UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

KRITIČNA PRESOJA SISTEMA FINANCIRANJA LEKARN V SLOVENIJI IN PREDLOGI ZA PRILAGODITVE PLAČILNIH MODELOV

Ljubljana, december 2025 DAVORIN LEVANIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisani Davorin Levanič, študent Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtor predloženega dela z naslovom Kritična presoja sistema financiranja lekarn v Sloveniji in predlogi za prilagoditve plačilnih modelov, pripravljenega v sodelovanju z mentorico izr. prof. dr. Petro Došenović Bonča

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/-a, 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;

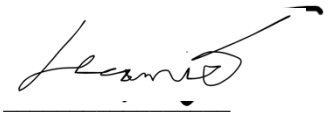
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnal v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobil soglasje etične komisije;

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 19.1.2026 Podpis študenta: 

POVZETEK

Magistrsko delo obravnava sistem financiranja lekarniške dejavnosti v Sloveniji v obdobju 1979–2025 ter kritično presoja obstoječe plačilne modele. Analiza pokaže, da je sedanji storitveni sistem financiranja zastarel in ne sledi razvoju lekarniške dejavnosti, ki se je iz pretežno izdajne preusmerila v kompleksno, kognitivno in storitveno naravnano dejavnost. Posledice so razvrednotenje dela farmacevtov, kadrovsko pomanjkanje ter navzkrižno subvencioniranje javne službe s tržno dejavnostjo. Na podlagi primerjave s tujimi sistemi delo oblikuje predloge za prilagoditev plačilnih modelov, ki bi omogočili bolj pravično vrednotenje storitev, večjo finančno vzdržnost lekarn in boljšo kakovost oskrbe pacientov.

KLJUČNE BESEDE: lekarniška dejavnost, financiranje lekarn, plačilni modeli, zdravstveni sistem, farmacevtske storitve, javna in tržna dejavnost

CILJI TRAJNOSTNEGA RAZVOJA

Naloga prispeva k ciljem trajnostnega razvoja z izboljšanjem dostopnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe, pravičnejšim vrednotenjem dela farmacevtov, finančno vzdržnim financiranjem lekarn ter učinkovitejšo rabo javnih sredstev v zdravstvenem sistemu.

ABSTRACT

The master's thesis examines the system of financing pharmaceutical services in Slovenia in the period from 1979 to 2025 and provides a critical assessment of the existing payment models. The analysis shows that the current service-based financing system is outdated and does not keep pace with the development of pharmaceutical practice, which has shifted from a predominantly dispensing-oriented activity to a complex, cognitive, and service-oriented profession. The consequences include the devaluation of pharmacists' work, staff shortages, and cross-subsidisation of public services by market activities. Based on a comparison with foreign systems, the thesis proposes adjustments to payment models that would enable fairer valuation of services, greater financial sustainability of pharmacies, and improved quality of patient.

KEY WORDS: pharmaceutical services, pharmacy financing, payment models, healthcare system, pharmaceutical services, public and market activities

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

The thesis contributes to the Sustainable Development Goals by improving access to and quality of healthcare, ensuring fairer valuation of pharmacists' work, strengthening the financial sustainability of pharmacies, and promoting more efficient use of public healthcare resources.

KAZALO

1 UVOD *1*

2 PREDSTAVITEV IN PRIKAZ LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI V OBDOBJU 1979-2025 ..... *5*

3 PRIKAZ OBSEGA LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI IN PLAČILNIH MODELOV V SLOVENIJI V OBDOBJU 1979-2025 ..... *15*

3.1 Plačilni model za javno lekarniško dejavnost **15**

3.2 Analiza obsega lekarniške dejavnosti v obdobju 1979-2025 ..... **16**

4 PRIKAZ OBSEGA LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI IN PLAČILNIH MODELOV V TUJINI *27*

4.1 Prikaz izbranih držav z dereguliranim sistemom **28**

4.2 Prikaz izbranih držav z reguliranim sistemom **31**

4.3 Prikaz izbranih držav z vplivom na delovanje slovenskega zdravstvenega sistema **32**

5 KRITIČNA PRESOJA PLAČILNIH MODELOV IN PRIPOROČILA GLEDE PRILAGODITVE MODELA V SLOVENIJI *35*

6 SKLEP *41*

SEZNAM KLJUČNE LITERATURE *43*

LITERATURA IN VIRI *44*

KAZALO SLIK

Slika 1: Število lekarniških enot in povprečno število prebivalcev na enoto od 1989 do 2024 6

