev, ki so izpostavili predvsem pogost stik z lekarnami in visoko stopnjo zaupanja v njihovo delo. Večina anketirancev ocenjuje kakovost storitev v javnih in zasebnih lekarnah kot zelo dobro, pri čemer so kot najpomembnejši element izpostavili strokovno svetovanje farmacevta. Uporabniki ne zaznavajo bistvenih razlik v dostopnosti zdravil med obema tipoma lekarn, nekoliko pa izstopa hitrejša obravnava v zasebnih lekarnah. Kljub temu del anketirancev meni, da javne lekarne zagotavljajo širšo dostopnost in večjo stabilnost preskrbe.
Povzetek kaže, da lekarniška dejavnost v Sloveniji ostaja dobro organizirana, strokovno utemeljena in uporabnikom prijazna, pri čemer lastniška struktura vpliva predvsem na organizacijske vidike, ne pa na osnovno kakovost ali varnost lekarniških storitev.

Lekarniška dejavnost v Sloveniji je nepogrešljiv segment javne zdravstvene službe, ki zagotavlja kontinuirano, varno in strokovno preskrbo z zdravili ter farmacevtsko svetovanje prebivalstvu. Organiziranost temelji na kombinaciji javnih lekarniških zavodov in koncesionarjev, kar omogoča vzpostavitev obsežne mreže lekarn po celotni državi. Pravna ureditev lekarništvo opredeljuje kot dejavnost v javnem interesu, s čimer je dostopnost storitev prioriteta ne glede na pravni status izvajalca. Javni lekarniški zavodi so ustanovljeni s strani občin in integrirani v širšo javno zdravstveno infrastrukturo, medtem ko koncesionarji prek sistema koncesij povečujejo prilagodljivost in razpršenost lekarniške oskrbe.
Analiza sistema izkazuje variabilnost med lekarnami predvsem na ravni organizacijskih postopkov, upravljanja in odzivnosti na zahteve uporabnikov, medtem ko strokovni standardi ostajajo enotni in zakonsko določeni. V primerjavi z Avstrijo, kjer so lekarne v izključni lasti farmacevtov, ter Nizozemsko, za katero so značilne kapitalske verige in visoka stopnja digitalizacije, slovenski model uravnoveša javni značaj storitev z možnostjo

zasebnega izvajanja. Lekarniška dejavnost v Sloveniji je racionalno strukturirana, strokovno podprta ter usmerjena k potrebam uporabnikov.

KLJUČNE BESEDE: javna služba, lekarniška dejavnost, koncesionar, javni zavod, lekarna

CILJI TRAJNOSTNEGA RAZVOJA



ABSTRACT

Retail Pharmacy sector in Slovenia constitutes a fundamental pillar of the national public healthcare system, ensuring a continuous, safe, and professionally governed supply of medicinal products, alongside comprehensive pharmaceutical counselling. Its organisational structure is characterised by a dual model that encompasses public pharmacy institutions and private concessionaires, jointly forming an extensive and territorially dispersed network of pharmacies throughout the country. The governing legal framework (ZZDej, ZLD-1) defines pharmacy practice explicitly as an activity performed in the public interest, thereby positioning the equitable accessibility of pharmaceutical services as a primary obligation irrespective of the provider's organisational or ownership form. Public pharmacy institutions, established by municipalities, operate as integral components of the broader public healthcare infrastructure, whereas concessionaires contribute supplementary flexibility and distributive reach through the concession-based system of service provision.

A systemic overview indicates that pharmacies differ predominantly in organisational procedures, managerial arrangements, and responsiveness to user needs, while the professional standards regulating pharmaceutical work remain uniformly prescribed, legally binding, and consistently upheld across all settings. When contrasted with Austria where ownership of pharmacies is strictly restricted to pharmacists and the Netherlands where corporate ownership structures and advanced digitalisation are prominent the Slovenian model occupies an intermediate position, balancing the public-service orientation of pharmacy practice with a regulated framework for private participation.

Empirical findings derived from a user survey demonstrate frequent utilisation of pharmacy services and a high degree of trust in the professional work of pharmacists. Respondents consistently rated service quality in both public and private pharmacies as very high, identifying professional pharmaceutical counselling as the most pivotal element of their interaction. Although users reported minimal differences in the availability of medicinal products between the two models, private pharmacies were perceived as somewhat more

efficient with regard to waiting times. Nevertheless, a proportion of respondents expressed the view that public pharmacies provide broader accessibility and greater structural stability in the supply of medicines.

Overall, pharmacy practice in Slovenia appears to be organisationally coherent, professionally robust, and strongly aligned with user needs. While ownership structure influences certain organisational dimensions, it does not substantively affect the core quality, safety, or professional integrity of pharmaceutical services, which remain consistently high throughout the system.

KEY WORDS: public service, pharmaceutical services, concessionaire, public institution, pharmacy

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



KAZALO

1 UVOD 1

1.1 Opis obravnavane problematike in opredelitev področja 1

1.1.1 Opredelitev področja 1

1.1.2 Opis problema 2

1.2 Namen magistrskega dela 2

1.3 Raziskovalno vprašanje 2

1.4 Cilji magistrskega dela 3

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA 3

2.1 Javna služba 3

2.2 Pravni okvir lekarniške dejavnosti 4

2.3 Organiziranost lekarniške dejavnosti 7

2.4 Uporabniška izkušnja 9

3 MEDNARODNA PRIMERJAVA AVSTRIJA – NIZOZEMSKA 10

3.1 Avstrija 11

3.2 Nizozemska 12

3.3 Povzetek primerjave Slovenije z Avstrijo in Nizozemsko 12

4 RAZLIKE MED JAVNIMI ZAVODI IN KONCESIONARJI 14

5 EMPIRIČNA RAZISKAVA 27

5.1 Metodologija raziskave 27

5.2 Predstavitev vzorca in orodij za zbiranje podatkov 28

5.3 Rezultati anketne raziskave 29

5.4 Intervjuji z lekarnarji koncesionarji in direktorji javnih zavodov 33

5.4.1 Intervjuji z izbranimi lekarnami 33

5.4.2 Intervju z Lekarniško zbornico Slovenije 38

5.5 Interpretacija in analiza rezultatov 41

6 DISKUSIJA 42

6.1 Razprava o ugotovitvah 42

6.2 Omejitve raziskave in predlogi za nadaljnje raziskave 43

6.2.1 Omejitve raziskave 43

6.2.2 Predlogi za nadaljnje raziskave 44
7 SKLEP 45
7.1 Povzetek ključnih ugotovitev 45
7.2 Predlogi za izboljšanje organizacije lekarniške dejavnosti 46
7.3 Prispevek raziskave k razumevanju vpliva lastniške strukture 48
SEZNAM KLJUČNE LITERATURE 50
LITERATURA IN VIRI 51
PRILOGE 53

KAZALO TABEL

Tabela 1: Glavne razlike med primerjanimi državami 12
Tabela 2: Razlike med javnimi lekarnami in koncesionarji 14
Tabela 3: Slovenski lekarniški trg 15
Tabela 4: Uporabljena sredstva v lekarniški dejavnosti 16
Tabela 5: Pregled pomembnejših številk izbranih lekarniških institucij 19
Tabela 6: Prihodki in presežki/dobički izbranih lekarn 21

KAZALO SLIK

Slika 1: Spol anketirancev 28
Slika 2: Starostne skupine anketirancev 28
Slika 3: Pogostost obiska lekarn 29
Slika 4: Obiski lekarn glede na vrsto lekarne 29
Slika 5: Dejavniki, ki vplivajo na izbiro lekarne 30
Slika 6: Zadovoljstvo glede na čas čakanja v lekarni 30
Slika 7: Zadovoljstvo z dostopnostjo zdravil 31
Slika 8: Zadovoljstvo s kakovostjo storitev 31
Slika 9: Vpliv lastništva 32
Slika 10: Dostopnost do redkih ali specializiranih zdravil v Javnih zavodih 32
Slika 11: Pomembnost cene zdravil pri izbiri lekarne 33

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik 1
Priloga 2: Vprašanja za intervju za lekarniško zbornico 3
Priloga 3: Vprašanja za intervju za lekarne 4

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško
AJPES - Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve (Agency of the Republic of Slovenia for Public Legal Records and Services)
d. o. o. - Družba z omejeno odgovornostjo (Limited Liability Company)
JAZMP - Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (Agency for Medicinal Products and Medical Devices)
MUR - Medicine Use Review (Pharmacy service for reviewing medicine use)
OZ - Obligacijski zakonik (Code of Obligations)
s. p. - Samostojni podjetnik (Sole Proprietor)
URS - Ustava Republike Slovenije (Constitution of the Republic of Slovenia)
ZGD - Zakon o gospodarskih družbah (Companies Act)
ZGJS - Zakon o gospodarskih javnih službah (Public Utilities Act)
ZJN-3 - Zakon o javnem naročanju (Public Procurement Act)
ZJU - Zakon o javnih uslužbencih (Public Servants Act)
ZJZP - Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (Public-Private Partnership Act)
ZLD-1 - Zakon o lekarniški dejavnosti (Pharmacy Act)
ZLS - Zakon o lokalni samoupravi (Local Self-Government Act)
ZZDej - Zakon o zdravstveni dejavnosti (Health Services Act)
ZZDej - Zakon o zdravstveni dejavnosti (Health Services Act)
ZZdr-2 - Zakon o zdravilih (Medicines Act)
ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Health Insurance Institute of Slovenia)

1 UVOD

Lekarniška dejavnost kot sestavni del primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji predstavlja temeljni segment zdravstvenega sistema. Njena osrednja funkcija je zagotavljanje varne, kakovostne in učinkovite preskrbe prebivalstva z zdravili ter drugimi farmacevtskimi izdelki, hkrati pa ima pomembno vlogo pri ohranjanju in krepitvi javnega zdravja. Izvaja se v različnih organizacijskih oblikah, med katerimi izstopajo javni lekarniški zavodi, koncesionarji in bolnišnične lekarne. Te oblike se razlikujejo glede na lastniško strukturo in pravno organiziranost, kar pomembno vpliva na način opravljanja javne službe v skladu z veljavno zakonodajo.

Poudaril bi, da ustanavljanje in delovanje zasebnih lekarn v Sloveniji skladno z Zakonom ni dovoljeno, saj lekarniško dejavnost lahko opravljajo le javni lekarniški zavodi. Kljub temu zakonodaja omogoča, da posamezniki ali pravne osebe opravljajo lekarniško dejavnost na podlagi podeljene koncesije - koncesionarji. Koncesionarji tako izvajajo javno službo v okviru mreže javne lekarniške dejavnosti, pri čemer so dolžni spoštovati enake strokovne, organizacijske in etične standarde kot javni zavodi.

Magistrsko delo je usmerjeno v primerjalno analizo delovanja javnih lekarniških zavodov in koncesionarjev s poudarkom na vplivu lastniške strukture na zagotavljanje kakovosti in dostopnosti storitev. Raziskava obravnava tudi, kako različni organizacijski modeli oblikujejo uporabniško izkušnjo pacientov ter vplivajo na uresničevanje načel enakosti in pravičnosti v dostopu do lekarniških storitev.

Cilj raziskave je oblikovati vpogled v delovanje lekarniškega sistema in preučiti njegov prispevek k učinkovitemu opravljanju javne službe. V okviru naloge bodo analizirani obstoječi zakonodajni okvirji in predpisi, ki urejajo lekarniško dejavnost, obenem pa bo posebna pozornost namenjena prihodnjim izzivom in razvojnim priložnostim, s katerimi se sooča lekarniška dejavnost v Sloveniji.

1.1 Opis obravnavane problematike in opredelitev področja

1.1.1 Opredelitev področja

Lekarniška dejavnost je regulirana dejavnost, ki ima v Sloveniji dolgo tradicijo. Gre za področje, ki je tesno povezano z zdravjem prebivalstva, zato je nadzor nad lekarniško dejavnostjo strog in urejen z zakonskimi akti, kot je Zakon o lekarniški dejavnosti. Lekarniška dejavnost se izvaja tako v javnih lekarniških zavodih, ki so v večinski lasti lokalnih skupnosti, kot pri koncesionarjih, ki so v lasti fizičnih ali pravnih oseb. Kljub temu, da vse pravnoformalne oblike delujejo v skladu z istimi zakonskimi zahtevami, se

med njima pojavljajo določene razlike v organizaciji, financiranju, poslovanju in odnosu do uporabnikov storitev.

1.1.2 Opis problema

V Sloveniji obstaja razprava o tem, ali lastniška struktura izvajalcev zdravstvene dejavnosti vpliva na kakovost, dostopnost zdravstvenih storitev in učinkovitost opravljanja javne službe. V zdravstveno dejavnost spada tudi lekarniška dejavnost, le-to pa sestavljajo javni lekarniški zavodi in koncesionarji. Glavna razlika med javnimi zavodi in koncesionarji izhaja iz lastništva – javni zavodi so v lasti občin oz. Ministrstva za zdravje RS, medtem ko so koncesionarji v lasti fizičnih oseb. Oboji se soočajo z različnimi izzivi, kot so kadrovanje, upravljanje in preskrba prebivalstva z zdravili. Ali razlike v lastništvu lahko vplivajo na poslovne odločitve lekarn in ali se lahko odražajo v načinu opravljanja javne službe ter posledično vplivajo na kakovosti storitev, ki jih prejemajo pacienti so vprašanja katere odgovore bom podal v nadaljevanju magistrskega dela, prav te razlike v lastništvu pa predstavljajo edinstven fenomen, ki se pojavlja v slovenskem javnemu zdravstvu v širšem pomenu.

1.2 Namen magistrskega dela

Namen magistrskega dela je analizirati in primerjati delovanje javnih lekarniških zavodov in koncesionarjev v Sloveniji ter poskušati ugotoviti, kako lastniška struktura vpliva na opravljanje javne službe. Z raziskavo želimo pridobiti vpogled v to, ali obstajajo bistvene razlike v kakovosti, dostopnosti in organizaciji lekarniških storitev med tema dvema oblikama organiziranosti ter kako te razlike vplivajo na opravljanje javne službe.

1.3 Raziskovalno vprašanje

Raziskovalno vprašanje, ki ga bomo obravnavali v magistrskem delu, je naslednje: Ali razlike v lastništvu lekarn lahko vplivajo na način opravljanja javne službe in posledično na uporabniško izkušnjo uporabnikov ter ali uporabniki opažajo razliko v razpoložljivosti zdravil glede na vrsto lastništva lekarne?

Metodologija raziskovanja bo temeljila na kombinaciji primerjav strokovne literature, zakonodajnih okvirov, ki se nanašajo na lekarniško dejavnost, kvalitativnih raziskovalnih metod in deskriptivne statistike, ki jo bomo uporabili v empiričnem delu ob analizi ankete med uporabniki lekarniških storitev v Sloveniji, ki jih prejemajo uporabniki tako v javnih zavodih kot pri koncesionarjih. Na ta način bomo izmerili njihovo zadovoljstvo s storitvami, vse skupaj pa bomo podkrepili z intervjuji izbranih lekarn.

1.4 Cilji magistrskega dela

Glavni cilji magistrskega dela so:

1 Preučiti teoretična izhodišča in zakonske okvire, ki urejajo lekarniško dejavnost v Sloveniji.
2 Izvesti primerjalno analizo delovanja javnih lekarniških zavodov in koncesionarjev, s poudarkom na vplivu lastniške strukture.
3 Oceniti vpliv lastniške strukture na kakovost in dostopnost lekarniških storitev.
4 Predlagati možne izboljšave v organizaciji in delovanju lekarniške dejavnosti, ki bi lahko prispevale k enakomernejši in bolj kakovostni oskrbi prebivalstva.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Javna služba

- Definicija javne službe

Pojem javne službe se je v terminologiji Republike Slovenije začel uveljavljati v času na prehodu v samostojno Slovenijo. V slovenski pravni red je bil ta koncept formalno uveden s sprejemom Zakona o zavodih, ki je na splošni ravni opredelil javne službe kot obliko izvajanja dotedanjih družbenih dejavnosti na vseh relevantnih področjih. Nadaljnjo normativno ureditev je kasneje prinesel Zakon o gospodarskih javnih službah (ZGJS) Ur. l. RS, št. 32/93, 30/98, ki je sistematično urejal gospodarske javne službe in vzpostavil podlago za njihovo izvajanje. Sprejetje obeh zakonov je pomenilo prehod od modela samoupravnih interesnih skupnosti k moderni ureditvi javne službe kot temeljne oblike izvajanja javnih nalog na področjih družbenih dejavnosti in materialne infrastrukture (Bauer, 2016, str. 14). Iz napisanega je nedvoumno, da pred osamosvojitvijo oz. ustanovitvijo samostojne države Slovenije koncesionarjev ni bilo, temveč samo lekarniški zavodi, ki v pravzaprav nespremenjeni obliki obstajajo še danes.

Že besedna zveza »javna služba« nakazuje, da se opravlja delo oz. služba za potrebe javnosti – družbe. Pravni terminološki slovar | ZRC SAZU opredeljuje državno javno službo kot službo, za katere organizacijo in upravljanje je odgovorna država oz. lokalna skupnost. Ta področja so predvsem zdravstvo, šolstvo, kultura itn. v obliki gospodarske ali negospodarske dejavnosti, ki v javnem interesu zagotavljajo javno dobro oz. javne storitve.

Nadalje podajamo opredelitev javne službe še z vidika izvora besede. Slovenska beseda »javen« izhaja iz praslovanskega jezika in je povezana z indoevropskimi koreninami. Njena izvorna oblika v praslovanščini je bila »javnъ«, kar je pomenilo »odprt«, »razkrit«, »dostopen vsem«. Izvorno se beseda povezuje s praslovanskim glagolom javiti (pomeni »prikazati, razkriti«), ki je tesno povezan s pojmom javnost – nekaj, kar ni skrito, ampak

razkrito širši družbi. Torej, beseda »javen« pomeni nekaj, kar je dostopno ali vidno celotni družbi in ima isti koren kot glagol »javiti se« (pomeni »pojaviti se, postati viden«) (Snoj, 2015)

Beseda »služba« izhaja iz staroslovanske besede »služba« oz. »služiti«, ki pomeni »delati«, »biti v službi«, »opraviti naloge«. Beseda je tesno povezana z glagolom »služiti«, ki izhaja iz praslovanskega glagola »služiti« (v pomenu »delati za nekoga, biti v službi«). Koren te besede je v indoevropskem jeziku leugh- ali leu- in je povezan z idejo služenja ali pomaganja. V širšem pomenu je služba pomenila nalogo, ki je bila opravljena za drugega, ali pa je stvar, ki je bila v upravljanju ali skrbi osebe, ki je za to odgovorna. Beseda »služba« lahko izhaja tudi iz nemške besede »Dienst«, ki pomeni »delo« ali »služba«. Ta nemški izraz je bil v slovenščino prevzet kot »dinst« in se je skozi čas prilagodil v »služba«, ki pomeni »delo« ali »delovno mesto«. V sodobnem pomenu beseda »služba« najpogosteje označuje delovno mesto ali naloge, ki so povezane z določenim poklicem (Snoj, 2015)

Miklavčič (2017) ugotavlja, da so v Sloveniji politične razprave že več kot desetletje zelo polarizirane med zagovorniki ohranjanja pretežno javnega modela in podporniki večje liberalizacije lekarniškega trga. Spremembe Zakona o lekarniški dejavnosti prinašajo poostren nadzor nad koncesijami, vezanosti koncesij na fizično osebo (magistra farmacije), prepovedi prenosa koncesij in časovne omejitve koncesij na 15 let. To kaže na izrazito politično voljo po ohranitvi močne vloge javnega sektorja in preprečitvi kapitalskih koncentracij ter privatizacije lekarniške mreže (Kovač, 2019).

- Lekarniška dejavnost kot javna služba

Lekarniška dejavnost je opredeljena kot ena izmed javnih služb že v Ustavi Republike Slovenije, kjer je v 50. in 51. členu opredeljena pravica do zdravstvenega varstva, ki ga ureja država, katerega del je tudi lekarniška dejavnost.

Poleg zagotavljanja osnovnih storitev je javna služba tudi mehanizem za uravnavanje socialnih razlik. Na primer, javno šolstvo omogoča dostop do izobraževanja vsem slojem prebivalstva, ne glede na njihove finančne zmožnosti. Enako velja za zdravstveno varstvo, ki mora temeljiti na načelu solidarnosti in univerzalne dostopnosti.

V Sloveniji tako lekarniška dejavnost ostaja predvsem v javnem interesu regulirana storitev z omejeno udeležbo zasebnega kapitala, kar kaže na politično kulturo, ki je izrazito previdna glede vpliva trga na zdravstveno varnost prebivalstva (Brezovnik, B., 2008, str. 40).

2.2 Pravni okvir lekarniške dejavnosti

- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) Ur. l. RS, št. 23/05 s spremembami

Temeljna pravila za organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema, vključno z lekarniško dejavnostjo kot delom javne zdravstvene službe, določa ZZDej, 2. člen. Pomemben je za opredelitev izvajalcev, pridobitev dovoljenj, vpis v registre in podeljevanje koncesij. Za lekarne je ključen predvsem tam, kjer se zakonodaja prepleta z določbami o mreži javne zdravstvene službe, kadrovskih pogojih in pravicah koncedentov. ZZDej v 38. členu opredeljuje lekarniško dejavnost kot tako, ki je ni mogoče opravljati kot zasebno zdravstveno dejavnost, vendar pa se lahko izvaja na podlagi koncesije.

- Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1), Ur. l. RS, št. 85/16, 77/17, 73/19, 186/21 in 112/24

Zakon o lekarniški dejavnosti opredeljuje lekarniško dejavnost kot javnozdravstveno službo, s katero se zagotavlja trajna in nemotena oskrba prebivalstva in izvajalcev zdravstvene dejavnosti z zdravili ter farmacevtska obravnava pacientov (ZLD-1, 5. člen). Lekarniška dejavnost se izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Mrežo lekarniške dejavnosti v skladu z Zakonom o lekarniški dejavnosti na primarni ravni zagotavlja občina ali več sosednjih občin skupaj, na sekundarni in terciarni ravni pa država (ZLD-1, 8. člen). Zakon o lekarniški dejavnosti nadalje opredeljuje tudi namen lekarniške dejavnosti in pogoje za zagotavljanje kakovostne in učinkovite preskrbe pacientov z zdravili ter drugimi izdelki za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja, pa tudi svetovanje glede njihove varne, pravilne in učinkovite uporabe. Poleg osnovnega namena, ki ga opredeljuje Zakon o lekarniški dejavnosti, lekarniška dejavnost zagotavlja tudi farmacevtske obravnave za ohranjanje zdravja in doseganje pričakovanih kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov zdravljenja. Nosilci lekarniške dejavnosti v Sloveniji so magistri farmacije z licenco. Nosilec lekarniške dejavnosti v okviru svoje pristojnosti zagotavlja smiselno uporabo zdravil pri zdravljenju in izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja, preprečuje nepravilno uporabo zdravil in izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja ter preprečuje škodo ali zdravstvene težave pacienta, ki bi lahko nastale kot posledica napačnega zdravljenja ali nepravilne uporabe zdravil in izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja. Nosilec lekarniške dejavnosti ravna tako, da ohranja nepristranskost in strokovno neodvisnost pri izvajanju lekarniške dejavnosti ter varuje ugled svojega poklica in lekarniške dejavnosti. Pri sprejemanju strokovnih odločitev je neodvisen, pri svojem delu pa ravna po najnovejših spoznanjih znanosti in stroke ter varuje javno zdravje in zdravje posameznega pacienta. Pri svojem delu upošteva Kodeks lekarniške deontologije.

- Zakon o zdravilih (ZZdr-2), Ur. l. RS, št. 17/14, 66/19, 102/24 – ZZKZ, 24/25 in 27/25 – popr.

Med tri krovne zakone, ki urejajo lekarniško dejavnost, lahko uvrstimo tudi Zakon o zdravilih. Le-ta podrobno ureja področje zdravil – od proizvodnje do prometa in izdaje. Za lekarne je pomemben zlasti zato, ker določa, kako morajo ravnati pri izdaji zdravil na recept in brez recepta, kako voditi evidence, obveščati bolnike ter zagotavljati sledljivost

in farmakovigilanco. Uvaja tudi določbe o e-receptih, informacijskih sistemih in centralnih bazah zdravil. Zakon v nobenem delu ne razlikuje med javnimi zavodi in koncesionarji.

- Ostala zakonodaja

Naslednji je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 72/06 s spremembami, ki ureja sistem financiranja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pomemben je za lekarniško dejavnost, ker določa pravice zavarovanih oseb do prejema brezplačnih zdravil, sistem doplačil, marže in pogoje za povračilo stroškov zdravil. Prav tako določa odnose med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in izvajalci lekarniških storitev. Tudi ta zakon v nobenem delu ne razlikuje med javnimi zavodi in koncesionarji.

Zakon o gospodarskih javnih službah (ZGJS) je, lahko rečemo, prvi zakon, ki je izključno namenjen javnim lekarniškim zavodom, ureja pa način izvajanja dejavnosti, ki so v javnem interesu, tudi kadar se opravljajo na trgu, kamor se uvršča tudi lekarniška dejavnost. Lekarniška dejavnost, kadar jo izvaja občinski lekarniški zavod, spada med gospodarske javne službe. Zakon določa oblike izvajanja, nadzor nad delom izvajalcev in pogoje za izvajanje te službe v skladu z načeli javnosti, dostopnosti in enakosti. Za zasebne koncesionarje, kadar opravljajo lekarniško dejavnost z vidika gospodarske družbe (d. o. o.), sta ključna Zakon o gospodarskih družbah (ZGD-1), Ur. l. RS, št. 65/09 – uradno prečiščeno besedilo, 33/11, 91/11, 32/12, 57/12, 44/13 – odl. US, 82/13, 55/15, 15/17, 22/19 – ZPosS, 158/20 – ZIntPK-C, 18/21, 18/23 – ZDU-1O, 75/23, 102/24 in 77/25 in Zakon o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO-2), Ur. l. RS, št. 117/06, 56/08, 76/08, 5/09, 96/09, 110/09 – ZDavP-2B, 43/10, 59/11, 24/12, 30/12, 94/12, 81/13, 50/14, 23/15, 82/15, 68/16, 69/17, 79/18, 66/19, 172/21, 105/22 – ZZNŠPP, 12/24, 100/24 in 85/25. Prvi določa način poslovanja, drugi pa davčno obremenitev njihove dejavnosti, predpisuje obdavčitev dobička in določa pravila za ugotavljanje davčne osnove, odbitne stroške ipd. Tudi javni zavodi kot gospodarske javne službe so delno podvrženi temu zakonu.

Zakon o dohodnini (ZDoh-2), Ur. l. RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 9/12 – odl. US, 24/12, 30/12, 40/12 – ZUJF, 75/12, 94/12, 52/13 – odl. US, 96/13, 29/14 – odl. US, 50/14, 23/15, 55/15, 63/16, 69/17, 21/19, 28/19, 66/19, 39/22, 132/22 – odl. US, 158/22, 131/23 – ZORZFS, 104/24, 22/25 – ZZZRO-1 in 40/25 – ZINR se dotika samo samostojnih podjetnikov; v lekarniški dejavnosti so koncesionarji pravnoformalno registrirani kot samostojni podjetniki. Osebni davek oz. dohodnina predstavlja v njihovem primeru davek od dohodka iz dejavnosti. Zakon o dohodnini določa, kako se obdavčuje dohodek fizičnih oseb, vključno z nosilci lekarniške dejavnosti, ki delo opravljajo samostojno. Ključne so določbe o priznanih stroških, prispevkih za socialno varnost in olajšavah. Ker je dohodnina, s katero so fizične osebe (v našem primeru koncesionarji – samostojni podjetniki) obdavčene za dohodek iz naslova dejavnosti,

progresiven davek, lahko zelo hitro zapadejo v najvišji dohodninski razred, ki je primerjalno z davkom od dohodka pravnih oseb lahko tudi do dvakrat višji. Ta davčna neenakost predstavlja konkurenčno prednost drugim pravnoformalnim oblikam gospodarskih družb, tako javnim zavodom, kot tudi družbam z omejeno odgovornostjo.

Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), Ur. l. RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US, 100/22 – ZNUZSZS, 28/23, 88/23 – ZOPNN-F in 83/25 – ZOUL ureja postopke javnega naročanja. Za javne lekarniške zavode pomeni obveznost, da določeno blago (zdravila, opremo in storitve) nabavljajo prek formalnih postopkov javnega naročila. To lahko vpliva na učinkovitost, stroške in hitrost oskrbe. Lekarne v zasebni lasti te obveznosti nimajo, kar je lahko v konkurenčna prednost koncesionarjev pred javnimi lekarniškimi zavodi.

Lekarniško dejavnost, ki je ena izmed bolj reguliranih dejavnosti, poleg predhodno opredeljene zakonodaje ureja še vrsta podzakonskih aktov in strokovnih smernic, kot so dobra distribucijska praksa, pravilniki in strokovni dokumenti, predvsem glede pogojev za izvajanje lekarniške dejavnosti. Na tem mestu jih ne bomo podrobneje obravnavali, saj veljajo za vse deležnike v lekarniški dejavnosti enako.

2.3 Organiziranost lekarniške dejavnosti

Lekarniško dejavnost izvajajo izvajalci lekarniške dejavnosti, ki so:
- javni lekarniški zavodi,
- pravne in fizične osebe s koncesijo za izvajanje lekarniške dejavnosti (v nadaljevanju: koncesionarji),
- bolnišnice in
- drugi izvajalci v skladu z Zakonom o lekarniški dejavnosti.

- Javni lekarniški zavod

Javni lekarniški zavod je pravna oseba javnega prava, ustanovljena s strani občine ali več občin za potrebe opravljanja lekarniške dejavnosti na območju ustanoviteljic.

- Koncesionar

Koncesionar je subjekt, ki mu je s koncesijsko pogodbo podeljeno dovoljenje izvajati dejavnost, ki je sicer v pristojnosti države ali lokalne skupnosti. Gre za pravno osebo, lahko fizično osebo, ki izvaja javno službo v svojem imenu in na lastno odgovornost, vendar na podlagi izrecnega pooblastila koncedenta. Koncedent je lahko država, občina ali regija, ki z izdajo koncesijskega akta prenese izvajanje določene storitve v javnem interesu na koncesionarja (ZGJS, 1993). V lekarniški dejavnosti je koncesionar praviloma zasebna lekarna, ki na podlagi podeljene koncesije izvaja lekarniške storitve na območju,

kjer je občina ugotovila potrebo, zlasti tam, kjer ni javne lekarne ali njene podružnice (Zakon o zavodih (ZZ), Ur. l. RS, št. 12/91, 8/96, 36/00 – ZPDZC in 127/06 – ZJZP).

- Bolnišnica

Bolnišnica je zdravstveni zavod, organiziran kot splošna, specialna ali univerzitetna ustanova, ki zagotavlja stacionarno zdravljenje, urgentne storitve, specialistično obravnavo, diagnostično podporo in oskrbo z zdravili – vse v skladu z zakonskimi standardi.

- Drugi izvajalci

Med druge izvajalce lekarniške dejavnosti sodijo tudi ambulante zdravnikov na primarni ravni. Ti lahko kot posebno obliko lekarniške dejavnosti vzpostavijo priročno zalogo zdravil, ki jo v sodelovanju z zdravnikom organizira lekarna. Takšna oblika oskrbe je dovoljena na območjih, kjer je najbližja lekarna oziroma njena podružnica oddaljena najmanj 10 kilometrov. Za izvajanje te dejavnosti mora občina izdati dovoljenje, pri čemer upošteva mnenje pristojne zbornice in pridobi soglasje ministrstva.

Lekarniška dejavnost na primarni ravni se izvaja v lekarnah in podružnicah lekarn, v manjšem obsegu pa tudi v ordinacijah na primarni ravni s priročno zalogo zdravil. Lekarniška dejavnost na sekundarni in terciarni ravni se izvaja v bolnišnicah. Za izvajanje lekarniške dejavnosti je treba pridobiti dovoljenje Ministrstva za zdravje v skladu z Zakonom o lekarniški dejavnosti.

- Lekarna

Lekarna je osnovna oblika izvajanja lekarniške dejavnosti na primarni ravni in je organizacijska enota javnega lekarniškega zavoda ali koncesionarja. V okviru lekarne se izvaja preskrba prebivalstva, zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili, medicinskimi pripomočki in drugimi izdelki za podporo zdravljenja ter ohranitev zdravja. Javni lekarniški zavod ustanovi občina ali več sosednjih občin skupaj po predhodnem mnenju pristojne zbornice in s soglasjem ministrstva.

Koncesionarju pa podeli koncesijo občina ali več sosednjih občin skupaj na podlagi koncesijskega akta, h kateremu izda soglasje Ministrstvo za zdravje na podlagi mnenja Lekarniške zbornice Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

- Podružnice lekarne

Podružnice lekarne praviloma delujejo v manjšem obsegu kot lekarne, vendar najmanj v obsegu, ki zagotavlja preskrbo prebivalstva z gotovimi zdravili. Podružnica lekarne lahko deluje samo pod strokovnim nadzorom lekarne, ki jo je organizirala (lekarna javnega lekarniškega zavoda ali koncesionar), za njeno poslovanje pa je odgovoren vodja lekarne, ki jo je organizirala. Za poslovanje podružnice lekarne mora občina, na območju katere se podružnica lekarne organizira, izdati dovoljenje na podlagi predhodnega mnenja

Lekarniške zbornice Slovenije in soglasja Ministrstva za zdravje. Podružnica lekarne se lahko organizira le v kraju, kjer ni lekarne in je organizirana zdravstvena dejavnost na primarni ravni. Poleg lekarniške dejavnosti lahko lekarne in podružnice lekarne opravljajo tudi druge dejavnosti, ki jih dovoljuje zakon.

Če v kraju, kjer je organizirana zdravstvena služba, ni lekarne ali njene podružnice, lahko lekarna pri zdravniku v tem kraju organizira priročno zalogo zdravil. Dovoljenje za organiziranje priročne zaloge zdravil izda občina, na območju katere se priročna zaloga zdravil organizira, na podlagi predhodnega mnenja Lekarniške zbornice Slovenije in soglasja Ministrstva za zdravje.

- Bolnišnična lekarna

Bolnišnično lekarno vzpostavi izvajalec zdravstvene dejavnosti na sekundarni ali terciarni ravni (bolnišnica) kot samostojno organizacijsko enoto, namenjeno preskrbi z zdravili, medicinskimi pripomočki in drugimi izdelki, potrebnimi za zdravljenje ter ohranjanje zdravja. Ta zdravila in pripomočki se uporabljajo pri hospitaliziranih bolnikih pod nadzorom zdravnikov ter ob odpustu pacientov kot del neprekinjene oziroma brezšivne oskrbe. Če bolnišnica izvaja nuklearno-medicinsko dejavnost, mora organizirati tudi radiofarmacevtsko lekarno, ki deluje skladno s predpisi s področja varstva pred ionizirajočimi sevanji (ZLD, člen 2).

2.4 Uporabniška izkušnja

V času digitalizacije zdravstvenega sektorja postaja razumevanje uporabniške izkušnje ključno tudi na področju lekarniške dejavnosti (ISO 9241-210:2019; Norman & Nielsen, 2016). Lekarne danes niso več zgolj mesta za izdajo zdravil, temveč vse bolj celostni ponudniki zdravstvenih storitev, kjer je kakovost interakcije s pacientom ključna za uspešnost in varnost zdravljenja (International Pharmaceutical Federation, 2021). Uporabniška izkušnja v tem kontekstu vključuje celoten proces uporabnikovega stika z lekarno – od fizične postavitve in dostopnosti lekarne, preko komunikacije z lekarniškim osebjem, do uporabe digitalnih rešitev, kot so e-recepti, spletno naročanje zdravil ali farmacevtska svetovanja na daljavo (World Health Organization, 2020; International Pharmaceutical Federation, 2021). Standard[1] ISO 9241-210 (2019) opredeljuje uporabniško izkušnjo kot »odzive in zaznave uporabnika, ki izhajajo iz uporabe izdelka, sistema ali storitve«, kar v lekarniškem okolju pomeni, da morajo biti tako fizični prostori kot tudi digitalne platforme zasnovane na način, ki pacientu omogoča dostopnost, razumljivost, varnost in psihološko udobje.

Po Normanu in Nielsenu (2016) uporabniška izkušnja vključuje vse stične točke med uporabnikom in organizacijo – v lekarniškem primeru to pomeni tudi predhodne

[1] ISO 9241-210 je standard, osredotočen na človeku prijazno oblikovanje interaktivnih sistemov, pri čemer poudarja uporabnost in uporabniško izkušnjo skozi celoten proces oblikovanja.

informacije na spletu, stik s farmacevtom, vizualno podobo lekarne, postopke ob izdaji zdravil ter tudi spremljanje pacientovega zadovoljstva po opravljeni storitvi. Pomembno je razumeti, da uporabniška izkušnja v lekarništvu ni samo tehničen, temveč tudi čustveni in vedenjski fenomen, ki lahko pomembno vpliva na stopnjo zaupanja v lekarniško osebje in na stopnjo upoštevanja farmacevtskih nasvetov.

V praksi International Pharmaceutical Federation in World Health Organization opredeljujeta uporabniško izkušnjo v lekarniškem okolju na več ravneh:

- Fizična uporabniška izkušnja: Postavitev lekarne, organizacija čakalnih vrst, zagotavljanje zasebnosti ob izdaji zdravil in dostopnost prostorov za gibalno ovirane osebe.
- Digitalna uporabniška izkušnja: Uporabnost spletne strani lekarne, dostopnost e-storitev (npr. rezervacija zdravil, oddaja e-receptov) ter kakovost uporabniškega vmesnika mobilnih aplikacij.
- Komunikacijska izkušnja: Jasnost in empatija farmacevtove razlage, prijaznost osebja in pripravljenost na odgovarjanje dodatnih vprašanj.
- Psihološki vidik: Občutek varnosti, spoštovanja in razumljenosti pri pacientu ter vpliv lekarne na njegovo celostno doživljanje zdravstvene oskrbe.

Raziskave International Pharmaceutical Federation in World Health Organization kažejo, da ima kakovostna uporabniška izkušnja v lekarniškem okolju neposreden vpliv na zdravstvene izide, saj izboljšuje zdravstveno pismenost, povečuje pripravljenost pacientov na sodelovanje in zmanjšuje možnost napak pri jemanju zdravil. Vlaganje v uporabniško izkušnjo v lekarniškem sektorju tako ni zgolj komercialni ali estetski vidik, temveč pomemben del zagotavljanja kakovostne in varne oskrbe pacientov.

3 MEDNARODNA PRIMERJAVA AVSTRIJA – NIZOZEMSKA

Pri raziskovanju razlik med javnimi zavodi in koncesionarji z vidika uporabniške izkušnje se kot smiselna kaže vključitev mednarodne primerjave. Za analizo sta bili izbrani Avstrija in Nizozemska, saj ponujata dva različna, a za slovenski kontekst posebej relevantna modela ureditve lekarniške dejavnosti.

Avstrija je Sloveniji neposredno sosednja država, s primerljivim kulturnim in gospodarskim okoljem ter približno enako velikostjo prebivalstva. Zdravstvena sistema obeh držav temeljita na obveznem zdravstvenem zavarovanju, razlikujeta pa se v regulaciji lekarniške dejavnosti in stopnji vključevanja zasebnega kapitala (Habl in drugi, 2012). Prav ta bližina omogoča bolj relevantno primerjavo, saj se razlike lahko neposredno interpretirajo v slovenskem prostoru.

Nizozemska velja za eno najbolj razvitih držav na področju zdravstvenih storitev, z visoko stopnjo digitalizacije, razvitimi dodatnimi farmacevtskimi storitvami ter

učinkovitim povezovanjem med primarno zdravstveno oskrbo in lekarnami (OECD, 2017). Vključitev Nizozemske v primerjavo omogoča vpogled v inovativne prakse, ki bi jih bilo mogoče prenesti tudi v slovenski sistem.

V Sloveniji obstaja mešani model, ki vključuje javne lekarniške zavode in zasebne koncesionarje. V Avstriji so lekarne v celoti zasebne, a močno regulirane, lastništvo pa je omejeno izključno na magistrirane farmacevte (Habl in drugi, 2012). Nizozemska je po reformah v devetdesetih letih omogočila lastništvo verig in podjetij, kar pomeni bistveno bolj liberaliziran sistem (Vogler in drugi, 2019). Ta raznolikost omogoča analizo vpliva pravno-organizacijskih ureditev na uporabniško izkušnjo.

Analiza razlik in podobnosti med Slovenijo, Avstrijo in Nizozemsko omogoča prepoznavanje elementov, ki bi jih bilo mogoče uspešno prenesti v slovenski kontekst – denimo razvoj dodatnih storitev, optimizacijo dostopnosti, digitalno podporo pacientom in izboljšanje odzivnosti na potrebe uporabnikov (OECD, 2017).

Izbor držav omogoča vpogled v tri različne ravni regulacije in liberalizacije lekarniškega sistema – od slovenskega mešanega modela, prek strogo reguliranega avstrijskega sistema, do liberaliziranega nizozemskega pristopa (Habl in drugi, 2012; Vogler in drugi, 2019).

3.1 Avstrija

V Avstriji lekarniško dejavnost ureja Apothekengesetz (Zakon o lekarnah), sprejet leta 1906 in kasneje večkrat dopolnjen. Lekarniška dejavnost je opredeljena kot strogo regulirana zasebna dejavnost, ki se izvaja v okviru javnega interesa. Država določa pogoje za odprtje lekarne, kot so demografski kriteriji, oddaljenost od drugih lekarn in obvezna strokovna usposobljenost nosilca lekarne. Lastništvo je omejeno izključno na magistrirane farmacevte, kar preprečuje vstop kapitalskih investitorjev v lekarniški sektor. Regulacijo in nadzor izvajata Avstrijska lekarniška zbornica (Österreichische Apothekerkammer) ter pristojni državni organi, kar vključuje nadzor kakovosti storitev, zalog zdravil in profesionalnih standardov farmacevtov (Habl in drugi, 2012).

Politični okvir temelji na konceptu Staatsaufsicht[2], torej državnega nadzora nad zasebnimi izvajalci. Vse lekarne so v zasebni lasti, vendar pod strogimi pogoji, ki zagotavljajo varstvo pacientov in stabilnost lekarniškega trga. Model združuje prednosti

[2] Staatsaufsicht (državni nadzor) je pravni institut, s katerim država nadzira delo in zakonitost delovanja avtonomnih ali decentraliziranih subjektov (npr. občin, javnih zavodov, zbornic), ne da bi neposredno posegala v njihovo samostojnost.

zasebnega lastništva in javnega nadzora, kar zagotavlja predvidljivost in enotno kakovost storitev, vendar manj spodbuja inovativne prakse (Habl in drugi, 2012).