Slika 2: Število farmacevstkih delavcev na primarni ravni od 1979 do 2024 v javnih zavodih in koncesijskih lekarnah 7

Slika 3: Število farmacevtskih delavcev v bolničničnih lekarnah od 2010 do 2024 7

Slika 4: Pregled števila javnih lekarniških enot na primarni ravni od 2010 do 2024 17

Slika 5: Število receptov in točk ter njihova povprečna vrednost od 2010 do 2024 18

Slika 6: Kalkulativni elementi cene točke, 1.2.2025 18

Slika 7: Pregled gibanja vseh zaposlenih magistrov farmacije, priznanih magistrov farmacije ter delež kritja stroškov dela magistrov farmacije iz sredstev OZZ, 2003-2024 20

Slika 8:Realizacija in vrednosti lekarniških storitev na primarni ravni v obdobju od 2015 do 2024 21
Slika 9: Realizacija in vrednosti lekarniških storitev na primarni ravni glede na regijo za leto 2023 in 2024 21
Slika 10: Deleži realizacije lekarniških storitev na primarni ravni v javni lekarniški službi v letu 2024 glede na obliko izvajalca 23

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško
AZN – (angl. Insurance Supervision Agency); Agencija za zavarovalni nadzor
BDP – (angl. Gross Domestic Product (GDP)); Bruto domači proizvod
BS – (angl. Seamless Care); Brezšivna skrb
COVID-19 – (angl. Coronavirus disease 2019); Koronavirusna bolezen 2019
DDV – (angl. Value Added Tax (VAT)); Davek na dodano vrednost
EU – (angl. European Union (EU)); Evropska unija
FTP – (angl. Pharmacotherapy Review); Farmakoterapijski pregled
GZS – (angl. The Chamber of Commerce and Industry of Slovenia (CCIS)); Gospodarska zbornica Slovenije
IQVIA – (angl. IQVIA – Global Health Analytics Company); Mednarodna analitična družba za zdravstveni trg
JZ – (angl. Public Institution); Javni zavod
kPUZ – (angl. Follow-up Medication Use Review); Kontrola pregleda uporabe zdravil
LK – (angl. Concession Pharmacy); Lekarna s koncesijo oz. koncesionarji
LZS – (angl. Chamber of Pharmacy of Slovenia); Lekarniška zbornica Slovenije
MO – (angl. City Municipality); Mestna občina
MTP – (angl. Medical Devices); Medicinsko-tehnični pripomočki
MZ – (angl. Ministry of Health); Ministrstvo za zdravje
NIJZ – (angl. National Institute of Public Health); Nacionalni inštitut za javno zdravje
OKZ – (angl. Personal Medication Record); Osebna kartica zdravil
OZZ – (angl. Compulsory Health Insurance), Obvezno zdravstveno zavarovanje
OTC – (angl. Over-the-Counter Medicines); Zdravila brez recepta
pOKZ – (angl. Update of Personal Medication Record); Posodobitev osebne kartice zdravil
PGEU – (angl. Pharmaceutical Group of the European Union); Evropsko farmacevtsko združenje
PPRI – (angl. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information); Informacijski sistem za cene in povračila zdravil
PZZ – (angl. Voluntary Health Insurance); Prostovoljno zdravstveno zavarovanje
PUZ – (angl. Medication Use Review); Pregled uporabe zdravil

Rp – (angl. Prescription); Recept
RS – (angl. Republic of Slovenia); Republika Slovenija
SPP – (angl. Diagnosis-Related Groups (DRG)); Skupine primerljivih primerov
SURS – (angl. Statistical Office of the Republic of Slovenia);
Statistični urad Republike Slovenije
ZJN-3 – (angl. Public Procurement Act); Zakon o javnem naročanju
ZLD-1 – (angl. Pharmacy Practice Act), Zakon o lekarniški dejavnosti
ZZVZZ-O – (angl. Health Care and Health Insurance Act);
Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS – (angl. Health Insurance Institute of Slovenia);
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

Lekarne obstajajo že od začetka človeštva, vendar so takrat imele različna imena in tudi široko namembnost. Osebe, ki so jih z omenjenim povezovali so bili prvi zdravilci, takrat poznani kot vrači, čarovniki ter mnogokrat preganjani zaradi definicije neznanega. Sodobne lekarne ali starinsko apoteke, so zdravstvene ustanove v katerih se opravlja lekarniška dejavnost kot preskrba prebivalstva in zdravstvenih zavodov ter drugih organizacij z zdravili (Obreza, 2023).