3.2 Nizozemska

Nizozemska predstavlja primer liberaliziranega lekarniškega sistema, ki pa je kljub temu podvržen močni regulaciji. Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (Zakon o preskrbi z zdravili) določa varno izdajo zdravil in nadzor nad kakovostjo lekarniških storitev. Od reform v devetdesetih letih je lastništvo lekarn omogočeno tudi pravnim osebam, vključno z verigami in korporacijami, kar je privedlo do koncentracije lastništva in oblikovanja velikih lekarniških mrež (OECD, 2017).

Država skozi Inšpektorat za zdravje (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) in zdravstvene zavarovalnice ohranja ključno vlogo pri določanju cen zdravil ter standardov kakovosti. Politični okvir odraža nizozemski koncept pragmatičnega liberalizma, kjer se zagotavlja dostop do lekarniških storitev ob hkratnem dopuščanju tržnih mehanizmov (Vogler in drugi, 2019). Za uporabnike to pomeni razširjeno ponudbo storitev, široko digitalizacijo in tesnejšo integracijo z zdravstvenim sistemom, a hkrati tveganje za slabšo dostopnost v podeželskih območjih (OECD, 2017).

3.3 Povzetek primerjave Slovenije z Avstrijo in Nizozemsko

Sledi primerjava s Slovenijo prav zaradi organizacijskih razlik lekarniške dejavnosti med tremi državami. Pomembno je poudariti, da v Avstriji in na Nizozemskem vse lekarne delujejo kot zasebne, a so močno regulirane s strani države. Javnih zavodov, kot jih poznamo v Sloveniji, tam ni. Glavne razlike med primerjalnimi državami predstavljamo v tabeli 1.

Tabela 1: Glavne razlike med primerjanimi državami

Kriterij	Slovenija (javne lekarne in koncesionarji)	Avstrija (koncesionar)	Nizozemska (koncesionar)
Pravna oblika	Javne: javni zavodi Zasebne: d. o. o. / s. p.	Koncesionar (samostojne ali v verigah, kot d. o. o.)	Koncesionar (pogosto povezane v verige ali zavarovalnice)
Upravljanje	Javne: direktor, upravni odbor Zasebne: lastnik farmacevt	Lastniki farmacevti – stroga regulacija	Lastniki farmacevti ali podjetja, stroga licenčna pravila
Ustanovitelj	Javne: občina Zasebne: koncesionarji	Farmacevti (država ne ustanavlja lekarn)	Zasebniki, podjetja (država ne odpira lekarn)

Tabela 1: Razdelitev tabele nadaljevanje

Poročanje	Javne: javno poročanje, revizije, JAZMP Zasebne: FURS, JAZMP	Obvezno poročanje regulatorju (Apothekerkammer)	Centralizirano poročanje državi, strogi predpisi
Cene	Cene zdravil strogo regulirane, Javna naročila (javne lekarne)	Cene zdravil strogo regulirane	Tržno, cene zdravil določene v dogovoru z zavarovalnicami
Število lekarn	Omejeno s predpisi, javne lekarne pogosto tudi v ruralnih krajih, lekarniška mreža	Omejeno število lekarn (z dovoljenji), geografska regulacija	Neomejeno, a z licencami in nadzorom
Kadrovska politika	Javne: razpisi, fiksne plače Zasebne: prosta izbira	Prosta izbira, vendar vse osebe z licenco	Stroga licenciranja, vendar prosta zaposlitev
Fleksibilnost poslovanja	Javne: manj fleksibilne Zasebne: fleksibilne	Zelo omejena s predpisi – ni popolne tržne svobode	Srednja fleksibilnost, močna vloga zavarovalnic
Digitalizacija in inovacije	E-zdravstveni sistem v pripravi, e-recept, dostava zdravil ni dovoljena	E-zdravstveni sistem delujoč, e-recept	Napreden e-zdravstveni sistem, e-recept, dostava zdravil

Vir: Habl in drugi, 2012, Vogler in drugi, Slovenska zakonodaja, lastno delo

Primerjava Slovenije, Avstrije in Nizozemske jasno kaže, da ima regulativni in lastniški okvir neposreden vpliv na uporabniško izkušnjo. Avstrijski sistem zagotavlja visoko raven stabilnosti in varnosti za paciente, vendar hkrati manj spodbuja razvoj novih storitev in digitalnih rešitev (Habl in drugi, 2012). Nizozemski model prinaša bogato ponudbo dodatnih farmacevtskih storitev, digitalizacijo in bolj integrirano obravnavo pacientov, vendar s tveganjem koncentracije lastništva in zmanjšane dostopnosti v ruralnih območjih (OECD, 2017; Vogler in drugi, 2019). Slovenski mešani model se umešča med obe skrajnosti, zagotavlja relativno široko dostopnost lekarn, vendar je uporabniška izkušnja raznolika in pogosto pogojena z lokalnimi politikami ter organizacijskimi razlikami med javnimi zavodi in koncesionarji.

Za nadaljnji razvoj slovenske lekarniške dejavnosti se kot posebej pomembna kažeta stabilnost regulativnega okvira, ki je značilna za avstrijski model, ter uvajanje digitalnih in dodatnih storitev, kar uspešno prakticira Nizozemska. Ta spoznanja omogočajo oblikovanje podlag za razpravo o možnih prenosljivih praksah in prilagoditvah, ki bi lahko izboljšale uporabniško izkušnjo v slovenskem kontekstu.

4 RAZLIKE MED JAVNIMI ZAVODI IN KONCESIONARJI

Lekarniška dejavnost v Sloveniji predstavlja pomemben del zdravstvenega sistema, saj zagotavlja dostop do zdravil, svetovanja in drugih farmacevtskih storitev. V državi delujejo tako javni lekarniški zavodi kot koncesionarji, ki skupaj tvorijo raznoliko in kompleksno lekarniško mrežo z namenom zagotavljanja preskrbe z zdravili enakomerno po celotnem območju države in s tem enakopravno dostopnost zdravil za vse državljane. Kljub temu, da obe vrsti lekarn delujeta v okviru enotnega zakonodajnega in regulatornega okvira, se med seboj razlikujeta po številnih vidikih – od lastništva, financiranja in organizacije dela do dostopnosti, kakovosti storitev in poslovne usmerjenosti. Namen te analize je predstaviti ključne razlike in podobnosti med javnimi zavodi in koncesionarji ter odgovoriti na raziskovalno vprašanje, nazadnje pa potrditi ali ovreči raziskovalno hipotezo. Razlike med javnimi zavodi in koncesionarji, prikazane v tabeli 2, izhajajo predvsem iz pravne regulative, ki opredeljuje obliko pravnega subjekta, ustanoviteljstva, vodenja, financiranja in poročanja.

Tabela 2: Razlike med javnimi lekarnami in koncesionarji

Kriterij	Javne lekarne (javni zavodi)	Koncesionar
Pravna oblika	Javni zavod	Gospodarska družba (npr. d. o. o.) ali samostojni podjetnik
Ustanovitelj	Občina/skupnost občin	Fizična ali pravna oseba
Upravljanje	Direktor, upravni odbor, strokovni svet	Lastnik/družbenik, prosta odločitev pri vodenju
Zaposlovanje	Javni razpisi, javni plačni sistem	Prosto zaposlovanje, lastne kadrovske politike
Kriterij	Javne lekarne (javni zavodi)	Koncesionar
Poročanje	Obvezno javno poročanje, revizije, javno naročanje	Finančno poročanje po ZGD, notranji nadzor
Poslovna usmerjenost	Zadovoljevanje javnega interesa, stabilno poslovanje	Tržna učinkovitost, dobiček
Fleksibilnost	Manjša – odločitve odvisne od ustanoviteljev in predpisov	Večja – hitrejše prilagajanje trgu in inovacijam
Geografska razporeditev	Prisotnost tudi v nerentabilnih območjih	Poudarek na urbanih in donosnih lokacijah
Dostop do sredstev	Možna proračunska sredstva, a omejeno vlaganje	Investicije odvisne od dobička in poslovne strategije

Vir: Slovenska zakonodaja, Lastno delo

V nadaljevanju bomo z analitično obravnavo ključnih razlik med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesionarji na področju lekarniške dejavnosti v Sloveniji predstavili predvsem ključne razlike z vidika lastništva, finančnega poslovanja, javnega naročanja, nadzora in upravljanja ter kakovosti in dostopnosti storitev.

- Lastništvo

Različne pravnoorganizacijske oblike v javnem zdravstvu se odražajo tudi v različnih lastniških strukturah. Tako imamo na eni strani javne zavode v lasti oziroma ustanovljene s strani države oziroma lokalne skupnosti in na drugi strani koncesionarje kot samostojne podjetnike oziroma družbe z omejeno odgovornostjo. Vsi našteti delujejo v sklopu javne službe za potrebe javnega zdravstva.

V Sloveniji na primarni ravni zdravstvene dejavnosti sestavlja lekarniško dejavnost 24 javnih lekarniških zavodov s 198 lekarnami in 55 lekarniškimi podružnicami ter 86 koncesionarjev, od tega je 49 fizičnih oseb, 37 pravnih oseb v obliki družbe z omejeno odgovornostjo. Koncesionarji skupaj nastopajo na trgu s 87 lekarnami in 10 lekarniškimi podružnicami, lekarniško dejavnost pa na primarni ravni dopolnjujeta še dve bolnišnični lekarni. Kot je razvidno iz tabele 3 lekarniško dejavnost na primarni ravni tvori skupaj 352 organizacijskih enot (Lekarniška zbornica Slovenije, n. d.).

Tabela 3: Slovenski lekarniški trg

	PRAVNE OSEBE	LEKARNE	LEKARNIŠKE PODRUŽNICE	SKUPAJ LEKARNE
JAVNI ZAVODI	24	198	55	253
KONCESIONARJI	86	87	10	97
BOLNIŠNICE	2	2	0	2
SKUPAJ	112	287	65	352

Vir: Lekarniška zbornica

Iz navedenega lahko povzamemo, da v trenutnih razmerah, v katerih javno zdravstvo deluje, 72,4 % predstavljajo lekarne v lasti občin in države.

- Pravni status

Iz pravnega statusa izhajajo razlike predvsem v izvoru in uporabi sredstev za poslovanje; delitev je prikazana v tabeli 4. Javni zavodi so ustanovljeni s strani občin (včasih več občin skupaj) iz javnih sredstev, njihovo premoženje je javno, poslovanje je zavezano pravilom upravljanja z javnimi sredstvi. Ne glede na to, da se javni zavodi financirajo iz javnih sredstev, lahko na različne načine dopolnjujejo financiranje tudi z nejavnimi sredstvi, kot so javno-zasebno partnerstvo, donacije in sponzorstva. Na drugi strani so

koncesionarji kot zasebni izvajalci, in sicer poslujejo kot gospodarske družbe ali samostojni podjetniki, njihovo premoženje je zasebno in vlagajo zasebna sredstva v poslovanje.

Tabela 4: Uporabljena sredstva v lekarniški dejavnosti

	JAVNA SREDSTVA	ZASEBNA SREDSTVA
JAVNI ZAVODI	da	ne
KONCESIONARJI	da	da

Vir: AJPES in lastno delo

Ključna razlika je, da javni zavod deluje kot nosilec javne službe v javni lasti, medtem ko koncesionar javno službo opravlja zasebno, na podlagi podeljene koncesije, pri čemer lastništvo in poslovna odgovornost ostajata na strani koncesionarja.

- Finančno poslovanje

Financiranje javnih zavodov je vsaj navidezno enostavnejše. Čeprav tudi oni pridobivajo prihodke od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pacientov, velja domneva, da bo ustanovitelj pokril morebitni primanjkljaj, če bi do njega prišlo pri izvajanju javne službe, saj bi zaprtje javne lekarne pomenilo kršitev obveznosti zagotavljanja lekarniške mreže. V praksi se presežki javnih lekarn lahko vlagajo v razvoj lekarniške dejavnosti (odpiranje novih enot, posodobitev opreme) ali pa občine od javnih zavodov lahko zahtevajo določena sredstva iz naslova presežkov prihodkov nad odhodki.

Koncesionar nima zagotovila, da bo kdo pokril izgubo, in posluje na lastno odgovornost. Če njegova lekarna ne dosega dovolj prometa (premalo receptov, majhna skupnost), je sicer v interesu občine, da mu pomaga (morda z ugodno najemnino prostorov ali z dovoljenjem širjenja dejavnosti), a formalno finančno jamstvo ne obstaja. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije plačuje vsem izvajalcem po enakih tarifah; če si lekarna s tem ne pokrije stroškov, mora koncesionar razmisliti o racionalizaciji ali celo o odpovedi koncesije.

Tudi Ustavno sodišče RS je v odločbi U-I-194/17 poudarilo, da koncesionarji kot izvajalci zdravstvene dejavnosti nosijo poslovno tveganje »tveganje povpraševanja po njihovih storitvah«, zato operirajo po tržnem principu in jih je mogoče prepoznati kot podjetja. Da lahko delujejo na ta način, morajo izdati dovolj receptov, da pokrijejo stroške in ustvarijo prihodek zase. Javni zavodi zaradi svoje mrežne zasnove lažje prerazporedijo sredstva, dobičkonosne lekarne v urbanih središčih lahko krijejo stroške manj prometnih podeželskih enot znotraj istega zavoda, s čimer se ohranja dostopnost tudi tam, kjer lekarniška dejavnost sama po sebi ne bi bila finančno vzdržna. Koncesijski model takšne

notranje subsidiarnosti ne omogoča (en koncesionar = ena lekarna), zato mrežo na manj poseljenih območjih običajno zapolnjujejo podružnice javnih zavodov.

- Osebni dohodki in nagrajevanje kadrov

Farmacevtski kader – magistri farmacije in farmacevtski tehniki – predstavlja osrednji dejavnik kakovosti lekarniških storitev. Zato so sistemske razlike med javnim in zasebnim sektorjem lahko razvidne tudi pri višini in strukturi osebnih dohodkov zaposlenih ter nosilcev dejavnosti.

V javnih lekarniških zavodih so vsi zaposleni, vključno z vodstvom, obravnavani kot javni uslužbenci. To pomeni, da se njihove plače določajo na podlagi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in pripadajočih kolektivnih pogodb za dejavnost zdravstva in socialnega varstva ter splošne kolektivne pogodbe za javni sektor. Delovna mesta farmacevtov, farmacevtskih tehnikov itd. so razvrščena v plačne razrede, ki določajo osnovno plačo glede na zahtevnost dela, stopnjo izobrazbe in leta delovnih izkušenj.

Napredovanja potekajo po predpisih (npr. po določenem stažu ali ob doseganju specializacije se lahko uvrstitev dvigne za nekaj razredov). Plače v javnih zavodih so torej relativno standardizirane in neodvisne od poslovnega izida posamezne lekarne. Tudi direktorji javnih zavodov imajo plačo omejeno z javnosektorskimi plačnimi okviri, so uvrščeni v višje razrede dovoljene plačne skupine in podvrženi plačnim omejitvam, ki veljajo za javni sektor.

Variabilno nagrajevanje v klasičnem smislu (bonusi, delitev dobička) v javnih zavodih ne obstaja, saj presežki niso last zaposlenih. Možne so stimulacije v okviru dovoljenih dodatkov (npr. redna delovna uspešnost in povečan obseg dela) za izjemne dosežke, ki pa so v javnem sektorju omejene. Poleg osnovne plače javnim farmacevtom pripadajo dodatki, kot so dodatek na delovno dobo, morebitni dodatek za specializacijo (če jo opravijo), dodatek za delo ob nedeljah, praznikih ali dežurstva (če imajo dežurno službo). Ti dodatki so prav tako enotni po pravilih javnega sektorja. Vse navedeno zagotavlja primerljivost plač med različnimi javnimi zavodi – magister farmacije z določeno specializacijo in določeno delovno dobo ima primerljivo enako osnovno plačo v Ljubljani kot v manjšem kraju (morebitne razlike izhajajo le iz uspešnosti napredovanj ali notranje organizacije dela in iz tržnih dejavnikov). Po drugi strani pa ta rigiden sistem tudi pomeni, da javni zavod ne more brez omejitev povišati plače najboljšim kadrom ali ponuditi finančnih spodbud, ki bi presegale kolektivne okvire.

Zaposleni pri koncesionarjih niso javni uslužbenci, temveč delavci v zasebnem sektorju. Zanje neposredno ne velja sistem plačnih razredov iz javnega sektorja (razen če posamezni koncesionar prostovoljno uporablja tarife po vzoru javnega sektorja). Višina plač se v teoriji določa s pogodbo o zaposlitvi med delavcem in delodajalcem, pri čemer veljajo minimalne pravice po Zakonu o delovnih razmerjih ter morebitna panožna kolektivna pogodba. V praksi marsikateri koncesionar ponuja svojim farmacevtom

podobne plače kot javni zavodi, da obdrži kader – glede na omejeno število magistrov farmacije na trgu si ne more privoščiti bistveno slabših pogojev. Prav tako številni koncesionarji spoštujejo primerljivo razmerje med plačami farmacevtov in tehnikov kot v javnem sektorju, saj je to del uveljavljenih standardov poklica. Kljub temu pa ima koncesionar več svobode: lahko nagradi nadpovprečno uspešnega zaposlenega z višjo plačo, bonusi ali drugimi ugodnostmi, kar javni zavod težko stori izven enotnega sistema. Koncesionarji kot zasebni delodajalci lahko tudi prilagodijo strukturo plačila, npr. določen del izplačila v obliki nagrade ob koncu leta, izplačilo poslovne uspešnosti itn. Zaposleni pri koncesionarju imajo seveda enake pravice do dopusta, nadomestila za prehrano med delom in nadomestila za prevoz na delo, ki so zakonske.

Razlike se lahko pojavijo glede specializacij in izobraževanja. V javnih zavodih so programi specializacij farmacevtov organizirani in financirani pogosto centralno, medtem ko si mora farmacevt, zaposlen pri koncesionarju, specializacijo morda financirati sam ali mu jo plača delodajalec iz lastnih sredstev.

Na to neenakost koncesionarji opozarjajo že dalj časa; javni sistem financiranja izobraževanja ne omogoča financiranja pridobivanja specialističnih znanj z institucionalno podporo, ker koncesionarji nimajo neposrednega dostopa do javnih sredstev za izobraževanje, čeprav opravljajo enako javno službo. Poseben vidik pri koncesionarjih je osebni dohodek nosilca lekarne. V javnem zavodu nihče od posameznikov ne more neposredno prejemati dohodka na podlagi poslovne uspešnosti zavoda – direktor prejema plačo, ki je omejena, nasprotno pa ima lekarnar koncesionar kot lastnik podjetja ali nosilec s.p.-ja možnost, da si po plačilu vseh obratovalnih stroškov prenese ves preostali denarni tok. To pomeni, da uspešen koncesionar lahko dosega bistveno višji skupni letni dohodek kot katerikoli zaposleni farmacevt v javnem zavodu, saj poleg plače v smislu lastnega dohodka zajame še dobiček svojega podjetja. Ta dohodek sicer pride z davčnimi obremenitvami (dohodnina ali davek na dobiček), a vse, kar ostane po obdavčitvi, je njegova čista pridobitev. V letih uspešnega poslovanja lahko tako prilivi koncesionarja večkratno presežejo plačo farmacevta v javnem sektorju. Po drugi strani pa lahko v slabših časih ali ob visokih stroških (npr. investicija v prenovo lekarne, upad prometa) dohodek nosilca pade tudi pod raven plače zaposlenega – iz zapisanega sledi, da lekarnar koncesionar nosi celotno podjetniško tveganje sam. Struktura osebnih prejemkov se torej razlikuje – v javnem sektorju gre v celoti za fiksne plače in dodatke po predpisih, v zasebnem pa je prisoten tudi element podjetniškega dohodka. Javni uslužbenec ima torej varnejše in enakomernejše plačilo, koncesionar pa variabilen dohodek, ki je odvisen od uspeha. Slednji sicer ima možnost višjega zaslužka, a tudi možnost nižjega, sploh če pride do sankcij ali izgube koncesije, saj se lahko dohodek povsem izniči. Za zaposlene pri koncesionarju (ki niso lastniki) pa večjih razlik v primerjavi z javnimi zavodi ni, če delodajalec sledi plačnim standardom.

Pri analizi primerjave med javnimi zavodi in koncesionarji so bili v vzorec vključeni javni zavodi ter zasebne lekarne v obliki družb z omejeno odgovornostjo (d. o. o.), kar je

prikazano v tabeli 5. Razlog za takšno izbiro je v dostopnosti podatkov. Letna poročila javnih zavodov in gospodarskih družb so javno objavljena pri Agenciji Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve, medtem ko podatki o poslovanju samostojnih podjetnikov niso javno dostopni v enaki meri. Zato je bila analiza izvedena na podlagi naključnega vzorca javno objavljenih in primerljivih podatkov.