Z razvojem se je namen lekarniške dejavnosti razširil, v skladu s potrebami pacientov in zdravstvenih sistemov, v zagotavljanje učinkovite in kakovostne preskrbe z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki (v nadaljevanju MTP) ter drugimi izdelki kot podpora zdravljenju in ohranitvi zdravja ter svetovanje o njihovi varni, pravilni in učinkoviti uporabi pacientom in zdravstvenim delavcem v zdravstvu. Ob vsem omenjenem lekarništvo zagotavlja tudi farmacevtske obravnave za doseganje pričakovanih kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov zdravljenja, ki so ključne pri ohranjanju zdravja (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21; v nadaljevanju ZLD-1).

Če podrobneje pogledamo naloge lekarn, ki v osnovi predstavljajo preskrbo z zdravili, kar obsega zdravila na recept (v nadaljevanju Rp), brez Rp in pripravo magistralnih zdravil, opazimo številne zakonsko predpisane zahteve med katerimi so tudi kadri, oprema ter prostori. Lekarniška dejavnost je sestavljena iz različnih vrst lekarn. V skladu z zakonom lahko zraven lekarne opravlja dejavnost tudi lekarniška podružnica in bolnišnična lekarna, vse to pa nakazuje na morebitne številne prepreke ter izzive v izvajanju dejavnosti. Ena izmed najpomembnejših je bilo in bo ostalo financiranje same lekarniške dejavnosti, ki ni za vse čisto enako. Tako smo se odločili, da podrobneje analiziramo sistem financiranja lekarn v Sloveniji in predstavimo predloge za prilagoditve plačilnih modelov. Najprej je potrebno spoznati nekaj dejstev o lekarništvu v Sloveniji preden se posvetimo željeni problematiki.

V Republiki Sloveniji (v nadaljevanju RS) je lekarniška dejavnost pomemben del zdravstvene dejavnosti, ki se izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Sestavljena je iz izvajalcev javnih lekarniških zavodov (v nadaljevanju JZ), pravnih in fizičnih oseb s koncesijo za izvajanje lekarniške dejavnosti (v nadaljevanju LK oz. koncesionarji), bolnišnic in drugih izvajalcev v skladu z ZLD-1. Lekarno lahko vodi le magister farmacije z licenco in ustreznimi zakonsko predpisanimi pogoji. Med temi je v primeru koncesionarja kot pravne osebe tudi več kot 50 % delež v osnovnem kapitalu. V primeru lekarn, ki delujejo kot javni zavod, pa organizacijo nadzoruje in upravlja svet zavoda, ki s soglasjem ustanovitelja imenuje in razrešuje direktorja zavoda. Direktor zavod zastopa in predstavlja ter je odgovoren za zakonitost dela zavoda. Potrebna je visoka strokovna izobrazba in najmanj pet let delovnih izkušenj, lahko je magister farmacije, ni pa nujno. V tem primeru mora imeti

strokovnega vodjo z visoko izobrazbo farmacevtske smeri in najmanj pet let delovnih izkušenj (Albreht in drugi, 2016; LZS Mreža, 2024).

Današnje stanje lekarništva leta 2025 v RS zaznamujejo številni izzivi, kar je najbolj očitno v primarnem zdravstvu, kjer se največ govori o kadrih in vplivu na financiranje, obstoječi obliki infrastruktur in mreže, zakonskih omejitvah ter predvsem rigidnem in zastarelem zdravstvenem sistemu z velikim poudarkom na sistemu financiranja. Na podlagi vsega omenjenega bi bilo tako potrebno podrobneje pregledati in analizirati stanje ter relevantne informacije v lekarništvu RS od osamosvojitve do danes ter aktualnost in poteze njihovega spreminjanja skozi čas, saj sistem financiranja še vedno temelji na t.i. zeleni knjigi iz leta 1982.

Predmet problematike financiranja lekarništva izvira iz današnje situacije nezadovoljsta z vrednotenjem dela in odgovornosti zaposlenih (modelom plačevanja zaposlenih), posledično številnih odhodov in velikega pomanjkanja kadra ter preobremenjenosti zaradi načina in zahtev dela, ki je vse bolj podoben principu tekočega traku. Financiranje lekarn je odvisno tudi od kadrovske strukture in opravljenih storitev (točke za storitve), zato se porodi vprašanje robotike in vpliva digitalizacije. Nekoč, torej pred digitalizacijo, je bilo v samih lekarnah veliko priprave zdravil, sedaj leta 2025 pa se večina storitev opravi na kognitivnem področju, kjer pa predstavlja velik problem nadzor in opredelitev ter način plačevanja teh zahtevnih storitev. Najpomembnejši akter in plačnik je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), ki s svojimi odločitvami močno vpliva na razmere v lekarništvu, od postavitev cen do omejenega predpisovanje in izdajanja zdravil in MTP. Vse omenjene poteze so pripeljale lekarništvo v težko situacijo, kjer smo sedaj ob omenjenem pomanjkanju in nezadovoljstvu kadra priča še vsakodnevnemu pomanjkanju zdravil zaradi zniževanja cen zdravil na Rp ali pa celo umiku podjetij, ki le ta zagotavljajo, z našega trga. Rezultat tega problema je trenutno pomanjkanje čez 300 zdravil in seveda vsakodnevni kompenzatorni dvigi cen izdelkov in zdravil v prosti prodaji (angl. Over the Counter Medicines, v nadaljevanju OTC), kar vpliva na definiranje storitev in cen v lekarnah (SURS, 2025; Jaklic Kajzer in Kotnik, 2024).

V lekarništvu poznamo v osnovi dva načina financiranja, maržni in storitveni sistem. Slednji je prisoten v Sloveniji, a že dolgo nespremenjen in tako tudi zastarel. Maržni sistem je uporabljen le kot del tržne dejavnosti, ki pa je za delovanje lekarn pogosto zelo pomemben. Del finančne problematike predstavlja tudi razlika pri financiranju in pogojih delovanja med javnimi zavodi in koncesijskimi lekarnami (zaloge, vir in količina denarnih sredstev, davki, delež in obseg dejavnosti, zakonodaja,...). Zraven razlik med vrstami lekarn danes predstavlja izziv tudi najnovejša ukinitev dopolnilnega zavarovanja z letom 2024, ki spremeni pogoje financiranja lekarniške dejavnosti. Zelo zaskrbljujoča je analiza o primerjavi vrednosti storitvene dejavnosti napram maržni med letoma 1994 in 2023, ki sta jo opravila en izmed javnih zavodov v sodelovanju z eno največjih koncesijskih lekarn v Sloveniji. V njej je lekarniška storitev preračunana v maržo predstavljala leta 1994 16% maržne vrednosti, leta 2023 pa le še 5%, to pa nakazuje na konstantno zniževanje vrednosti

ter vrednotenja lekarniških storitev in lekarn, farmacevtov, stroke ter posledično dejavnosti s prekomernimi pritiski v smeri količinskih ciljev (Potočnik Benčič, 2023a in b).

Na drugi strani se srečujemo z vsakoletno rastjo farmacevtskega trga v Sloveniji. Naraščajo skupne vrednosti izdanih zdravil, lekarniškega dela v javnih, koncesijskih in bolnišničnih lekarnah, priča smo prihodu novih podjetji in zastopništev ter rasti veledrogerij in dobaviteljev, kjer je trg dosegel v letu 2023 že 1 milijardo evrov. Trg zdravil in OTC ter ostalih izdelkov v lekarnah je iz leta 2022 v 2023 zrastel za 9% (bolnice 5,5 %, lekarne 10%). V zadnjih 5 letih pa za kar 46%, kjer lekarne predstavljajo 75% delež (Rutar Paris, 2024).