Tabela 5: Pregled pomembnejših številk izbranih lekarniških institucij

Lekarna	Tip	Število zaposlenih iz ur	Strošek dela	Strošek dela na zaposlenega	Strošek dela v % od prihodkov
Javni zavod 1	Javna	181,00	7.756.097,18	42.851,37	11,87 %
Javni zavod 2	Javna	219,00	9.404.815,66	42.944,36	12,29 %
Javni zavod 3	Javna	323,00	15.229.546,45	47.150,30	7,50 %
Koncesionar 1	Zasebna	6,74	368.772,93	54.714,08	11,51 %
Koncesionar 2	Zasebna	6,44	293.421,50	45.562,34	13,11 %
Koncesionar 3	Zasebna	18,37	859.645,57	46.796,17	11,28 %

Vir: AJPES in lastni izračun

- Davčno poslovanje

Davčni položaj lekarniške dejavnosti je tesno povezan tudi z davčnim in prispevkovnim sistemom, ki se v javnem in zasebnem sektorju odraža različno. Osnovni viri prihodkov so sicer v obeh primerih podobni, če že ne enaki. Javna služba lekarništva se financira pretežno preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki lekarniškim izvajalcem plačuje storitve izdaje zdravil na recept (po ceniku in maržah, določenih na državni ravni), ter iz neposrednih plačil bolnikov (doplačila, zdravila in izdelki, ki niso kriti iz obveznega zavarovanja).

Javni lekarniški zavod je pravna oseba javnega prava in neprofitni subjekt. Morebitni presežek prihodkov nad odhodki (dobiček) ne sme biti izplačan zasebno, temveč se nameni za izvajanje lekarniške dejavnosti. Zakon določa, da javni zavod svoj presežek prvenstveno uporabi za zagotavljanje solventnosti in likvidnosti poslovanja ter za investicije v lekarniško dejavnost. Šele ko so ti cilji zagotovljeni, se lahko skladno z akti ustanovitelja del presežka nameni v proračun občine ustanoviteljice ali za druge namene v skladu z javnim interesom (to različno določajo odloki posameznih občin ustanoviteljic). Posledično javni zavod načeloma ne plačuje davka od dobička v klasičnem smislu, saj ne izkazuje obdavčljivega dohodka, namenjenega zasebnim koristim. Kadar lekarniški zavod izvaja poleg javne službe še tržno dejavnost (npr. prodaja kozmetike, svetovanje, laboratorijske storitve), mora to dejavnost beležiti ločeno, dobiček iz takšne tržne dejavnosti pa je lahko predmet obdavčitve z davkom od dohodkov pravnih oseb po splošni stopnji.

Koncesionar lahko organizira svojo dejavnost bodisi kot samostojni podjetnik posameznik (s. p.) bodisi kot gospodarska družba (najpogosteje družba z omejeno

odgovornostjo). Izbira pravnoformalne oblike zelo vpliva na vrsto davčne obveznosti. Če koncesionar deluje kot s. p., se njegov čisti dobiček obravnava kot dohodek iz dejavnosti fizične osebe in se obdavči po dohodninski lestvici (s progresivnimi stopnjami do 50 %, odvisno od višine dohodka). V tem primeru nosilec dejavnosti osebno plačuje tudi vse prispevke za socialno varnost (pokojninsko, zdravstveno itd.); kot samozaposleni si mesečno obračunava prispevke od osnove, ki je odvisna od preteklega dobička. Ti prispevki sicer zmanjšujejo davčno osnovo dohodnine, a predstavljajo znaten odliv, ki ga mora koncesionar kriti iz prihodkov lekarne. Alternativno se lahko koncesionar odloči za ustanovitev d.o.o.-ja – v tem primeru dobiček lekarne pripada družbi in se obdavči z davkom od dohodkov pravnih oseb. Koncesionar si kot lastnik lahko izplačuje plačo (na primer kot direktor družbe), ki se obdavči in prispevkuje enako kot plače v drugih zaposlitvenih razmerjih, morebitni preostali razpoložljivi čisti dobiček pa si lahko izplača kot dividendo, ki je ob izplačilu obremenjena še z dodatnim davkom na kapitalski dohodek (dohodnina od dividend, npr. 25 %). V obeh primerih (s. p. ali d. o. o.) koncesionar nosi polno davčno breme od svojega zaslužka. Pogosto se koncesionarji odločajo za d. o. o., saj kombinacija 19-odstotnega (22-odstotnega) davka na dobiček in 25-odstotnega davka na dividende lahko pomeni nižjo skupno obremenitev kot visoka dohodninska stopnja, obenem pa omogoča lažje finančno poslovanje (ločitev osebnega in poslovnega premoženja), ter na ta način davčno optimizirajo poslovanje.

Prispevki za socialno varnost za zaposlene v lekarništvu (pokojninski, zdravstveni, za starševsko varstvo, za primer brezposelnosti) so načeloma enaki po stopnjah ne glede na pravnoorganizacijsko obliko. V javnem zavodu je delodajalec zavod, v koncesijski lekarni pa bodisi pravna oseba (če gre za d. o. o.) bodisi koncesionar (s. p.), ki sam zase plačuje celotne prispevke. Z vidika zaposlenega farmacevta v lekarni to pomeni, da so neto plače ob enaki bruto višini primerljive v javnem in zasebnem sektorju (saj so prispevki in dohodnina zakonsko določeni enako). Razlika se pojavi pri nosilcih – javni zavod plačuje prispevke za direktorja (ki je zaposlen kot javni uslužbenec), koncesionar kot samozaposleni pa si prispevke plačuje iz svojega dohodka neposredno.

Davčna obremenitev javnih zavodov je torej posredno nižja glede na to, da se presežki ne obravnavajo kot klasičen obdavčljiv dobiček (ampak se reinvestirajo v dejavnost ali ostanejo v javnofinančnem sistemu).

Pri koncesionarjih je vsa ustvarjena dodana vrednost podvržena bodisi obdavčitvi dohodka fizične osebe bodisi davku na dobiček podjetja (in dividend). Z vidika davčne učinkovitosti to pomeni, da mora koncesionar dobro načrtovati finančne tokove, npr. del dobička lahko vlaga nazaj v lekarno (v obliki stroškov, investicij, zalog), s čimer zniža davčno osnovo, preostanek pa si izplača kot plačo ali dobiček. Javnemu zavodu pa morebitni presežek ostaja v okviru zavoda; če ga ne uporabi, ga lahko ustanovitelj (občina) preko ustreznih mehanizmov usmeri v javne namene, zato klasičnega razpolaganja z dobičkom kot pri gospodarskih subjektih ni. Ta razlika v davčno-finančni logiki vpliva tudi na motivacijo. Lekarnar koncesionar ima neposreden finančni interes v

učinkovitem, donosnem poslovanju (saj osebno pridobi, če zmanjša stroške in poveča promet), medtem ko javni zavod nima lastnika, ki bi si razdelil presežek, le-ta se nameni za širjenje dejavnosti ali ostane v javnem sektorju.

Cilj javnega zavoda je torej bolj naravnan k zagotavljanju storitve in stabilnemu poslovanju, ne k maksimiranju profita, medtem ko koncesionar nujno usklajuje javni interes z lastnim podjetniškim interesom. Pa vendar iz tabele 6 razberemo ravno nasprotno, da so javni lekarniški zavodi tisti, ki stremijo k višjemu presežku prihodkov nad odhodki (dobičku) bolj kot koncesionarji. To je pravzaprav logično, saj so prav slednji v celoti obremenjeni z davkom od dohodka pravnih oseb, javni lekarniški zavodi pa samo v delu tržne dejavnosti.

Tabela 6: Prihodki in presežki/dobički izbranih lekarn

Lekarna	Tip	Prihodki	Presežek/ dobiček	Presežek/ dobiček v % od prihodkov	Število enot	Prihodki na enoto
Javni zavod 1	Javna	65.325.427,76	1.051.599,03	1,61 %	23	2.840.235,99
Javni zavod 2	Javna	76.544.241,09	1.015.911,66	1,33 %	23	3.328.010,48
Javni zavod 3	Javna	203.060.728,96	5.522.547,34	2,72 %	50	4.061.214,58
Koncesionar 1	Zasebna	3.203.714,45	15.085,63	0,47 %	1	3.203.714,45
Koncesionar 2	Zasebna	2.238.547,24	–19.511,21	–0,87 %	1	2.238.547,24
Koncesionar 3	Zasebna	7.622.595,29	175.870,16	2,31 %	1	7.622.595,29

Vir: AJPES in lastni izračun

Kot že obravnavano, je ravnanje s presežki različno. Javni zavod ima omejeno gospodarsko avtonomijo – presežek mora porabiti v skladu z javnim interesom in ga niti zaposleni niti uprava ne morejo neposredno uporabiti za svojo korist oz. le delno (javni zavod lahko del presežka iz tržne dejavnosti nameni tudi za nagrade zaposlenim). To zagotavlja, da se finančna korist vrača v sistem (bodisi v izboljšanje storitev bodisi posredno v občinski proračun, ki financira druge javne potrebe).

Pri koncesionarjih je presežek zasebna last lastnika lekarne, kar lahko pomeni več vlaganj v zasebno lekarno (koncesionar, motiviran z dobičkom, bo morda investiral v širši nabor storitev, dodatno ponudbo izdelkov, agresivnejši marketing, ker pričakuje zasebno korist od povečanja prometa). Po drugi strani pa ta zasebni interes lahko vodi tudi v prakse, ki niso nujno v najboljšem javnem interesu, npr. tržno usmerjanje pacientov k večji potrošnji (ponujanje dodatnih prehranskih dopolnil, kozmetike) ali fokus na bolj dobičkonosne segmente (samoplačniška prodaja) na račun morda manj dobičkonosnih storitev (svetovanje o zdravilih, magistralno izdelovanje zdravil). V javnem zavodu je prioriteta storitev v javnem interesu (tudi če ni dobičkonosna, jo bodo izvajali, ker je to njihova naloga), medtem ko koncesionar to ravnotežje lažje nagne v smer profita – čeprav ga koncesijska pogodba in stroka zavezujeta k celoviti oskrbi.

- Administrativno poročanje in transparentnost

Javni zavodi so zavezani k večji transparentnosti. Njihovi letni finančni izkazi in poročila o opravljenem delu so javno dostopni dokumenti (objavljeni v letnih poročilih zavoda, poročilih občin itd.), prav tako so javne cene in stroški ključnih storitev. Koncesionarji kot podjetniki objavljajo le tiste podatke, za katere so obvezni (bilanca v Ajpesu za d. o. o., kar pa ne razkriva podrobnosti o stroških in strukturi storitev). Od zunaj je zato težje primerjati učinkovitost porabe sredstev med javnimi zavodi in koncesionarji. Eno od spornih vprašanj je, ali koncesionarji z enako financiranimi storitvami ustvarjajo nesorazmerno visok dohodek in ali je to še v skladu z naravo javne službe. Nadalje se postavlja vprašanje, ali je lekarniška dejavnost gospodarska dejavnost, kjer veljajo načela trga in konkurence, ali dejavnost, kjer velja načelo opravljanja javne službe ter s tem dostopnost in kakovost, ne pa dobiček.

Odprto ostaja tudi vprašanje, kako zagotoviti enakopravne pogoje. Koncesionarji so v preteklosti opozarjali na nekatere svoje slabše izhodiščne položaje (npr. glede financiranja strokovnih izpopolnjevanj, manj ugodnih nabavnih pogojev brez združevanja ipd.), medtem ko so javni zavodi opozarjali, da koncesionarji včasih izbirajo le lokacije »kjer se splača«, občine pa morajo vzdrževati lekarne tam, kjer koncesionarjem ne bi bilo donosno. Ta strukturirana razlika v poslanstvu – javni zavod kot izvajalec javne službe vs. koncesionar kot podjetnik z javno pogodbo zajema vse omenjene vidike financiranja in poslovanja.

Lekarniška dejavnost v Sloveniji se odvija na presečišču med javnimi in zasebnimi sferami, kar ustvarja edinstveno dinamiko financiranja in upravljanja. Javni lekarniški zavodi in koncesionarji delujejo znotraj iste regulative javne zdravstvene službe, vendar so podvrženi različnim sistemskim režimom. Javne lekarne so vklenjene v okvire javnega sektorja – s poudarkom na stabilnosti, enakosti dostopa in neprofitnem delovanju, medtem ko zasebne lekarnarje motivirata tudi podjetniški interes in osebni zaslužek, kar lahko spodbudi učinkovitost in prilagodljivost, a hkrati zahteva ustrezno regulacijo, da javni interes ni ogrožen.

Koncesijski model se je v zadnjih desetletjih razvijal od trajnih koncesij z močno avtonomijo zasebnikov do vse bolj določenih pogojev (časovna omejitev koncesij, vezanost na nosilca, posebna pravila nabave zdravil ipd.), s ciljem uravnotežiti konkurenčnost in javno odgovornost.

Lahko zapišem, da si na področju davčne in finančne obravnave javni in zasebni subjekti stojijo na nasprotnih bregovih – javni zavod reinvestira presežke in nima klasičnega obdavčenega dobička, koncesionar pa lahko profit pretvori v osebni dohodek, a ob polni davčni obremenitvi. Podobno pri plačah in kadrih: javni sistem zagotavlja enotnost in varnost zaposlitve, zasebni omogoča prilagodljivost in potencialno višje dohodke nosilcem. Javno naročanje in administracija sta za javne zavode pomenila določeno

breme, ki pa se z novimi pravili znižuje, medtem ko koncesionarji od začetka koristijo svobodo nabave in podjetniško upravljanje.

Fiskalno okolje javnih zavodov je v bistvu del širših javnih financ (presežki kot javna sredstva), medtem ko je pri koncesionarjih fiskalno okolje tržno (usmerjeno v rentabilnost poslovanja po plačilu vseh davkov). Sistemske razlike med obema oblikama se kažejo kot dvosmerni meč, po eni strani omogočajo pluralnost izvajanja lekarniške dejavnosti (kombinacija javnih in zasebnih akterjev pokriva potrebe prebivalstva), po drugi strani pa zahtevajo nenehno iskanje ravnotežja, da ne pride do neupravičenih neenakosti ali ogrožanja kakovosti. Akademsko in strokovno spremljanje tega področja izpostavlja potrebo po jasnejši razmejitvi med javno službo in tržno dejavnostjo v lekarništvu, saj je od tega odvisen tudi režim nadzora, financiranja in odgovornosti.

V zadnjih posodobitvah zakonodaje se kaže trend k poenotenju pravil igre (npr. časovno omejene koncesije, transparentna nabava zdravil, onemogočanje trgovanja s koncesijami), kar nakazuje zavedanje zakonodajalca, da mora biti javni interes pred zasebnim.

Za prihodnost lekarniške dejavnosti v Sloveniji bo ključno vprašanje, kako zagotoviti sinergijo med obema modeloma, izkoristiti prednosti javnih zavodov (mreža, zanesljivost, neprofitnost) in prednosti koncesionarjev (podjetniška učinkovitost, inovativnost), obenem pa zmanjšati slabosti (prevelika togost javnih, preveč komercialna naravnanost zasebnih). Le ob ustreznem nadzoru, financiranju in sodelovanju med ustanovitelji, stroko in koncesionarji bo lekarniška dejavnost še naprej uspešno zagotavljala dostopna in kakovostna zdravila za vse prebivalce v okviru vzdržnega zdravstvenega sistema.

Lekarniška dejavnost je v vseh evropskih državah del zdravstvenega sistema, a se modeli financiranja in poslovanja razlikujejo glede na državno ureditev, stopnjo regulacije trga in vlogo države pri zagotavljanju dostopnosti zdravil. V nadaljevanju povzemam razlike med slovenskim sistemom, kjer sobivata javni in zasebni model, ter modeloma v Avstriji in na Nizozemskem, kjer delujejo izključno koncesionarji pod različnimi stopnjami regulacije.

V Sloveniji lekarniško dejavnost izvajajo tako javni zavodi kot koncesionarji. Javne lekarne so ustanovljene s strani občin in delujejo kot javni zavodi. Njihovo financiranje temelji na povračilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za izdajo zdravil na recept, dodatni prihodki pa prihajajo iz prodaje zdravil brez recepta, prehranskih dopolnil in drugih izdelkov. Osnovni namen javnih lekarn ni ustvarjanje dobička, temveč zagotavljanje stabilne in enakopravne oskrbe prebivalstva, tudi v manj donosnih območjih. Pa vendar lahko iz tabele 5 razberemo, da tudi javne lekarne ustvarjajo celo višji dobiček/presežek prihodkov nad odhodki kot koncesionarji.

Koncesionarji v Sloveniji delujejo kot gospodarske družbe ali samostojni podjetniki. Prav tako prejemajo sredstva od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vendar imajo večjo tržno svobodo pri oblikovanju ponudbe in izvajanju dodatnih storitev (Lekarniška zbornica Slovenije, n. d.). Njihovo poslovanje je usmerjeno k doseganju dobička, zato se pogosto osredotočajo na urbanizirana okolja z večjo kupno močjo. Ob tem pa je pomembno poudariti, da tudi koncesionarji delujejo v okviru reguliranih cen zdravil na recept in pod nadzorom Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP, n. d.).

V slovenskem lekarniškem sistemu je sofinanciranje in poslovanje odvisno od pravno-organizacijske oblike izvajalca. Javni lekarniški zavodi poslujejo kot proračunski uporabniki in sredstva pridobivajo iz naslova storitev, financiranih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS), ter iz lastne dejavnosti. Koncesionarji izvajajo javno službo na osnovi koncesijske pogodbe, ki jim omogoča dostop do javnih sredstev, vendar pri tem poslujejo pod pogoji gospodarskega subjekta.

Podeljevanje koncesij temelji na odločitvah občin, ki so lahko tudi ustanoviteljice javnih zavodov in hkrati podeljevalke koncesij. To ustvarja strukturo, v kateri so koncesionarji lahko v podrejenem položaju pri širitvi dejavnosti, saj se občine v praksi raje odločajo za širjenje obstoječih javnih zavodov. Poleg tega trajanje koncesij, njihova obnovljivost in pogodbene določbe vplivajo na dolgoročno stabilnost zasebnih izvajalcev.

Davčno-finančni okvir se med javnimi zavodi in koncesionarji bistveno razlikuje. Javni zavodi ne plačujejo davka od dohodka pravnih oseb oz. samo za tržno dejavnost in so upravičeni do nekaterih proračunskih ugodnosti, medtem ko koncesionarji (če delujejo kot s. p. ali d. o. o.) plačujejo dohodnino oziroma davek na dohodek pravnih oseb. Poleg tega koncesionarji krijejo sami prispevke za socialno varnost in nimajo dostopa do nekaterih sistemskih podpor, ki so rezervirane za javne ustanove.

Razlike obstajajo tudi na področju osebnih dohodkov. Medtem ko so plače v javnih zavodih določene po enotnem plačnem sistemu v javnem sektorju, imajo koncesionarji večjo avtonomijo pri določanju višine osebnih dohodkov – bodisi za zaposlene, bodisi za sebe kot nosilce dejavnosti. Čeprav to omogoča večjo fleksibilnost, povečuje tudi finančno tveganje in nestabilnost.

- Javno naročanje

Javna naročila predstavljajo pomemben administrativni dejavnik pri poslovanju lekarniških ustanov. Javni zavodi kot entitete javnega sektorja so zavezani k spoštovanju Zakona o javnem naročanju pri nabavi blaga in storitev. To pomeni, da morajo ko kupujejo lekarniško opremo, zdravila, potrošni material ali druge storitve, izvesti postopke, ki zagotavljajo transparentno izbiro ponudnikov (npr. zbiranje ponudb, razpisi), zlasti ko vrednosti presegajo določene finančne meje. Koncesionarji v vlogi samostojnih podjetnikov ali zasebnih družb niso zavezani zakonodaji o javnem naročanju, saj

formalno ne štejejo za naročnike po Zakonu o javnem naročanju in niso neposredni uporabniki proračunskih sredstev, temveč izvajalci na podlagi pogodbe. Zato lahko koncesionarji nabavljajo zdravila in ostale potrebščine prosto na trgu, lahko izberejo kateregakoli dobavitelja pod konkurenčnimi pogoji, brez formalnih postopkov javnega razpisa. V praksi sicer pri nabavi zdravil ni velikega manevrskega prostora, ker je veleprodajna cena zdravil regulirana in enotna za vse kupce, kljub temu pa lahko koncesionarji sklepajo hitre dogovore z dobavitelji, se vključujejo v skupne nabavne verige (npr. združenja koncesionarjev) ter po potrebi agilno prilagajajo asortiment glede na komercialne pogoje (popusti na neregulirane izdelke, roki dobave ipd.).

Javni zavodi so se v preteklosti soočali s težavami pri togosti javnega naročanja v zdravstvu. Denimo pri nenadnih potrebah po določenih zdravilih (npr. ob motnjah v dobavah ali ob izrednih razmerah) so bili postopki javnega naročanja prepočasni ali neživljenjski. V zadnjem času je zakonodajalec te težave deloma naslovil s posebnimi določbami v Zakonu o lekarniški dejavnosti. Z novelo so uvedli izjeme od splošnih pravil javnega naročanja za nabavo zdravil. Novi 14.a člen Zakona o lekarniški dejavnosti od leta 2025 javnim lekarniškim zavodom omogoča nabavo zdravil pri veletrgovcih na prožnejši način. V bistvu se zanje ne uporabljajo klasični razpisi za vsak nakup, temveč lahko zavodi sproti kupujejo zdravila, ob pogoju zagotavljanja osnovnih načel transparentnosti (npr. vodenje evidenc o dobaviteljih, cenah in objava teh podatkov v letnem poročilu). Ta specialna ureditev, ki je izšla iz začasnih ukrepov za zagotovitev nemotene oskrbe z zdravili, pomeni, da je lekarnam v javnem sektorju dovoljeno sklepati pogodbe z dobavitelji zdravil neposredno, izven režima javnega naročanja po ZJN-3, če so izpolnjeni predpisani pogoji. S tem naj bi se doseglo, da javne lekarne ne zaostajajo za koncesionarji po hitrosti in konkurenčnosti pri zagotavljanju zalog zdravil. Kljub tej izjemi pa za ostale nabave (npr. oprema, storitve informacijske podpore, vzdrževanja ipd.) javni zavodi še vedno sodijo pod režim Zakona o javnem naročanju, kar v praksi pomeni več administrativnega dela in včasih višje stroške zaradi formalnosti postopkov.