Vse omenjene vedno naraščujoče številke v dejavnosti skupaj z razvojem in digitalizacijo področja s sabo prinesejo vedno nove izzive. Med njimi je slaba seznanjenost pacientov v lekarni z novostmi zaradi velikih ter pogostih sprememb in avtomatizacije ter vse bolj prisotnega elektronskega načina poslovanja. To ne predstavlja oviro le pri pacientih v lekarni ampak tudi pri zaposlenih, kjer se delovne naloge in navodila spreminjajo prehitro ter so pogosto premalo natančno dorečena s strani vseh deležnikov. Ob tem se dodaja vedno več administrativnih zahtev, ki ob stalnih strokovnih novostih pogosto privede do preobremenitve trenutno zastavljenega sistema in še zmanjšuje zmogljivost in vlogo lekarništva predvsem na najpomembnejšem segmentu strokovnega dela s svetovanjem. Bistvo lekarništva in njegovega razvoja je pogojena z umestitvijo v družbo, gospodarstvo ter javno službo, kjer veliko vlogo igra financiranje. Pomemben ni le obseg financiranja, temveč tudi vsebina, predvsem kaj in kako se nagrajuje, plačuje. Celoten obseg financiranja in s tem delovanje lekarništva je v veliki meri odvisno od oblikovanja cen zdravil in trga izdelkov ter storitev za zdravje. Pri tem je potrebno poudariti še razumevanje dodane vrednosti storitev v lekarništvu in njihovo priznavanje s ciljem najvišje kakovosti in normativov. Za zagotovitev željenega igra glavno vlogo financiranje, ki je v primeru lekarništva bistveno drugačno od ostalih javnih dejavnosti, celo zdravstvenih. Lekarništvo se je tako po toliko letih od postavitve osnovnih pogojev leta 1982, pojavilo pred veliko težavo in prelomnico, saj se neustrezni pogoji le stopnjujejo (Puc in Centrih, 2017; Potočnik Benčič, 2022b).

Namen magistrskega dela je tako podrobneje analizirati lekarniško dejavnost, modele plačevanja javne službe in preveriti tudi obseg financiranja lekarništva na področju tržnega in javnega vira ter spremembe nastale skozi čas, natančneje od leta 1979 do leta 2025. Na podlagi pregleda in kritične presoje modelov plačevanja in obsega financiranja lekarn v Sloveniji, želimo oblikovati predloge za prilagoditve plačilnih modelov, ki bi bistveno izboljšala obstoječe stanje.

Prvi cilj je posledično opredeliti in natančno določiti dejavnike, ki so ključno vplivali na obseg lekarniške dejavnosti od leta 1979 do leta 2025. Drugi cilj je te dejavnike ustrezno povezati s plačilnimi modeli in jih primerjati s tujino.

Uresničitev navedenih ciljev bo omogočilo, da bomo odgovorili na dve raziskovalni vprašanji.

Raziskovalno vprašanje št. 1: Kakšni so plačilni modeli in obseg financiranja lekarn v Sloveniji skozi leta?

Raziskovalno vprašanje št. 2: Kako bi izboljšali modele plačevanja in s tem poslovanje lekarništva na podlagi preteklih izkušenj in današnjega stanja ter primerov iz tujine?

Najprej bomo podrobno pregledali stanje lekarništva v Sloveniji približno od časa prvih dostopnih podatkov do leta zaključka magistrskega dela. Torej analiza časovne dinamike izdatkov v obdobju 1979-2025, kateri sledi primerjalna analiza obsega financiranja in plačilnih modelov, tudi glede na različne vrste lekarn. To zajema vse podatke, ki so na voljo s strani vseh deležnikov od zbornic in ministrstva do Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS). Vse relevantne podatke o obsegu dejavnosti, deležih tržne in javne službe, vrednostih omenjenih delov, stroške in vrste financiranja ter vire bomo ustrezno razporedili in analizirali. Na podlagi dobljenih rezultatov bomo oblikovali ustrezne osnovne kriterije oz. dejavnike plačilnih modelov in obsega financiranja lekarništva in s tem ustrezne skupine, ki jih bomo kvantitativno in kvalitativno razporedili ter ovrednotili. V naslednjem koraku bomo s primerjavo osnovnih kriterijev kritično presodili dobljene rezultate in na podlagi preteklih situacij in sedanjega stanja ter primerov iz tujine poskušali oblikovati ustrezne predloge za prilagoditve in s tem izboljšanje plačilnih modelov in obsega financiranja lekarn v Sloveniji iz različnih pristopov in vidikov. Vse rezultate bomo podkrepili in kritično ovrednotili na podlagi sistematičnega pregleda podatkov, analiz in internih gradiv vseh ključnih akterjev na področju lekarniške dejavnosti.

Magistrsko delo bo sestavljeno iz ustreznega kazala po poglavjih in podpoglavjih v povezavi s financiranjem lekarn v Sloveniji in njihovimi neposrednimi povezavami. V začetnem poglavju se bomo posvetili predstavitvi lekarniške dejavnosti in prikazu razvoja, od zakonodaje do dejanskih podatkov trenutne situacije lekarništva v obdobju 1979-2025. Naslednje poglavje bo podrobneje predstavilo sistem financiranja lekarn in njegove ključne dejavnike torej obseg dejavnosti in plačilne modele v Sloveniji v raziskovanem obdobju. To poglavje bomo razdelili na plačilne modele za javno lekarniško dejavnost in analizo obsega lekarništva. V tem koraku se bomo tako posvetili opredelitvi nastale problematike in poiskali izvor ter ustrezne podatke, ki bi še podrobneje prikazali nastalo situacijo. Na ta način bomo ustrezno oblikovali ključne dejavnike na podlagi analize podatkov o financiranju lekarn v Sloveniji in modelih ter njihovih neposrednih deležnikov. Po podrobnejši analizi predhodno oblikovanih skupin podatkov in dejavnikov za analiziranje bomo oblikovali ključne dejavnike in podatke razvrstili za kritično presojo financiranja lekarniške dejavnosti. Podobno bomo v naslednjem poglavju prikazali obseg lekarniške dejavnosti in plačilnih modelov v tujini, ki bo razdeljeno na tri podpoglavja glede na vrsto sistema države. Temu sledi oblikovanje predlogov za prilagoditve modelov financiranja in posamezna opažanja ter posebnosti na podlagi kritične presoje plačilnih modelov. V zadnjem koraku bomo

odgovorili na raziskovalna vprašanja in oblikovali zaključek analize in s tem kritične presoje, podali prednosti in slabosti pristopa k raziskovanju in predlagali možne bodoče raziskave, kar bo vse podano v obliki ustreznega sklepa magistrskega dela.

2 PREDSTAVITEV IN PRIKAZ LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI V OBDOBJU 1979-2025

Lekarniška dejavnost se v Sloveniji tako kot zdravstvene dejavnosti nasploh izvaja na več ravneh. Primarna raven lekarništva se izvaja v lekarnah, ki so lahko bodisi v občinski bodisi zasebni lasti (JZ in LK), in podružnicah lekarn, v ožjem obsegu tudi s priročno zalogo zdravil. Lekarniška dejavnost na sekundarni in terciarni ravni se izvaja v bolnišnični lekarni. Za vse ravni je potrebno predhodno dovoljenje Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju MZ) in Lekarniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju LZS) ter ZZZS, na primarni ravni pa je potrebno še soglasje Mestne občine (v nadaljevanju MO), v kateri se nahaja (LZS Mreža, 2024).

JZ ustanovi občina ali več sosednjih občin. Koncesija se podeli s strani občine ali več sosednjih občin na podlagi tako imenovanega koncesijskega akta, po predhodni izdaji soglasja MZ ob mnenju LZS ter ZZZS. Podružnica lekarne deluje večinoma v manjšem obsegu osnovne lekarne, vendar v tolikšni meri, da zagotavlja preskrbo prebivalstva z zdravili. Podružnica tako deluje samo pod strokovnim nadzorom lekarne, ki jo je ustanovila (JZ ali LK). Takšna lekarna ima odgovornega vodjo za poslovanje, ki je bil izbran s strani primarne lekarne. Da takšna lekarna lahko posluje mora občina, na območju katere se je podružnica lekarne ustanovila, izdati dovoljenje, po predhodnem mnenju LZS in dovoljenja MZ. Podružnica se lahko odpre le v kraju, ki nima svoje lekarne in ima organizirano zdravstveno dejavnost na primarni ravni (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21).

Zraven lekarniške dejavnosti lahko primarne lekarne in podružnice opravljajo tudi druge dejavnosti opredeljene v ustreznem zakonu. Če kraj z organizirano zdravstveno službo nima lekarne ali njene podružnice, se lahko pri zdravniku v tem kraju ustanovi priročna zaloga zdravil. Takšno dovoljenje izda občina, na območju katere se priročna zaloga zdravil ustanavlja ponovno le po predhodnem soglasju LZS in MZ (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21).