Učinkovitost in gospodarnost nabav se lahko med sektorjema razlikujeta. Koncesionar, ki nima formalnih omejitev, lahko neposredno izbira najugodnejše ponudbe in se hitro prilagaja tržnim pogojem. Javni zavod pa mora pri večjih vrednostih spoštovati predpisane postopke, kar lahko privede do situacij, da so npr. oprema in nekatere storitve v javnih lekarnah dražje, kot bi bile ob neposrednem nakupu.

Posebno področje so javna naročila zdravil in medicinskih pripomočkov, kjer se v nekaterih primerih Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije centralno pogaja glede cen z dobavitelji za celoten trg v Sloveniji. Prav tako je cenovna politika zdravil na recept regulirana na državni ravni – cene zdravil so enake tako za javne zavode kot za koncesionarje. Razlika v nabavnih pogojih se lahko pojavlja pri zdravilih OTC in ostalem trgovskem blagu, kjer glavno vlogo igrajo trgovska marža in zaloge.

Vsi izvajalci lekarniške javne službe prejmejo enako plačilo za izdajo zdravila (nadomestilo za opravljeno storitev, določeno z uredbo), vendar morajo sami založiti sredstva za nabavo zdravil in gospodariti z zalogo. Tukaj lahko večji zavodi ali verige lekarn (javni zavodi s podružnicami) dosežejo prednost z optimizacijo zalog in notranjo distribucijo med enotami, medtem ko imajo posamezni koncesionarji manjšo zmožnost razpršitve tveganja manjkajočih zalog. Pri dragih in redkih zdravilih lahko koncesionarji težje vzdržujejo širok nabor zalog zaradi večjega finančnega bremena. Javni zavod lahko lažje nosi zalogo redkih dragih zdravil, saj ga financira celotna mreža, ima pa tudi zaledje ustanovitelja. Tako pravni okvir javnega naročanja posredno vpliva na dostopnost zdravil. Nedavni odmik od strogega režima naročanja zdravil pri dobaviteljih je v javnih lekarnah zmanjšal preteklo konkurenčno prednost koncesionarjev na tem področju in skušal izenačiti pogoje nabave v korist pacientov.

- Nadzor in upravljanje

Javne lekarne sledijo konceptu javnega upravljanja – imajo svet zavoda, ki vključuje predstavnike ustanovitelja (občine) ter strokovne in delavske predstavnike. Poslovanje je podvrženo nadzoru občine in tudi Računskega sodišča RS kot nadzornika javnih sredstev. Zavodi morajo izdelovati letna poročila po pravilih za javne zavode, spoštovati predpise o javnih financah in transparentno poročati o porabi sredstev. Koncesionarji so sicer zavezani poročati o izvajanju javne službe (npr. podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o realiziranih receptih, evidence za potrebe ministrstva ipd.), niso pa predmet nadzora Računskega sodišča ali neposrednega občinskega finančnega nadzora, saj ne upravljajo proračunskih sredstev. Njihovo poslovanje nadzirajo tržni nadzori – npr. Farmacevtski inšpektorat (strokovni nadzor nad izvajanjem lekarniške dejavnosti), Finančna uprava Republike Slovenije (davčni nadzor), Tržni inšpektorat (morebitno varstvo potrošnikov) in seveda Lekarniška zbornica v okviru podeljevanja licenc in strokovnega nadzora. Navedenim nadzorom so podvrženi tudi javni lekarniški zavodi. Administrativno poslovanje koncesionarja je bližje podjetju, vodi poslovne knjige skladno z računovodskimi standardi za gospodarske subjekte, sam skrbi za finančno stabilnost in likvidnost ter sam sprejema poslovne odločitve (npr. delovni čas lekarne, izbor dobaviteljev, zaposlovanje dodatnega kadra) – seveda v okviru, ki ga omejujejo koncesijska pogodba in strokovni standardi.

Javni zavod pa ima nekatere odločitve omejene s pravili javnega sektorja, npr. pri zaposlovanju mora upoštevati sistemizacijo in sredstva, odobrena s strani občine. Pri odpiranju nove enote (podružnične lekarne) potrebuje soglasje ustanoviteljev in izpolnitev pogojev v skladu z mrežo, pri investicijah nad določenim zneskom potrebuje odobritev ustanovitelja itd. To lahko včasih upočasni odzivnost javnih zavodov v primerjavi s koncesionarji, ki se lahko bolj avtonomno in hitreje odzovejo na potrebe trga (denimo prilagodijo odpiralni čas lokalnim razmeram brez dolgotrajnega potrjevanja).

- Kakovost in dostopnost storitev

Kakovost in dostopnost lekarniških storitev predstavljata temeljna kriterija za oceno učinkovitosti lekarniškega sistema. Vloga lekarniške dejavnosti presega zgolj izdajo zdravil, saj vključuje tudi svetovanje, farmacevtsko skrb in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi deležniki. Primerjava Slovenije, Avstrije in Nizozemske ponuja vpogled v različne pristope k zagotavljanju kakovostne in dostopne lekarniške oskrbe.

- Razkorak med javnim standardom in tržno učinkovitostjo

V Sloveniji kakovost storitev določajo nacionalni predpisi, strokovna priporočila Lekarniške zbornice Slovenije in nadzor Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke. Javne lekarne so zaradi stabilnega financiranja in širše mreže pogosto bolje prisotne na podeželju, kjer tržni interes koncesionarjev ni zadosten. To omogoča višjo geografsko dostopnost (ZZZS, n. d.). Kakovost storitev je v javnih lekarnah visoka, a pogosto manj inovativna, saj je poslovanje vezano na stroga javnofinančna pravila.

Koncesionarji lahko več vlagajo v dodatne storitve, sodobno opremo in digitalizacijo. S tem povečujejo uporabniško izkušnjo in raznolikost ponudbe, vendar njihova dostopnost ni povsod zagotovljena. Posledično se ustvarja tveganje neenakomerne dostopnosti v korist mestnih središč (Lekarniška zbornica Slovenije, n. d.). Skupno gledano so koncesionarji – čeprav izvajajo javno službo – podvrženi strožjemu fiskalnemu okolju, medtem ko javni zavodi uživajo večjo sistemsko stabilnost, a z manjšo operativno svobodo. Ta razlika ima posledice za razvoj storitev, vlaganje v kadre in inovacije ter upravljanje tveganj. Učinkovita regulacija mora upoštevati te razlike in zagotoviti pravične pogoje za izvajanje lekarniške javne službe, ne glede na lastniško strukturo.

5 EMPIRIČNA RAZISKAVA

Z namenom preučevanja percepcije uporabnikov o kakovosti, dostopnosti in vplivu lastništva na izvajanje lekarniških storitev je bila izvedena empirična raziskava s pomočjo anketnega vprašalnika v obdobju od 21. 01. 2025 - 11. 03. 2025 ter strukturiranega intervjuja s koncesionarji in javnimi zavodi. Anketa je bila razdeljena med naključno izbrane posameznike različnih starostnih skupin, s čimer smo želeli zajeti raznolika mnenja in izkušnje.

5.1 Metodologija raziskave

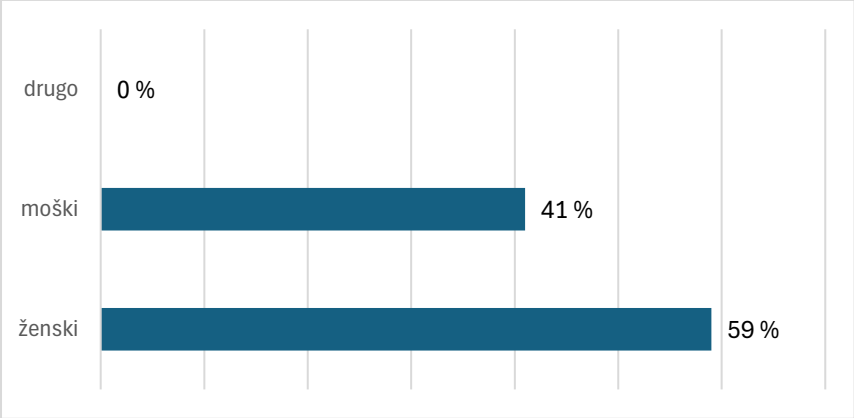
Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi zbiranja podatkov, pri čemer je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik z zaprtimi vprašanji. Vprašalnik je vključeval vprašanja o pogostosti obiskov lekarn, izbiri vrste lekarne, oceni kakovosti storitev ter zaznavah o vplivu lastništva na dostopnost in cene. Udeleženci so odgovarjali anonimno, kar omogoča večjo iskrenost in zanesljivost odgovorov.

Poleg ankete uporabnikov lekarn smo opravili tudi intervjuje med lekarnarji koncesionarji, direktorji javnih zavodov in Lekarniško zbornico Slovenije.

5.2 Predstavitev vzorca in orodij za zbiranje podatkov

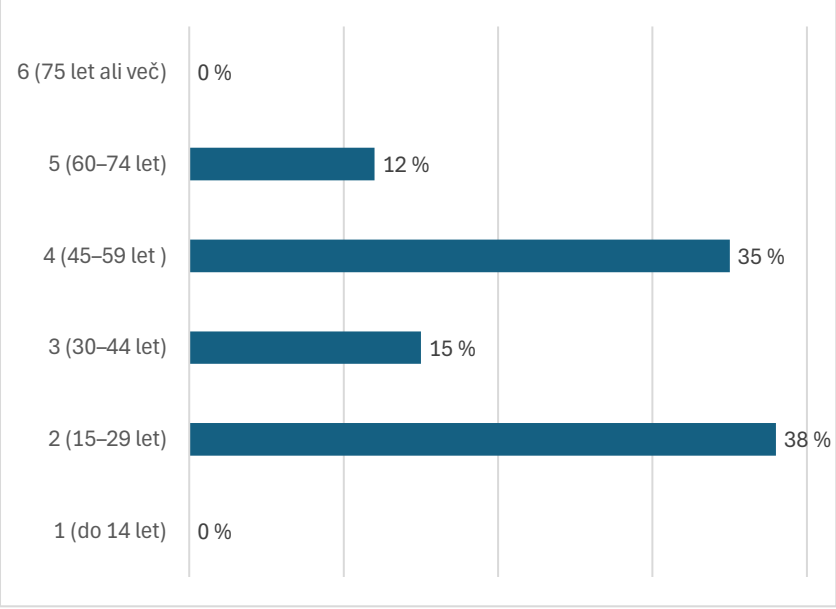
V raziskavi je sodelovalo preko 100 anketirancev, popolno anketo pa je oddalo 46 anketirancev, od tega 59 % žensk in 41 % moških (slika 1). Starostno so prevladovali posamezniki, stari od 15 do 29 let (38 %), sledijo posamezniki od 45 do 59 let (35 %), nato posamezniki od 30 do 44 let (15 %) (slika 2). Podatki so bili zbrani s pomočjo spletne ankete, ki je bila distribuirana prek e-pošte in družbenih omrežij.

Slika 1: Spol anketirancev



Vir: Lastno delo

Slika 2: Starostne skupine anketirancev

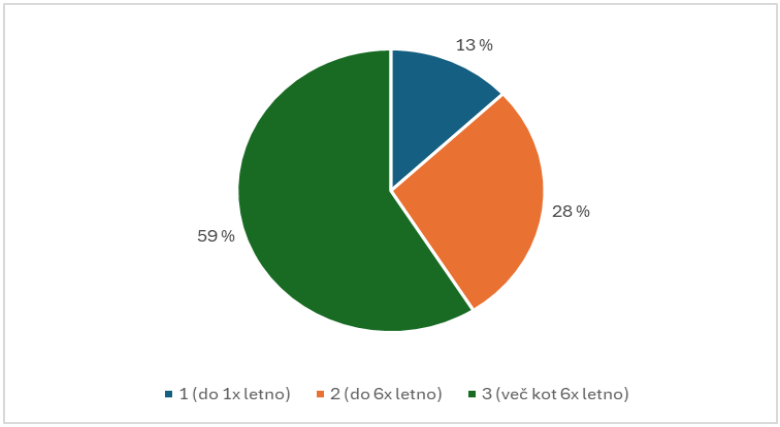


Vir: Lastno delo

5.3 Rezultati anketne raziskave

Rezultati anketne raziskave prinašajo pomembne vpoglede v vedenjske vzorce in preference uporabnikov lekarniških storitev. Večina anketirancev (59 %) lekarne obišče več kot šestkrat letno (slika 3), kar kaže na pogost in reden stik prebivalstva z lekarniško dejavnostjo. To potrjuje pomembno vlogo lekarn v vsakodnevni zdravstveni oskrbi.

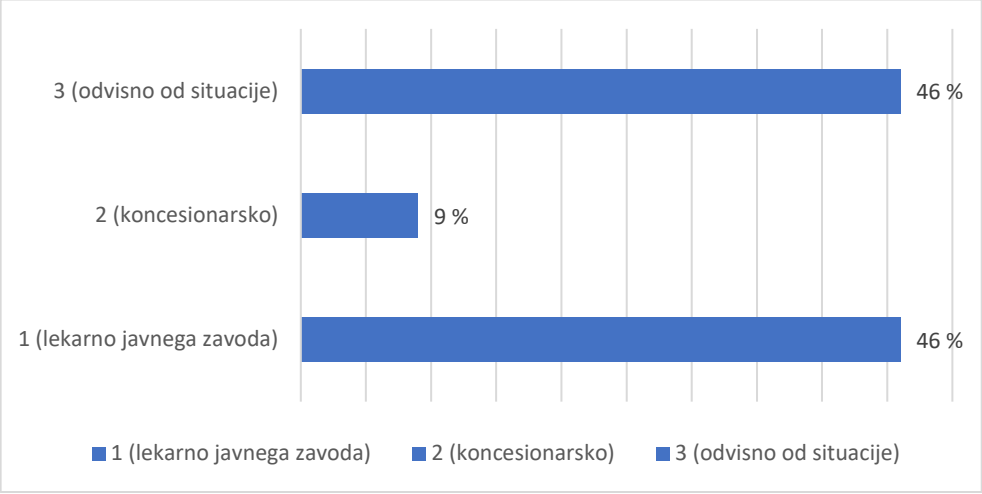
Slika 3: Pogostost obiska lekarn



Vir: Lastno delo

Pri vprašanju izbire lekarne (slika 4) 46 % anketirancev izbere lekarno javnega zavoda, enak delež pa pravi, da izbira lekarno glede na situacijo. Le 9 % redno obiskuje koncesionarsko lekarno, kar lahko nakazuje na višje zaupanje v javne lekarne ali boljšo dostopnost le-teh.

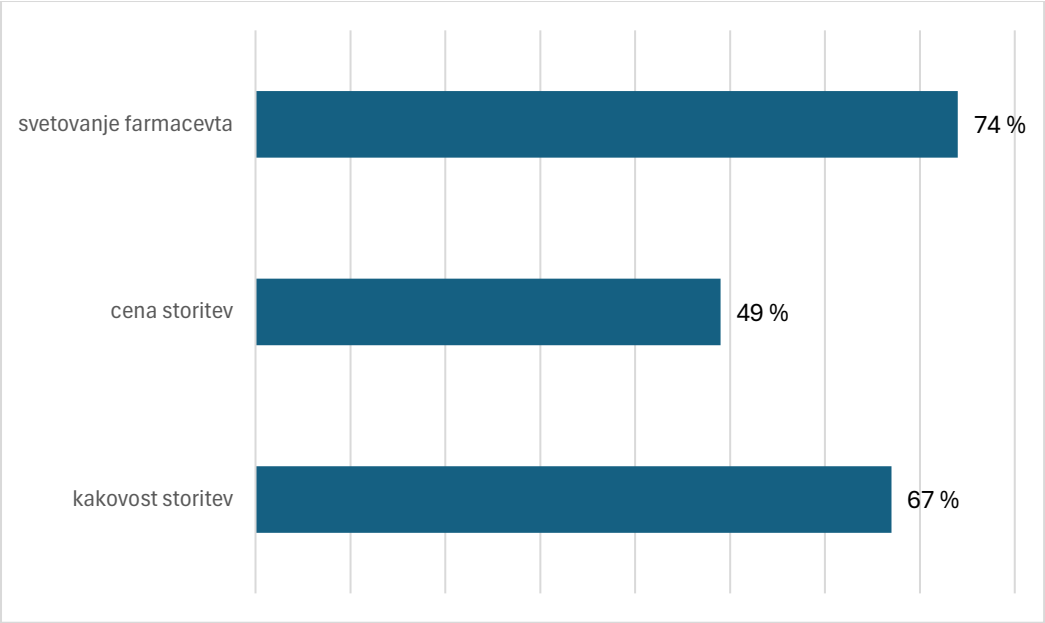
Slika 4: Obiski lekarn glede na vrsto lekarne



Vir: Lastno delo

Pri dejavnikih, ki vplivajo na izbiro lekarne (slika 5), so anketiranci kot najpomembnejše izpostavili: svetovanje farmacevta (74 %), kakovost storitev (67 %) in ceno storitev (49 %). Ta razporeditev kaže, da je za uporabnike najpomembnejši strokovni pristop in ne nujno cenovna ugodnost.

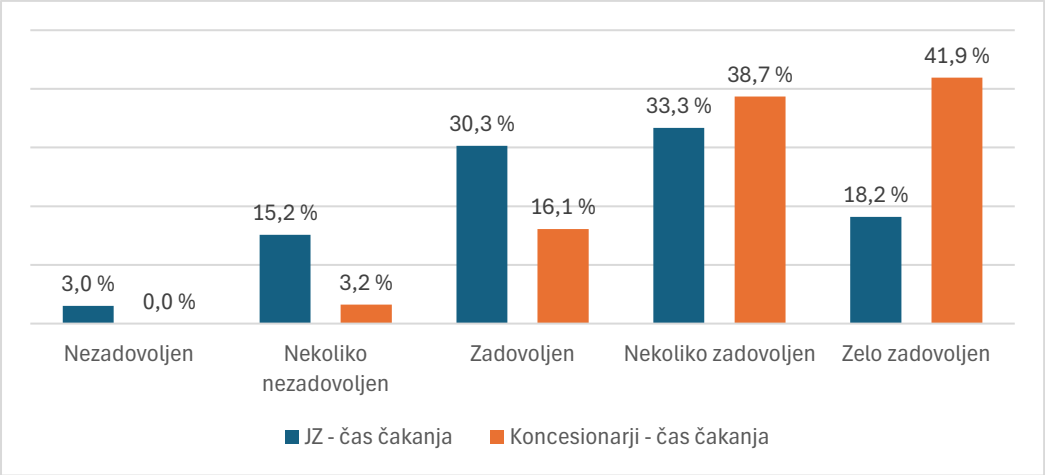
Slika 5: Dejavniki, ki vplivajo na izbiro lekarne



Vir: Lastno delo

Zanimiva je razlika pri času čakanja – medtem ko so lekarne javnih zavodov prejele povprečno oceno 3,6, so koncesionarske prejele višjo oceno 4,2, kar lahko kaže na večjo operativno učinkovitost v zasebnem sektorju (podrobneje na sliki 6).