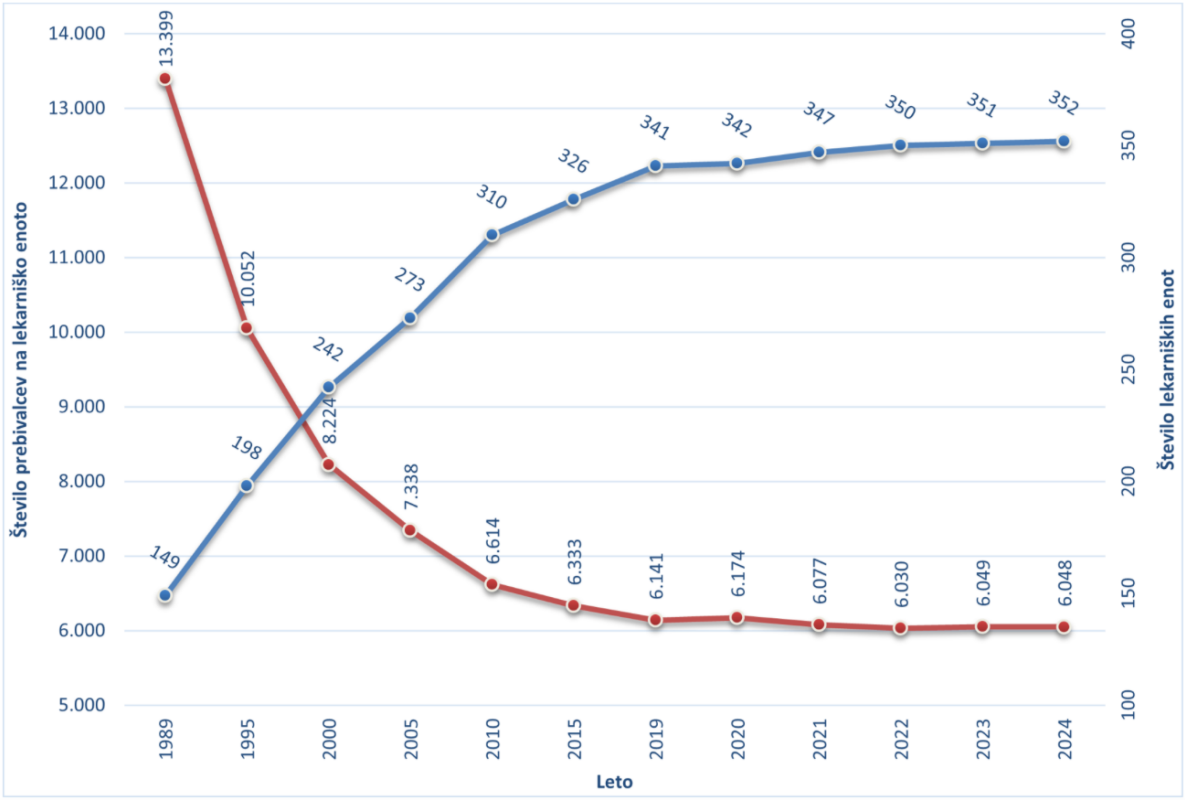
Na sekundarni ali terciarni ravni imamo le bolnišnične lekarne, ki so organizirane s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti (bolnišnice) kot samostojna organizacijska enota znotraj ustanove za preskrbo z zdravili, MTP ter drugimi izdelki za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja, ki se uporabljajo za zdravljenje in nego pacientov v bolnišnici oziroma pod nadzorom zdravnika v tej ustanovi in ob odpustu v okviru brezšivne skrbi (v nadaljevanju BS). Bolnišnica z izvajano nuklearno-medicinsko dejavnostjo mora organizirati

radiofarmacevtsko lekarno v skladu s predpisi s področja ionizirajočih sevanj (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21).

Izvajalec lekarniške dejavnosti lahko prav tako izdeluje tudi galenska zdravila ter izvaja njihovo kontrolo in nadzor kakovosti v tako imenovanem galenskem laboratoriju, za omenjeno mora seveda pridobiti ustrezno dovoljenje v skladu z zakonom (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21).