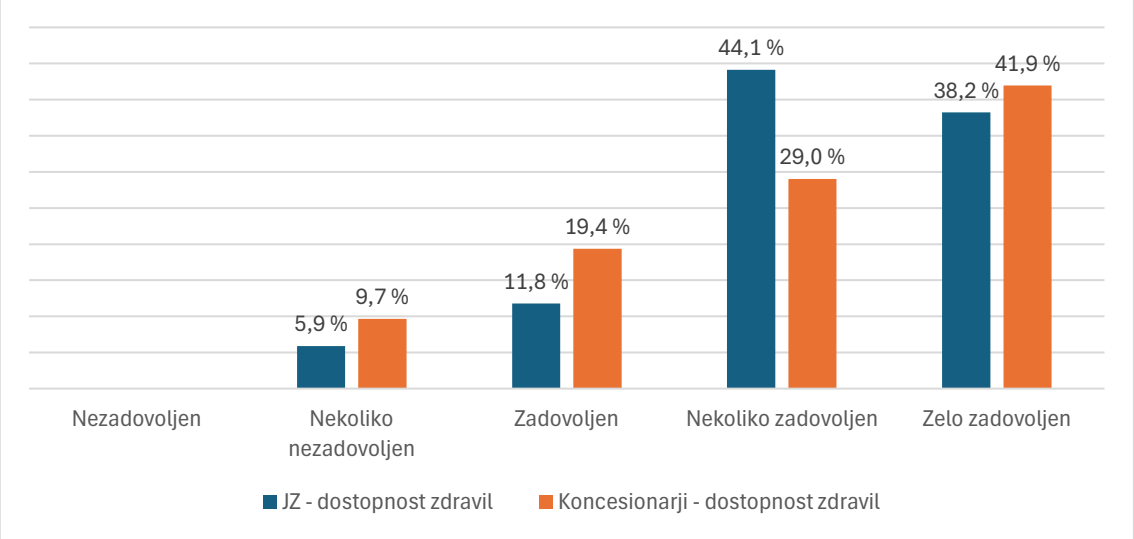
Slika 6: Zadovoljstvo glede na čas čakanja v lekarni



Vir: Lastno delo

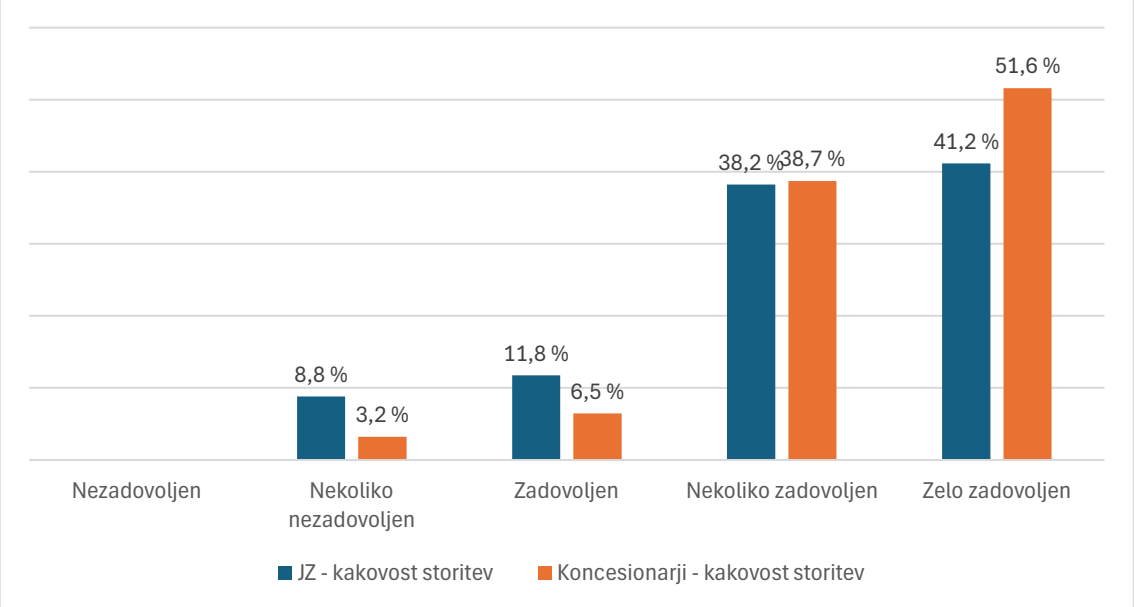
V delu, kjer so anketiranci ocenili izkušnje z javnimi lekarnami, so bile dostopnost zdravil (slika 7) in kakovost storitev (slika 8) ocenjene zelo visoko (povprečje 4,3).
Pri koncesionarjih so bile te ocene zelo podobne, kar pomeni, da uporabniki v obeh sistemih prepoznavajo visoko raven storitev.

Slika 7: Zadovoljstvo z dostopnostjo zdravil



Vir: Lastno delo

Slika 8: Zadovoljstvo s kakovostjo storitev

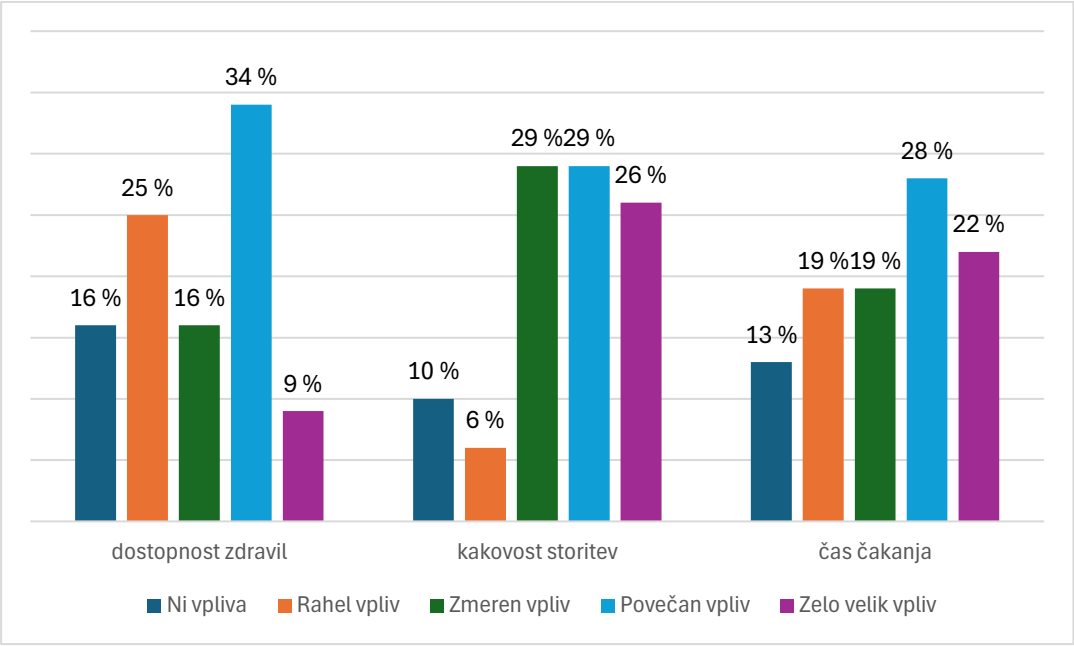


Vir: Lastno delo

Vprašanja o vplivu lastništva na posamezne dimenzije lekarniških storitev so pokazala srednje izražen vpliv (slika 9). Povprečna ocena vpliva lastništva na kakovost storitev

znaša 3,1, na čas čakanja 3,0 in na dostopnost zdravil 2,8. To kaže, da večina uporabnikov ne opaža izrazitih razlik, vendar nekateri kljub temu menijo, da ima lastništvo določen vpliv.

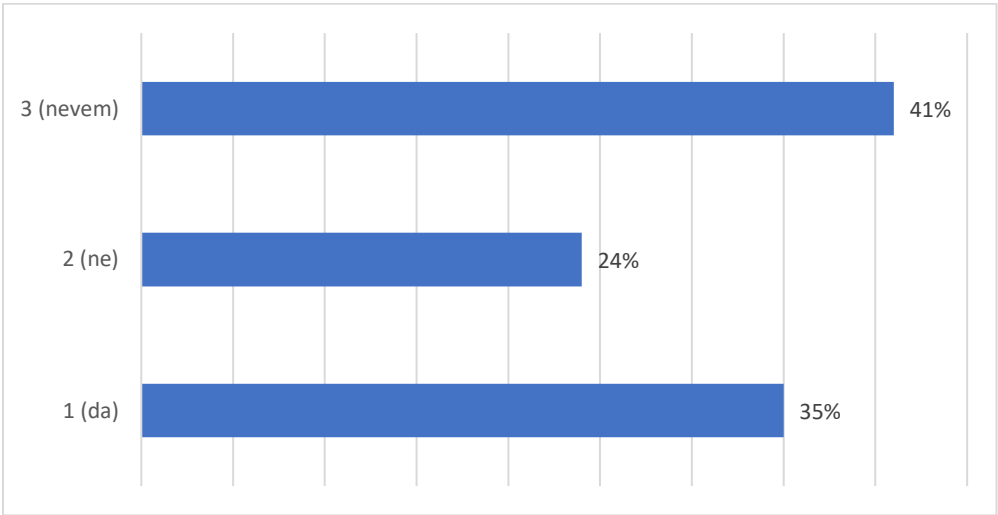
Slika 9: Vpliv lastništva



Vir: Lastno delo

Na vprašanje, ali javne lekarne zagotavljajo boljšo dostopnost do redkih ali specializiranih zdravil, je 35 % anketirancev odgovorilo pritrdilno, 24 % negativno, 41 % pa ni vedelo, kar kaže na neenotno percepcijo uporabnikov glede te tematike (slika 10).

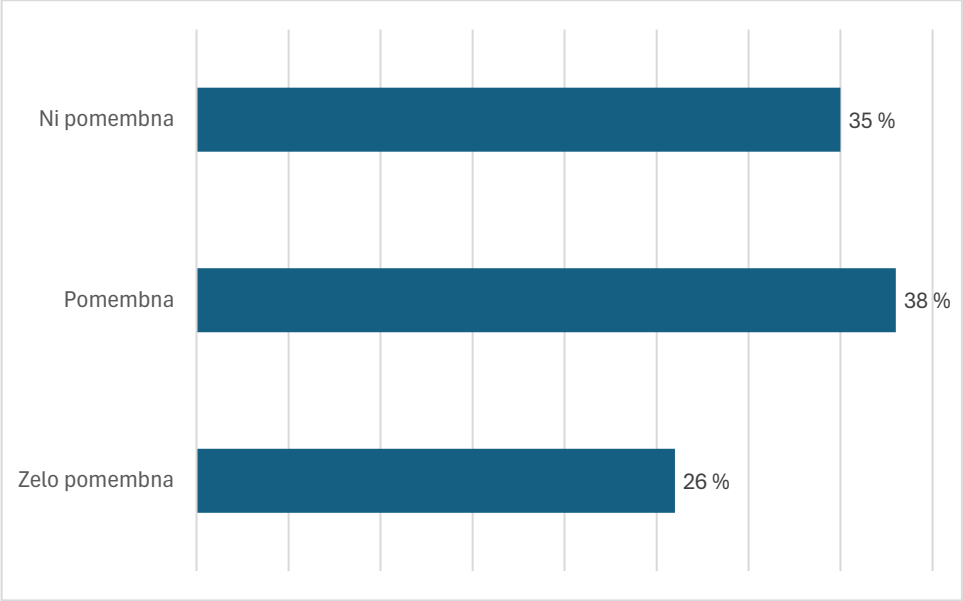
Slika 10: Dostopnost do redkih ali specializiranih zdravil v Javnih zavodih



Vir: Lastno delo

Pri vprašanju pomembnosti cene zdravila je 64 % anketirancev (sestavljeno iz odgovorov »zelo pomembna« in »pomembna«) izpostavilo, da ima cena pomembno vlogo pri izbiri lekarne. Kljub temu pa kar 65 % anketirancev meni, da so cene v javnih zavodih in pri koncesionarjih približno enake, kar nakazuje na učinkovito cenovno regulacijo, prikazano na sliki 11.

Slika 11: Pomembnost cene zdravil pri izbiri lekarne



Vir: Lastno delo

Zadnje vprašanje, ali naj bi bilo več lekarn v javnem lastništvu, je pokazalo, da več kot polovica anketirancev (51 %) podpira širitev javnega lekarniškega sistema kot garanta dostopnosti in enakosti storitev. To mnenje je pomembno z vidika oblikovanja prihodnjih politik na področju lekarniške dejavnosti.

5.4 Intervjuji z lekarnarji koncesionarji in direktorji javnih zavodov

Intervjuje z lekarnarji koncesionarji in direktorji javnih zavodov z vidika uporabniške izkušnje v okviru raziskovanja razlik med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami ter njihovega vpliva na uporabniško izkušnjo smo opravili s po dvema deležnikoma v okviru posamezne skupine, ki imata vsak eno delujočo lekarno predvsem v mestnem okolju in eno v podeželskem okolju, ter s krovno organizacijo Lekarniško zbornico. Namen pogovorov je bil pridobiti vpogled v organizacijske in praktične razlike, ki jih lahko zazna končni uporabnik – pacient ali obiskovalec lekarne.

5.4.1 Intervjuji z izbranimi lekarnami

1. Opis delovanja lekarne

Javna lekarna A (mestno okolje): »Naša lekarna deluje kot javni zavod, kar pomeni, da imamo vlogo v javnem zdravstvenem sistemu. Naš cilj ni dobiček, temveč dostopnost in kakovostna oskrba prebivalstva«.

Javna lekarna B (podeželje): »Naša lekarna ima posebno vlogo, saj smo edini vir zdravil v regiji«. Tu je ključno sodelovanje z lokalno skupnostjo.

Zasebna lekarna C (mestno okolje): Lekarna je samostojna, vodijo jo podjetniško, z upoštevanjem vse zakonodaje.

Zasebna lekarna D (podeželje): Lekarna je v družinski lasti, imajo osebni odnos do strank. Veliko vlagajo v lokalno skupnost.

---

2. Prednosti/slabosti

Javna A: Prednosti so stabilna zaposlitev in urejeni odnosi. Slabosti sta toga struktura in manj možnosti za inovacije.

Javna B: Prednosti sta stabilnost in javni interes. Slabost so dolgi postopki nabave in odločanja.

Zasebna C: »Prednosti, ki jih mi vidimo, so hitrejše odločanje, več svobode in proaktivnost, slabost je večja odgovornost.«

Zasebna D: Prednosti sta osebni pristop in hitrost odločanja. Slabosti sta velik pritisk in manj varnosti.

---

3. Usklajevanje z zakonodajo

Javna A: Lekarna postavlja na prvo mesto sodelovanje z Lekarniško zbornico. Redno spremljanje vseh sprememb zakonodaje z notranjimi kontrolami in protokolom je vgrajeno v sistem delovanja.

Javna B: »Sodelujemo z različnimi regulatorji, znotraj sistema se pojavlja precej administracije.«

Zasebna C: »Skrbimo za redno usklajevanje z zakonodajo in nadzorniki, tudi s pomočjo zunanjih svetovalcev.«

Zasebna D: Lekarna upošteva vse predpise, tudi s pomočjo zunanjih svetovalcev.

---

4. Kakovost storitev

Javna A: Kakovost je primerljiva z drugimi lekarnami. Poudarek je na strokovni usposobljenosti in nekaj manj na prodaji drugih izdelkov.

Javna B: »Kakovost zagotavljamo z nenehnim izobraževanjem in usmerjenostjo v paciente.«

Zasebna C: »Konkuriramo z dodatnimi storitvami – hitro svetovanje, meritve, personalizirane storitve.«

Zasebna D: Storitve prilagajajo potrebam, npr. dostavljajo zdravila v domove starejših občanov, izvajajo meritve krvnega tlaka in sladkorja.

---

5. Dostopnost storitev

Javna A: »V mestnem okolju je naša dostopnost dobra, konkuriramo tudi koncesijskim lekarnam. Nudimo tudi svetovanja.«

Javna B: Dostopnost lekarne po navedbah sogovornika je dobra, vendar včasih manjka kadra, kar podaljšuje čakalne vrste.

Zasebna C: »Imamo daljši delovni čas in prilagodljivost, zato smo bolj dostopni.«

Zasebna D: »Smo zelo dostopni – pogosto delamo tudi izven uradnega časa.«

---

6. Nadzor nad kakovostjo

Javna A: Imajo več stopenj nadzora in protokolov.

Javna B: »Imamo visoko postavljene standarde in redne notranje nadzore.«

Zasebna C: Kot manjši kolektiv skrbijo za kakovost v skladu z regulativo.

Zasebna D: Imajo popoln nadzor nad kakovostjo, odgovornost je ustrezno razdeljena.

---

7. Delovni pogoji

Javna A: Delovni pogoji so stabilni; redni urniki in manjša verjetnost nadur. Vendar imajo manj fleksibilnosti pri organizaciji dela.

Javna B: Delovni pogoji so dobri, vendar je ekipa pogosto preobremenjena.

Zasebna C: Delovni pogoji so fleksibilni, ekipa je vključena v odločanje.

Zasebna D: Delovni pogoji so fleksibilni, včasih pa tudi nepredvidljivi (nadure, urgentne situacije).

---

8. Zaposlitvene ugodnosti

Javna A: Več dopusta, varnejša zaposlitev, solidna pokojninska shema.

Javna B: Stalna zaposlitev, več prostih dni in določena varnost.

Zasebna C: Spodbudni bonusi, prilagodljiv urnik, možnost izobraževanj.

Zasebna D: Variabilno delo, dodatki in osebne nagrade.

---

9. Poklicno napredovanje

Javna A: Omejeno, saj je struktura fiksna. Napredovanja so redka.

Javna B: Omejeno – pogosto le specializacija ali selitev.

Zasebna C: Možno – tudi v vodenje lekarne in razvoj poslovnih idej.

Zasebna D: Možnosti so – konference, dodatne licence.

---

10. Vpliv financiranja

Javna A: Omogoča stabilnost, a omejuje investicije in nabavo.

Javna B: Vpliva na vse – od nabave zdravil do kadrovskih možnosti.

Zasebna C: »Moramo biti učinkoviti in skrbeti za donosnost.«

Zasebna D: »Glavni izziv – uravnoteževanje kakovosti in stroškov.«

---

11. Stabilnost financiranja

Javna A: »Trenutno je financiranje stabilno, kljub omejenim sredstvom.«

Javna B: »Imamo podporo občine in države, a se pritisk na stroške čuti.«

Zasebna C: »Dinamično, a tvegano.«

Zasebna D: »Učinkovito, a bolj tvegano kot pri javnih lekarniških zavodih.«

---

12. Pritiski varčevanja

Javna A: Pritiski na varčevanje so prisotni, zato je treba poslovati racionalno.

Javna B: Lekarna skrbi za optimalno poslovanje.

Zasebna C: »Varčujemo, kjer se le da, še posebej ob nihanju cen stroškov.«

Zasebna D: »Stalni, posebej pri nas v manjših krajih.«

---

13. Glavni izzivi

Javna A: Pomanjkanje kadra, birokracija, omejena vlaganja.

Javna B: Pomanjkanje kadra in modernizacija.

Zasebna C: Konkurenca, zaposlovanje, regulativa.

Zasebna D: Preživetje ob izgubi ključnih strank.

---

14. Izboljšanje dostopnosti/storitev

Javna A: Več vlaganja v kadre in digitalizacijo, podpora svetovalnim storitvam.

Javna B: Sodobna programska oprema in več podpore za dodatne storitve.

Zasebna C: Sodelovanje z javnimi lekarnami pri nabavi ali izmenjavi kadra.

Zasebna D: Sodelovanje z javnimi lekarnami in izmenjava znanja.

15. Vizija prihodnosti

Javna A: »V prihodnosti si želimo predvsem ohranitve lekarniške mreže, krepitve svetovalne vloge in boljšega sodelovanja z zdravniki.«

Javna B: »Da ostanemo del lokalne oskrbe; še več svetovanja in podpore starejšim.«

Zasebna C: »Naša vizija je usmerjena predvsem v razširitev vloge farmacevta, več svetovanja in preventive za bolj zdravo populacijo.«

Zasebna D: »Širitev funkcij v lokalno zdravstvo, večja vloga farmacevta pri zdravljenju pacientov.«

5.4.2 Intervju z Lekarniško zbornico Slovenije

Lekarniška zbornica Slovenije kot strokovna organizacija zastopa interese vseh lekarniških zavodov in koncesionarjev, ne glede na njihovo pravnoorganizacijsko obliko. Zato intervju ponuja dragocen vpogled v sistemsko perspektivo in aktualne izzive s področja lekarniške dejavnosti v Sloveniji.

1. Kako bi opisali osnovne razlike med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami v Sloveniji?

Kot poudarja sogovornik iz Lekarniške zbornice Slovenije, »v bistvu razlik v samem delovanju ni. Gre predvsem za lastniško oziroma pravnoorganizacijsko obliko – javne lekarne so ustanovljene kot javni zavodi, zasebne pa delujejo na podlagi koncesije kot koncesionarji oziroma gospodarske družbe. Vsi pa smo zavezani enakim strokovnim standardom in zakonodaji. Uporabnik teh razlik ne bi smel občutiti.«

2. Z vidika uporabnika: ali obisk lekarne v javnem zavodu ali pri koncesionarju pomeni tudi različno izkušnjo? Kje so razlike najbolj očitne?

Sogovornik nadalje podaja, da ne bi smelo biti razlik. »Vse lekarne, ne glede na lastništvo, izvajajo lekarniško dejavnost v skladu z enakimi predpisi in strokovnimi smernicami. Izkušnja uporabnikov je zato predvsem odvisna od posamezne ekipe, prostora, organizacije dela – ne pa od tega, ali je lekarna del javnega lekarniškega zavoda ali jo upravlja koncesionar.«

3. Koncesionarji pogosto oglašujejo bolj individualen pristop. Ali so po vašem mnenju pri svetovanju pacientom res v prednosti pred javnimi zavodi?

»Ne bi rekel, da se koncesionarji oglašujejo, gre bolj za obveščanje.« V lekarniški stroki velja profesionalna deontologija, ki določa, da mora biti svetovanje pacientu vedno strokovno in nepristransko. Prednosti v svetovanju torej ne bi smelo biti, saj veljajo enaki standardi za vse.

4. Kako se razlikuje dostopnost zdravil – bodisi na recept ali brez recepta – med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami?

»Dostopnost zdravil se med lekarnami javnih zavodov in koncesijskimi lekarnami ne razlikuje. Vsi delujemo v enotnem sistemu oskrbe z zdravili in smo zavezani k zagotavljanju razpoložljivosti zdravil skladno z nacionalnimi predpisi.«

5. Pogosto slišimo, da imajo koncesionarji več »prožnosti«. Se to pozna tudi pri odpiralnem času in odzivnosti na potrebe uporabnikov?

»Drži, koncesionarji imajo več možnosti samostojno določati delovni čas, kar jim včasih omogoča večjo prilagodljivost lokalnim potrebam.« Lekarne javnih lekarniških zavodov so pri tem nekoliko bolj omejene zaradi organizacije, »vendar se tudi te pogosto trudijo za razširjen odpiralni čas, kjer je to smiselno.«

6. Kako pa je z dodatnimi storitvami – na primer merjenjem krvnega tlaka, svetovanjem o prehranskih dopolnilih ali cepljenjem? Ali se ponudba bistveno razlikuje med sektorjema?

»Tukaj so pogosto prav javni lekarniški zavodi v prednosti, saj sodelujejo v številnih pilotnih projektih in imajo podporo občin oziroma države. Pomembnih razlik pa ni – vse lekarne si prizadevajo širiti nabor storitev in slediti potrebam uporabnikov.«

7. Ali uporabniki sploh vedo, ali so v lekarni javnega zavoda ali v koncesijski lekarni? In če ne – bi to morali vedeti?

»Nekateri uporabniki vedo, a v splošnem jih to ne zanima in jih tudi ne bi smelo posebej zanimati. Ključno je, da dobijo kakovostno storitev, strokovno svetovanje in prijazno obravnavo – ne glede na lastništvo lekarne.«

8. Se vam zdi, da pacienti pričakujejo drugačno raven storitev pri koncesionarjih kot v javnih lekarnah?

»Ne, pacienti pričakujejo in morajo prejeti enako raven storitev v vseh lekarnah. To tudi zagovarjamo na zbornici – kakovost in varnost morata biti enaka za vse uporabnike, kjerkoli se znajdejo.«

9. V zadnjih letih se razvija digitalizacija zdravstvenih storitev. Kdo je pri tem hitrejši – javne lekarne ali koncesionarji?

»Na področju digitalizacije vsi enako sledimo razvoju. Lekarne so vključene v sistema eRecept in eNapotnica ter druge digitalne rešitve. Tako javne lekarne kot koncesionarji se trudijo biti dostopni tudi preko spletnih kanalov.«

10. Kaj kažejo podatki oziroma povratne informacije uporabnikov? So pritožbe in pohvale bolj vezane na tip lekarne ali na konkretne lokacije in ekipe?

»Povratne informacije so običajno povezane s konkretnimi situacijami – na primer z dolgotrajno čakalno vrsto ali nerazpoložljivostjo zdravila. Te situacije pa niso neposredno povezane s tem, ali gre za javno ali zasebno lekarno, ampak bolj z lokalnimi okoliščinami in organizacijo dela.«

11. Kako Lekarniška zbornica skrbi za enotno kakovost uporabniške izkušnje ne glede na pravnoorganizacijsko obliko lekarne?

»Lekarniška zbornica je krovna organizacija, ki zastopa in usmerja vse lekarne v Sloveniji, ne glede na njihovo lastništvo. Naše strokovne smernice izhajajo iz farmacevtske stroke in ne diskriminirajo nikogar. Skrbimo za enotno kakovost, usposabljanja in razvoj dejavnosti v vseh okoljih.«

12. Za konec – če bi imeli priložnost danes predlagati eno spremembo, ki bi izboljšala uporabniško izkušnjo v lekarnah, katera bi bila?

Nedvomno širitev pristojnosti farmacevtov – na primer na področju cepljenja ali predpisovanja nekaterih zdravil. S tem bi lahko razbremenili zdravnike in hkrati izboljšali dostopnost osnovne zdravstvene oskrbe za paciente.

Izvedeni intervju potrjuje temeljno ugotovitev, da pravnoformalna oblika lekarne (javni zavod ali zasebna lekarna) ne bi smela vplivati na kakovost uporabniške izkušnje. Uporabnik pričakuje strokovno, prijazno in učinkovito storitev, kar morajo zagotavljati vse lekarne v skladu z enotnimi standardi. V praksi obstajajo določene razlike v organizaciji dela, predvsem pri odpiralnem času in razvoju storitev, vendar te niso neposredno povezane s kakovostjo farmacevtske obravnave in oblike lastništva. Ključno ostaja, da lekarniška dejavnost ostane osredotočena na pacienta, ne glede na pravno obliko izvajalca.

5.5 Interpretacija in analiza rezultatov

Rezultati izvedene raziskave ponujajo večplastne vpoglede v vedenje uporabnikov lekarniških storitev in njihove preference ter zaznave o razlikah med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami. Ugotovitve potrjujejo, da lekarniška dejavnost ostaja temeljni steber dostopnosti zdravil in osnovne zdravstvene oskrbe, pri čemer lastništvo lekarne kljub vsemu zapisanemu vpliva na posamezne vidike uporabniške izkušnje, vendar ne vedno na predvidljiv način.

Pogostost obiskovanja lekarn – več kot polovica anketirancev (59 %) lekarno obišče več kot šestkrat letno – kaže na stalno potrebo po farmacevtski skrbi in potrjuje, da lekarne niso zgolj mesta izdaje zdravil, temveč pomembni akterji v preventivni in svetovalni zdravstveni dejavnosti. Ta trend je še posebej relevanten v kontekstu starajoče se populacije in naraščajočega pomena kroničnih bolezni.

Pri odločitvenih dejavnikih za izbiro lekarne so rezultati v skladu s poslanstvom, ki ga opravljajo farmacevti. Tako so uporabniki najvišje ocenili svetovanje farmacevta (74 %), kar potrjuje visoko vrednotenje strokovnega odnosa in zaupanja v farmacevtsko osebje. Kakovost storitev (67 %) in cena (49 %) sledita, kar kaže, da uporabniki lekarno razumejo kot zdravstveno ustanovo, kjer mora biti storitev celovita – strokovna, dostopna in prijazna. Kakovost in dostopnost storitev sta bila ocenjena skoraj enakovredno med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami. Oba sistema sta prejela povprečno oceno 4,3 za dostopnost zdravil in kakovost storitev, kar kaže na splošno zadovoljstvo z lekarniško oskrbo ne glede na lastništvo. Vendar pa so koncesionarji izrazito bolje ocenjeni pri času čakanja (4,2 proti 3,6), kar je lahko posledica bolj prilagodljivega kadrovskega upravljanja in profitno naravnanega poslovanja.

Analiza vpliva lastništva na zaznano kakovost in dostopnost storitev kaže na srednje izražen vpliv – povprečje ocen za vpliv lastništva se giblje med 2,8 in 3,1. To pomeni, da večina uporabnikov ne zaznava jasne prednosti ene ali druge oblike lastništva, kar pa ne izključuje obstoja razlik, temveč prej kaže na njihovo subtilnost ali na pomanjkanje informiranosti uporabnikov. Pomemben podatek je, da več kot polovica anketirancev (51 %) podpira širitev javnega lastništva, kar lahko interpretiramo kot izraz zaupanja v javne institucije in pričakovanje, da javni sektor bolje zagotavlja pravičnost in enakost v dostopu. Hkrati pa visoke ocene koncesionarjev kažejo, da uporabniki ne zavračajo zasebnega modela – prej si želijo sinergije najboljših praks iz obeh sektorjev.

Statistični razponi (standardni odkloni) nakazujejo, da so mnenja razmeroma razpršena, kar lahko odraža dejanske razlike v lokalni lekarniški praksi, geografski razporejenosti in osebnih izkušnjah. To odpira prostor za nadaljnje raziskave z večjim vzorcem in poglobljenimi metodami, kot so intervjuji in fokusne skupine.

Skupna analiza kaže, da mešani sistem javnih zavodov in koncesionarjev v Sloveniji deluje stabilno, vendar uporabniki prepoznavajo razlike, predvsem na ravni učinkovitosti. To pomeni, da bi bilo v prihodnosti smiselno oblikovati politike, ki bi vzpodbujale kakovost in dostopnost ne glede na lastništvo – z jasno regulacijo, spremljanjem kakovosti in promocijo strokovnosti farmacevtskega osebja.

6 DISKUSIJA

6.1 Razprava o ugotovitvah

Na raziskovalno vprašanje in podvprašanje, ali razlike v lastništvu lekarn lahko vplivajo na način opravljanja javne službe in posledično na uporabniško izkušnjo uporabnikov ter ali uporabniki opažajo razliko v razpoložljivosti zdravil glede na vrsto lastništva lekarne, lahko odgovorimo nikalno. Razlike v lastništvu lekarn nedvomno obstajajo, vendar raziskava na vprašanje, ali se odražajo v poslovnih odločitvah, ni dala jasnega odgovora. Tudi vpliva na način opravljanja javne lekarniške službe in posledično vpliva na uporabniško izkušnjo v raziskavi ni bilo zaznati.

Javni lekarniški zavodi predstavljajo 2/3 celotne lekarniške dejavnosti in so pogosto bolj stabilen nosilec univerzalne dostopnosti. Po drugi strani pa koncesionarji v sistem prinašajo več tržne dinamike in fleksibilnosti. Za uravnotežen sistem lekarniške dejavnosti je pomembno, da zakonodaja jasno opredeljuje minimalne standarde javne službe in enotno spremlja njihovo izvajanje ne glede na lastništvo.

Slovenija deluje v okviru mešanega sistema, kjer lekarne v javnem in zasebnem lastništvu sobivajo. Javne lekarne delujejo kot zavodi v lasti občin, koncesionarji pa kot samostojni podjetniki ali gospodarske družbe. Neodvisno od tega sistema je lekarniška mreža organizirana tako, da pokriva celotno ozemlje Slovenije in s tem zagotavlja storitve tudi v ekonomsko manj zanimivih regijah.

Avstrija temelji na strogo reguliranem zasebnem modelu, ki določa, da mora biti vsaka lekarna v lasti farmacevta, pravna oseba pa ne more ustanoviti lekarne. Zakonodaja določa tudi minimalne razdalje med lekarnami in omogoča odprtje le, kadar obstaja potreba po dodatni lekarni. Tak sistem ohranja kakovost storitev in nadzor nad trgom, vendar zmanjšuje konkurenčnost, omejuje inovacije in upočasnjuje odziv na spremembe v vedenjskih vzorcih uporabnikov.

Nizozemska predstavlja napredno liberalni model, v katerem so lekarne večinoma zasebne, pogosto organizirane v verige ali v lasti zdravstvenih zavarovalnic. Lastnik lekarne ni nujno farmacevt, vendar mora biti odgovorna oseba usposobljeni strokovnjak. Sistem temelji na pogodbah z zavarovalnicami, ki določajo pogoje in plačila za izvajanje

storitev. Poleg tega je močno razvita digitalna podpora (e-recepti, avtomatizacija izdaj, storitve na daljavo), kar vse vodi v visoko stopnjo učinkovitosti in nadzora kakovosti.

Primerjalno gledano slovenski model nudi večjo razpršenost lastništva, kar omogoča kombinacijo različnih prednosti, a zahteva tudi višji nivo regulacije za zagotavljanje enotnih standardov. Avstrijski sistem ohranja močan poklicni nadzor, kar je koristno z vidika strokovnosti, a potencialno zavira razvoj. Nizozemski sistem ponuja visok nivo tehnološke učinkovitosti, vendar obstaja tveganje standardizacije na račun individualizirane oskrbe.

V znanstveni literaturi in praksi se pogosto pojavlja vprašanje, katero lastništvo je učinkovitejše javno ali zasebno. Odgovor ni enoznačen. Ključno je, kako je sistem zasnovan, kako poteka nadzor kakovosti in ali obstajajo učinkoviti mehanizmi za spremljanje rezultatov.

Ugotavljamo, da lastništvo ni absolutna vrednota, temveč okvir, ki omogoča ali omejuje določene pristope k oskrbi. Javno lastništvo tradicionalno zagotavlja večjo družbeno pravičnost in pokritost, medtem ko zasebno lahko prinaša operativno učinkovitost in inovacije a ob pogoju, da je regulirano in zavezano javnemu interesu.

Na evropski ravni se vse bolj uveljavlja pristop, ki združuje najboljše prakse obeh svetov javni interes v kombinaciji s tržnimi mehanizmi, kjer država ne le regulira, temveč tudi strateško usmerja razvoj storitev. V prihodnosti bo ključno, da lekarne ne glede na lastništvo delujejo kot aktivni partnerji v zdravstveni mreži, s poudarkom na varnosti, strokovnosti, digitalizaciji in dostopnosti za vse.

6.2 Omejitve raziskave in predlogi za nadaljnje raziskave

6.2.1 Omejitve raziskave

- Velikost in reprezentativnost vzorca

Število anketirancev (46) je relativno majhno in ne omogoča posploševanja rezultatov na celotno populacijo Slovenije. Vzorec je bil priložnostno izbran, kar pomeni, da obstaja verjetnost pristranskosti (npr. večji delež uporabnikov, ki pogosteje obiskujejo lekarne).

- Geografska neuravnoteženost

Raziskava ni zajemala uravnoteženo vseh slovenskih regij. Ugotovitve se lahko razlikujejo glede na dostopnost lekarn v urbanih in ruralnih okoljih, kar v tej raziskavi ni bilo posebej analizirano.

- Omejen vpogled v motivacijske dejavnike

Anketna metoda z zaprtimi vprašanji ne omogoča globljega razumevanja motivov in izkušenj uporabnikov. Kvalitativni vidiki, kot so občutek zaupanja, odnos s farmacevtom in razlike v doživljanju storitev, niso bili vključeni.

- Primerjava z drugimi državami je osnovana na sekundarnih virih

Mednarodna primerjava z Avstrijo in Nizozemsko temelji na analizi zakonodaje in strokovnih virov, ne pa na empirični raziskavi z uporabniki v teh državah. Zato primerjava ni popolnoma enakovredna in vsebuje interpretativne omejitve.

- Časovna omejenost podatkov

Podatki predstavljajo trenutek v času in ne zajemajo morebitnih sezonskih ali dolgoročnih trendov (npr. vpliv digitalizacije, pandemije, zakonodajnih sprememb).

6.2.2 Predlogi za nadaljnje raziskave

- Povečanje in reprezentativnost vzorca

Priporočljivo je izvesti raziskavo z večjim, statistično reprezentativnim vzorcem, ki vključuje demografsko, regionalno in socialno raznolikost. To bi omogočilo bolj zanesljive zaključke in analize podskupin (npr. po starosti, lokaciji, pogostosti obiskov).

- Kombinacija kvantitativnih in kvalitativnih metod

Uporaba intervjujev ali fokusnih skupin bi omogočila globlje razumevanje zaznav, pričakovanj in izkušenj uporabnikov. Kvalitativni podatki bi dopolnili in osvetlili kvantitativne ugotovitve.

- Primerjalna terenska raziskava v drugih državah

Za bolj celovito primerjavo s tujimi sistemi bi bila smiselna empirična raziskava tudi v Avstriji in na Nizozemskem z enakim ali primerljivim vprašalnikom, kar bi omogočilo neposredno primerljivost in mednarodno validacijo rezultatov.

- Vključitev farmacevtskega osebja

Nadaljnje raziskave naj vključujejo tudi perspektivo farmacevtov in vodstev lekarn (javnih lekarniških zavodov in koncesionarjev), da se oceni njihov pogled na kakovost, dostopnost, administrativne ovire in poslovne izzive.

- Analiza vpliva digitalizacije na lekarniške storitve

Ker se lekarniške storitve vse bolj digitalizirajo, bi bilo smiselno raziskati vpliv e-receptov, spletne dostave zdravil in telefarmacije na uporabniško izkušnjo, zaupanje ter kakovost oskrbe.

7 SKLEP

7.1 Povzetek ključnih ugotovitev

Lekarniška dejavnost v Sloveniji temelji na mešanem javno-zasebnem modelu, ki združuje močno javno mrežo lekarn in koncesionarje. Večino lekarn (približno 70 %) upravljajo javni lekarniški zavodi v lasti občin, preostale pa vodijo zasebniki s koncesijo. Zakonodaja zagotavlja, da so tudi koncesionarji vključeni v javno službo, zasebni izvajalci - koncesionarji smejo ustanoviti lekarno le, če je imetnik koncesije magister farmacije, ki ima v lastniški strukturi odločilen delež. Takšna ureditev lastništva ohranja močan vpliv farmacevtske stroke na vodenje lekarn in preprečuje vstop velikih korporativnih verig, kar je pomembna sistemska značilnost slovenskega lekarništva.
V primerjavi s tujino Slovenija podobno kot Avstrija sledi bolj reguliranemu modelu, medtem ko je na Nizozemskem lastništvo liberalizirano tam so verige lekarn dovoljene, lekarne pa lahko od leta 1999 vodijo tudi nefarmacevtski lastniki, kar je privedlo do nastanka večjih verig (trenutno okoli 32 % lekarn v verigah).
Nasprotno pa v Avstriji velja strogo pravilo »ena lekarna – en farmacevt«, kjer posamezni magister farmacije lahko vodi le eno lekarno (izjemoma z eno podružnico), verige pa niso dovoljene. Slovenija ostaja pri omejitvi lastništva na farmacevte, vendar v kombinaciji javnih in zasebnih subjektov. Slovenski lekarniški sistem je močno reguliran tudi na področju razporeditve lekarn po državi. Zakon določa mrežo lekarn glede na kriterije, kot so gostota prebivalstva, oddaljenost od obstoječih lekarn in bližina zdravstvenih ustanov. Načrtovani pristop naj bi zagotavljal geografsko pokritost in racionalno mrežo. Kljub temu pa podatki kažejo, da ima Slovenija sorazmerno malo lekarn glede na število prebivalcev, ena lekarna na okoli 6.200 prebivalcev, kar je občutno pod evropskim povprečjem. To pomeni, da je fizična dostopnost lekarn slabša kot v številnih državah EU. Za primerjavo: na Nizozemskem ena lekarna pokriva povprečno 8.400 prebivalcev, poleg tega tam približno 500 družinskih zdravnikov izdaja zdravila na območjih brez lekarn. V Avstriji je okoli 0,54-kratnika povprečne evropske gostote prav tako manj lekarn, a še vedno več kot v Sloveniji.

Slovenija skuša vrzeli zapolniti z uvedbo lekarniških podružnic v manjših krajih in z možnostjo, da v krajih brez bližnje lekarne zdravnikova ambulanta hrani nujne zaloge zdravil. Dostopnost osnovnih zdravil prebivalstvu je tako načeloma zagotovljena, čeprav je ponekod omejena izbira lekarniških storitev v neposredni bližini.

Po kakovosti storitev slovenske lekarne dosegajo visoke strokovne standarde. Vse lekarne delujejo v skladu z enotnimi profesionalnimi smernicami in pod nadzorom Lekarniške zbornice, ki med drugim zahteva redno strokovno izobraževanje farmacevtov. Farmacevti v Sloveniji izvajajo podobne storitve kot kolegi drugod v EU: izdaja zdravil na recept, svetovanje bolnikom, izvajanje preventivnih programov, kot so meritve krvnega tlaka, sladkorja ipd., ter poučevanje o uporabi zdravil.

Na podlagi zapisanih ugotovitev lahko rečemo, da je strokovna raven lekarniških storitev primerljivo visoka tako v bolj reguliranih kot liberaliziranih okoljih, saj jo zagotavljata visoka usposobljenost in etični standard farmacevtov. Nadalje lahko potrdimo, da slovenski lekarniški model uspešno združuje javni interes in zasebno pobudo. Takšen mešani sistem ob ustrezni regulaciji omogoča visoko strokovnost storitev in relativno enakomerno geografsko pokritost. Obenem pa zavodi opozarjajo na nekatere pomanjkljivosti, zlasti glede dostopnosti (majhno število lekarn na prebivalca), ter na potrebo po posodobitvah in poenotenju pravil. Primerjave z Avstrijo in Nizozemsko dodatno osvetljujejo te ugotovitve. Avstrija potrjuje korist reguliranega pristopa (brez verig, z zadržanim povečevanjem števila lekarn) za ohranjanje enakomerne dostopnosti in neodvisnosti stroke, medtem ko Nizozemska ponuja vpogled v liberalnejši model, kjer je večja konkurenčnost prinesla nove storitve in kapitalske naložbe, a ni nujno izboljšala dostopnosti ali znižala cen zdravil. Slovenija lahko iz obeh črpa dragocene lekcije pri nadaljnjem oblikovanju lekarniške politike.

7.2 Predlogi za izboljšanje organizacije lekarniške dejavnosti

Na podlagi ugotovitev iz prejšnjega poglavja je v nadaljevanju pripravljen naslednji predlog za izboljšanje organizacije lekarniške dejavnosti v Sloveniji.

- Izboljšanje enakosti dostopa

Posodobiti je treba kriterije za oblikovanje lekarniške mreže tako, da bodo bolje upoštevali dejanske potrebe prebivalstva. Razmisliti velja o znižanju demografskega praga za ustanovitev nove lekarne (npr. pod 6.000 prebivalci) ali prožnejšem pristopu v ruralnih in demografsko ogroženih območjih. Občinam in lekarniškim zavodom je smiselno omogočiti medobčinsko sodelovanje pri odpiranju lekarn, da se zapolnijo bele lise na zemljevidu dostopnosti. Država lahko z usmerjenimi razpisi ali začasnimi finančnimi spodbudami podpira odpiranje lekarniških podružnic na odročnih krajih, s čimer bo vsakemu prebivalcu zagotovljen razumno dosegljiv dostop do zdravil in farmacevtskega svetovanja. Pri tem je pomembno ohraniti minimum strokovnih zahtev – npr. zagotoviti, da svetovanje tudi v manjših enotah izvaja usposobljen farmacevt (po potrebi ob podpori digitalnih orodij).

- Krepitev strokovne kakovosti

Nadaljevati in nadgraditi je treba sisteme stalnega izobraževanja in nadzora kakovosti v lekarnah. Lekarniška zbornica naj v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje razvije dodatne kazalnike kakovosti storitev in spodbudi uvajanje naprednih farmacevtskih storitev (npr. pregled in optimizacija terapije pri kroničnih bolnikih, svetovanje ob odmeri zdravil, farmakoterapijski pregledi pri odpuščanju iz bolnišnic). Razširitev storitev, kot

je program MUR[3] (Medicine Use Review), se je izkazala za učinkovito pri izboljšanju adherentnosti in zmanjševanju težav z zdravili, zato naj se takšni programi sistemsko podprejo (tudi finančno, prek ZZZS). Višja vloga farmacevtov kot svetovalcev v primarnem zdravstvu bi prispevala k boljši uporabi zdravil in razbremenitvi zdravnikov.

- Posodobitev regulacije in upravljanja

Pregledati je treba obstoječo zakonodajo (Zakon o lekarniški dejavnosti) z vidika poenostavitve postopkov in odprave morebitnih neupravičenih razlik med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesionarji. Koncesijski sistem naj postane bolj pregleden in pravičen – podeljevanje koncesij naj bo strateško (glede na potrebe mreže) in časovno omejeno, a dovolj dolgo, da omogoča stabilno poslovanje in povrnitev investicij. Obenem je ključno zagotoviti, da javni lekarniški zavodi in koncesionarji enakopravno sodelujejo v izvajanju javne službe, kar vključuje usklajene standarde opremljenosti, kadrov in delovnega časa lekarn. Regulacija naj se osredotoči na rezultate (dostopnost, kakovost storitev) in manj na administrativne omejitve, kjer te niso nujne. Pri spremembah je smiselno upoštevati tudi evropske dobre prakse kot je avstrijski model uravnoteženja mreže brez pretiranega zaostrovanja konkurence ali pa nizozemske izkušnje, kjer se kaže, da lahko popolna liberalizacija brez varovalk vodi tudi v neenakomerno razporeditev lekarn in prevlado velikih akterjev. Cilj regulacije naj bo učinkovita in vzdržna lekarniška mreža, ki primarno služi javnemu zdravju.

- Vloga lastništva in povezovanje

Ohraniti velja temeljno načelo, da mora biti strokovno vodenje lekarne v rokah farmacevta, hkrati pa preučiti možnosti za večjo fleksibilnost znotraj tega okvira. To bi lahko pomenilo spodbujanje povezovanja lekarn v lokalne ali regionalne zadruge oziroma mreže, kjer si javne lekarne in koncesionarji medsebojno pomagajo (npr. pri nabavi zdravil, izmenjavi kadra in znanja). Takšno sodelovanje lahko prinese ekonomske prihranke in boljšo pokritost, ne da bi pri tem žrtvovali neodvisnost stroke. Razmisliti velja tudi o morebitni delni privatizaciji ali javno-zasebnih partnerstvih pri upravljanju posameznih javnih zavodov, le če to ne ogrozi dostopnosti.
Ključno je, da lastniška struktura vedno podpira poslanstvo lekarne kot dela zdravstvenega varstva, ne zgolj kot komercialne trgovine. Varnost in stalnost preskrbe z zdravili morata imeti prednost pred dobičkom, kar dosedanji sistem dokaj uspešno zagotavlja.

- Tehnološka modernizacija

Pospešiti je treba uvajanje digitalnih rešitev v lekarništvu, kar bo povečalo učinkovitost in dostopnost storitev. Že obstoječi sistem e-receptov in Centralnega registra podatkov o pacientih ponuja odlično izhodišče, ki ga je mogoče nadgraditi z novimi funkcionalnostmi. Razvoj integriranega informacijskega sistema lekarniške dejavnosti, ki

[3] MUR (Medicine Use Review) je storitev, ki se je najprej razvila v Veliki Britaniji v okviru lekarniške dejavnosti. Gre za pregled uporabe zdravil, ki ga farmacevt opravi skupaj s pacientom, da bi izboljšal varno, učinkovito in racionalno uporabo zdravil.

bi v realnem času povezoval lekarne, zdravnike in skladišča zdravil, bi omogočil hitrejšo izmenjavo podatkov o zalogah, avtomatsko preverjanje interakcij zdravil in lažje spremljanje predpisovanja – to je lahko odličen predlog. Telefarmacija, kot npr. svetovanje bolnikom na daljavo preko video klica, posebej koristi gibalno oviranim in starejšim na podeželju. Mobilna aplikacija (eZvem) za paciente že danes omogoča pregled nad izdanimi zdravili, potrebovala pa bi opomnike za pravilno jemanje, ponoven obisk lekarne, kadar ima pacient ponovljiv recept, ter možnost, da preveri lokacijo najbližje odprte lekarne in njeno zalogo pomembnih zdravil. Kjer tega (še) ni, predvsem v ruralnem okolju, naj se preuči možnost avtomatiziranih lekarn ali lekarniških avtomatov za izdajo izbranih OTC zdravil izven delovnega časa, ob ustreznem strokovnem nadzoru na daljavo. Tehnološke inovacije lahko razbremenijo farmacevte rutinskega dela (npr. avtomatsko izdajanje ponovljivih receptov) in jim omogočijo, da več časa posvetijo strokovnemu svetovanju pacientom. S tem se krepi tako dostopnost (storitev na daljavo, 24/7 dostop do nujnih zdravil) kot kakovost (več časa za individualno obravnavo).

Predlagane izboljšave sledijo cilju, da bi lekarniška dejavnost v Sloveniji še naprej ostala integralni del zdravstvenega sistema, ki je dostopen, kakovosten in učinkovit. Z uravnoteženimi reformami na področju mreže, regulacije, lastništva in inovacij lahko nadgradimo obstoječi model mešane javno-zasebne lekarniške službe. Tako bo Slovenija kos izzivom starajoče se družbe, rastočih potreb po zdravilih in novih zdravstvenih tveganj, hkrati pa bo ohranila vrednote javnega zdravja in farmacevtske strokovnosti v središču lekarniške dejavnosti.

7.3 Prispevek raziskave k razumevanju vpliva lastniške strukture

Raziskava prispeva pomemben vpogled v razumevanje vpliva lastniške strukture na izvajanje lekarniške dejavnosti kot javne službe v Sloveniji. Njena vrednost ni zgolj v kvantitativnih rezultatih, temveč v razlagi, kako različni tipi lastništva – javni zavodi in zasebni koncesionarji – prispevajo k enakemu cilju: zagotavljanju strokovne, dostopne in varne oskrbe z zdravili za vse prebivalce.

Prvi prispevek raziskave je v potrditvi, da pravna oblika lastništva sama po sebi ne določa kakovosti lekarniške storitve. Uporabniki zaznavajo visoko kakovost tako v javnih lekarnah kot pri koncesionarjih, razlike pa se kažejo predvsem pri operativnih dejavnikih, kot je čas čakanja. To pomeni, da je mogoče javno službo učinkovito izvajati v obeh modelih, če obstajata ustrezna regulacija in strokovni nadzor – kar dejansko obstaja.

Drugi prispevek je razumevanje, da je v Sloveniji ohranjen model, kjer je strokovno vodenje lekarne – ne glede na lastništvo – zaupano magistrom farmacije. Ta pristop zagotavlja strokovno neodvisnost lekarniške dejavnosti in omejuje vpliv kapitala brez farmacevtskega znanja, kar je ključno za ohranjanje integritete javne službe.

Tretjič, primerjava s tujimi sistemi (Avstrija in Nizozemska) omogoča širši kontekstualni pogled. Avstrijski model pokaže, kako lahko strogo regulirano zasebno lastništvo zagotovi razpršeno mrežo lekarn in enotno kakovost. Nizozemski model pa opozarja, da liberalizacija in verižna struktura sicer prinašata tehnološki napredek, a ne nujno večjo dostopnost ali pravičnost.

Četrti pomemben prispevek raziskave je, da spodbuja redefinicijo pojma javne službe. V sodobnem času ta ne pomeni le fizične prisotnosti lekarne, temveč celostno storitev, ki vključuje svetovanje, informacijsko podporo, sodelovanje s primarnim zdravstvom in uporabo digitalnih orodij. Takšna redefinicija zahteva razmislek o regulaciji, ki bo omogočala fleksibilnost v lastništvu, a hkrati ohranjala bistvo javnega interesa.

Na koncu raziskava kaže, da je kakovost izvajanja lekarniške javne službe rezultat kompleksnega prepletanja strokovnosti, dostopnosti, organizacije in sistema vrednot – pri čemer je lastništvo le eden izmed dejavnikov, ne pa njegov izključni garant. Prispevek raziskave je v tem, da nudi empirično podlago in konceptualni okvir za prihodnje oblikovanje politik, ki bodo uravnotežile javni interes, tržno učinkovitost in strokovno neodvisnost v lekarniški dejavnosti.

Z implementacijo navedenih izboljšav bi lahko javne lekarne okrepile svojo vlogo na trgu farmacevtskih storitev, hkrati pa obdržale svojo ključno funkcijo dostopnosti in enakosti za širok spekter uporabnikov. Lahko rečemo, da gre za iskanje ravnovesja med kakovostjo storitev, dostopnostjo zdravil in cenovno dostopnostjo, kar omogoča, da si javne lekarne in koncesionar ne le konkurirajo, temveč postanejo komplementarni partnerji v sistemu javnega zdravstva, kar je ključna osnova za zagotavljanje enakopravnega dostopa do zdravstvenih storitev za vse državljane.

Lekarniška dejavnost v Sloveniji je na razpotju med ohranjanjem javnega značaja zdravstvene oskrbe in izzivi tržne učinkovitosti, tehnoloških sprememb ter demografskih pritiskov. Analiza kaže, da trenutni mešani sistem, ki združuje javne lekarniške zavode in zasebne koncesionarje, deluje funkcionalno in strokovno zanesljivo. Kljub temu pa struktura, utemeljena na zakonskih in administrativnih okvirih iz prejšnjih desetletij, vedno bolj potrebuje posodobitev – ne zato, ker bi bila načelno napačna, temveč, ker se svet okoli nje spreminja hitreje, kot se sistem prilagaja.

Učinkovita lekarniška mreža danes ni več zgolj vprašanje števila lekarn ali razdalje do najbližje enote. Gre za kompleksno interakcijo med dostopnostjo, kakovostjo, digitalno infrastrukturo, kadrovsko usposobljenostjo in regulativnim okoljem, ki skupaj določajo, ali je lekarniška storitev resnično dostopna vsakemu državljanu – ob pravem času, na pravi način in s pravim strokovnim pristopom.

Primerjava z Avstrijo in Nizozemsko razkrije ključne strategije in dokazuje, da je mogoče s strogo regulacijo in profesionalnim lastništvom ohraniti kakovost in razpršenost sistema brez komercialnega pritiska, kar nedvomno zagotavlja avstrijski model, medtem ko Nizozemska izkazuje moč sistemske digitalizacije in integracije lekarn v celoten tok zdravstvenih storitev.

Slovenija mora v tem okviru oblikovati svojo pot, predvsem ohraniti strokovni nadzor, javni interes in poklicno avtonomijo farmacevta, hkrati pa omogočiti večjo prilagodljivost, sodelovanje med izvajalci in uvedbo novih storitev, ki odgovarjajo na sodobne potrebe uporabnikov.

Lekarne niso več samo prostori izdaje zdravil – so pomembni deležniki v zdravljenju kroničnih bolnikov, zagotavljanju varne uporabe zdravil, javnem zdravju in celo v urgentni oskrbi. To vlogo lahko v polnosti zaživijo le, če bo sistem okoli njih podpiral vključevanje v zdravstveno mrežo, kadrovsko stabilnost, digitalno povezanost in inovacijsko odprtost.

Sklepno ugotavljam, da prihodnost lekarniške dejavnosti v Sloveniji ni stvar preprostih ukrepov ali sprememb v lastništvu, temveč stvar celovite reforme, ki se mora začeti z razumevanjem družbene funkcije lekarne kot javno dobro s strokovno odgovornostjo. Le z uravnoteženim pristopom med javnim interesom in strokovno podjetnostjo bomo lahko zagotovili, da lekarna ostane tisto, kar mora biti – najbližja in najbolj zaupanja vredna zdravstvena postaja za vsakdanjega človeka.

SEZNAM KLJUČNE LITERATURE

1. Bauer, T. (2016). Lekarniška dejavnost – javna služba ali gospodarska dejavnost (magistrsko delo). Pravna fakulteta Univerze v Mariboru.
2. Brezovnik, B. (2008). Oblike izvajanja javnih služb (oris stanja, mednarodna primerjava in problematika). (doktorska disertacija). Pravna fakulteta Univerze v Ljubljana.
3. Brezovnik, B., Oplotnik, Z. J., Trpin, G., in Mlinarič, F. (2016). Lekarniška dejavnost v Sloveniji. Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila.
4. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Apothekenwesen in Österreich. https://www.sozialministerium.at
5. KNMP – Royal Dutch Pharmacists Association. Ownership models in Dutch pharmacy practice. https://www.knmp.nl
6. Lekarniška zbornica Slovenije. Struktura lekarniške dejavnosti v Sloveniji. https://www.lek-zbornica.si
7. Norman, D., & Nielsen, J. (2016). The Definition of User Experience (UX). Nielsen Norman Group. https://www.nngroup.com/articles/definition-user-experience/

LITERATURA IN VIRI

1. ISO 9241-210:2019. Ergonomics of human-system interaction – Part 210: Human-centred design for interactive systems. International Organization for Standardization.
2. International Pharmaceutical Federation (FIP). (2021). Pharmacy Practice in Digital Health.
3. World Health Organization (WHO). (2020). Medication Safety in Transitions of Care.
4. Habl, C., in drugi (2012). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Austria. Gesundheit Österreich GmbH.
5. Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke. O JAZMP. https://www.jazmp.si
6. KNMP – Royal Dutch Pharmacists Association. About KNMP. https://www.knmp.nl
7. KNMP – Royal Dutch Pharmacists Association. Digital Pharmacy Services in the Netherlands. https://www.knmp.nl
8. Kovač, P. (2019). Koncesijski sistem v lekarniški dejavnosti v Sloveniji: pravna analiza in priporočila. Pravna praksa, št. 22.
9. Lekarniška zbornica Slovenije. Pravilniki in strokovna stališča. https://www.lek-zbornica.si
10. Lekarniška zbornica Slovenije. Strokovna priporočila in nadzor. https://www.lek-zbornica.si
11. Miklavčič, T. (2017). Reforma lekarniške zakonodaje: ohraniti javno lekarniško mrežo ali liberalizirati? Revija Slovenskega zdravniškega društva.
12. NIJZ (2024). Izzivi neenakosti v javnem zdravju: podatki in politike.
13. Obligacijski zakonik (OZ). (2001). Uradni list RS, 83, 32/2004, 28/2006 - odl. US, 40/2007.
14. Österreichische Apothekerkammer. Versorgungssicherheit durch Apotheken. https://www.apotheker.or.at
15. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. (2006). Uradni list RS, 39/06.
16. Rijksoverheid. Pharmacy regulations in the Netherlands. https://www.rijksoverheid.nl
17. Snoj, M. (2015). Slovenski etimološki slovar (3., dopolnjena izd.). Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU. https://www.fran.si
18. Uradni list 25/2016. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25).
19. Ustava Republike Slovenije (URS). (1991). Uradni list RS/I, 33.
20. Zakon o davku na dodano vrednost (ZDDV-1) *Uradni list RS, št. 117/06*.
21. Zakon o dohodnini (ZDoh-1). (n. d.). Uradni list RS.

22. Zakon o gospodarskih družbah (ZGD-1). (2006). Uradni list RS, 42/2006, 60/2006 - popr., 26/2007 - ZSDU-B, 33/2007 - ZSReg-B, 67/2007 - ZTFI, 10/2008, 68/2008, 42/2010.
23. Zakon o gospodarskih javnih službah (ZGJS). (1993). Uradni list RS, 32/1993, 30/1998.
24. Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD). Uradni list RS, št. 85/16 z dne 28. 12. 2016.
25. Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91 z dne 22. 3. 1991).
26. Zakon o zdravilih – ZZdr-2. Uradni list RS, št. 17/14 z dne 7. 3. 2014).
27. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Uradni list RS, št. 9/92 z dne 21. 2. 1992.
28. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Lekarniške storitve in njihova dostopnost. https://www.zzzs.si
29. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Letna poročila in pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. https://www.zzzs.si
30. Zakon o javne naročanju, ZJN-3. Uradni list RS, št. 91/15 z dne 30. 11. 2015.

PRILOGE

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Vprašanje 1 - Kako pogosto obiskujete lekarne?

- do 1x letno
- do 6x letno
- več kot 6x letno

Vprašanje 2 - Katero vrsto lekarne običajno izberete?

- lekarno javnega zavoda
- zasebno lekarno
- odvisno od situacije

Vprašanje 3 - Kateri dejavniki so za vas pomembni pri izbiri lekarne? (izberite vse, ki veljajo)? Možnih je več odgovorov.

- kakovost storitev
- cena storitev
- svetovanje farmacevta

Vprašanje 4 - Kako bi ocenili svoje splošne izkušnje z lekarnami javnega zavoda glede na: (Ocenite od 1 do 5, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen)

- dostopnost zdravil
- kakovost storitev
- čas čakanja

Vprašanje 5 - Kako bi ocenili svoje splošne izkušnje s koncesijskimi lekarnami glede na: (Ocenite od 1 do 5, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen)

- dostopnost zdravil
- kakovost storitev
- čas čakanja

Vprašanje 6 - Ali menite, da lastništvo lekarne (javna vs. zasebna) vpliva na:
(Ocenite od 1 do 5, kjer 1 pomeni ni vpliva, 5 pa zelo velik vpliv)

- dostopnost zdravil
- kakovost storitev
- čas čakanja

Vprašanje 7 - Ali menite, da imajo javne lekarne boljšo dostopnost do redkih ali specializiranih zdravil v primerjavi s koncesijskimi lekarnami?

- da
- ne
- ne vem

Vprašanje 8 - Kako pomembna je za vas cena zdravila pri izbiri lekarne?

- zelo pomembna
- pomembna
- ne pomembna

Vprašanje 9 - Ali opazite razliko v cenah zdravil med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami?

- da, cene so v javnih lekarnah nižje
- da, cene so v koncesijskih lekarnah nižje
- ne, cene so približno enake

Vprašanje 10 - Ali menite, da bi moralo biti večji del lekarniške dejavnosti v javnem lastništvu za zagotavljanje boljše dostopnosti in enakosti storitev?

- da
- ne
- ne vem

Vprašanje 11 - Spol

- ženski
- moški
- drugo

Vprašanje 12 - V katero starostno kategorijo spadate?

- do 14 let
- 15–29 let
- 30–44 let
- 45–59 let
- 60–74 let
- 75 lin drugii več

Priloga 2: Vprašanja za intervju za lekarniško zbornico

1. Za začetek – kako bi opisali osnovne razlike med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami v Sloveniji?

2. Z vidika uporabnika: ali obisk lekarne v javnem zavodu ali pri koncesionarju pomeni tudi različno izkušnjo? Kje so razlike najbolj očitne?

3. Koncesionarji pogosto oglašujejo bolj individualen pristop. Ali so po vašem mnenju pri svetovanju pacientom res v prednosti pred javnimi zavodi?

4. Kako se razlikuje dostopnost zdravil – bodisi na recept ali brez recepta – med javnimi lekarniškimi zavodi in koncesijskimi lekarnami?

5. Pogosto slišimo, da imajo koncesionarji več »prožnosti«. Se to pozna tudi pri odpiralnem času in odzivnosti na potrebe uporabnikov?

6. Kako pa je z dodatnimi storitvami – na primer merjenjem krvnega tlaka, svetovanjem o prehranskih dopolnilih ali cepljenjem? Ali se ponudba bistveno razlikuje med sektorjema?

7. Ali uporabniki sploh vedo, ali so v javni ali koncesijski lekarni? In če ne – bi to morali vedeti?

8. Se vam zdi, da pacienti pričakujejo drugačno raven storitev pri koncesionarjih kot v javnih lekarnah?

9. V zadnjih letih se razvija digitalizacija zdravstvenih storitev. Kdo je pri tem hitrejši – javne lekarne ali koncesionarji?

10. Kaj kažejo podatki oziroma povratne informacije uporabnikov? So pritožbe in pohvale bolj vezane na tip lekarne ali na konkretne lokacije in ekipe?

11. Kako Lekarniška zbornica skrbi za enotno kakovost uporabniške izkušnje ne glede na pravnoorganizacijsko obliko lekarne?

12. Za konec – če bi imeli priložnost danes predlagati eno spremembo, ki bi izboljšala uporabniško izkušnjo v lekarnah, katera bi bila?

Priloga 3: Vprašanja za intervju za lekarne

1. Na kratko opišite delovanje lekarne.
2. Kakšne so po vaši oceni prednosti in slabosti lekarne, ki jo vodite?
3. Kako usklajujete poslovanje z zakonodajo?
4. Kako vidite kakovost storitev vaše lekarne?
5. Kako dostopne so storitve v vaši lekarni?
6. Ali je nadzor nad kakovostjo storitev v vaši lekarni na dovolj visokem nivoju?
7. Kakšni so delovni pogoji?
8. Ali obstajajo zaposlitvene ugodnosti?
9. Kako je s poklicnim napredovanjem?
10. Kako na poslovanje vpliva financiranje?
11. Kako stabilno je financiranje?
12. Ali obstajajo varčevalni pritiski?
13. Kakšni so vaši glavni izzivi?
14. Kako bi izboljšali dostopnost storitev?
15. Kakšna je vaša vizija prihodnosti?