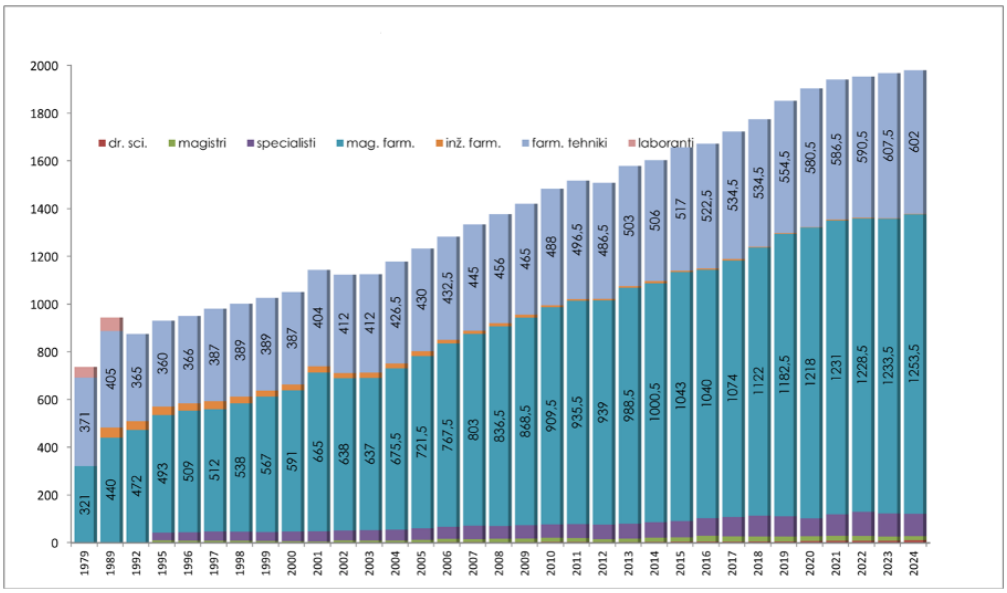
Lekarniško dejavnost na primarni ravni je 31. 12. 2024 izvajalo 24 javnih zavodov s 198 lekarnami in 55 podružnicami, 86 koncesionarjev (49 fizičnih oseb in 37 pravnih oseb) z 87 lekarnami in 10 podružnicami ter 2 bolnišnični lekarni, ki delujeta tudi na primarni ravni, torej vse skupaj 352 enot. V primerjavi z letom 2023 je število vseh enot večje za 1. Po podatkih je lekarniška enota v povprečju oskrbovala 6048 prebivalcev. Bolnišnične lekarne s stalno zaposlenimi farmacevti predstavljajo 27 enot v 26 bolnišnicah. Vse omenjeno vidimo na sliki 1, nadaljnja interpretacija podatkov prikazuje že znano informacijo, da se število enot iz leta v leto povečuje, s tem pa pada število prebivalcev na enoto (LZS Statistika, 2025).

Slika 1: Število lekarniških enot in povprečno število prebivalcev na enoto od 1989 do 2024



Vir: LZS Statistika (2025).

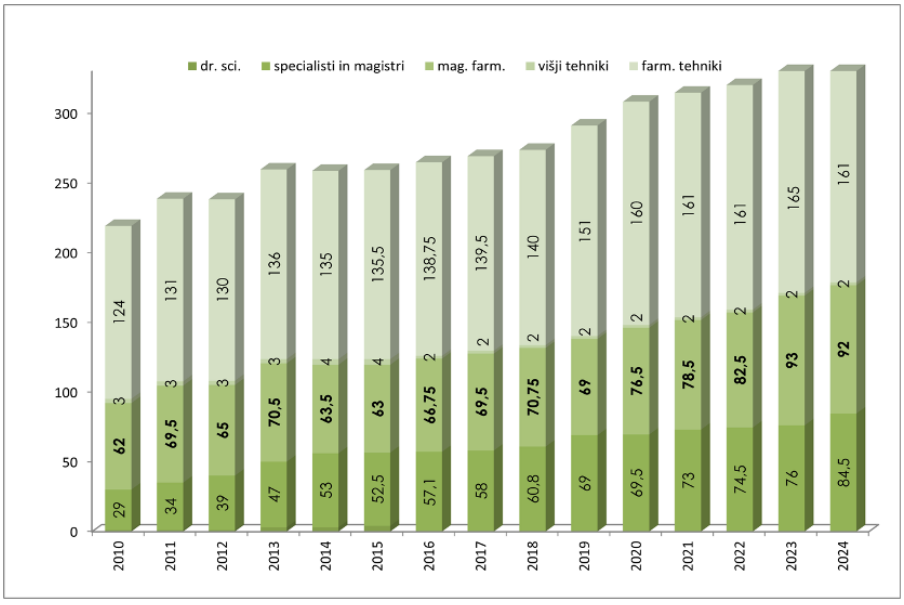
Slika 2: Število farmacevstkih delavcev na primarni ravni od 1979 do 2024 v javnih zavodih in koncesijskih lekarnah



Vir: LZS Statistika (2025).

Kot kaže slika 2, je bilo v lekarniški dejavnosti na primarni ravni 31. 12. 2024 zaposlenih 2400,5 delavcev s sestavo 2282,5 redno ter 118 pogodbeno zaposlenih. V javnih zavodih je bilo zaposlenih 1915, pri koncesionarjih pa 485,5 delavcev. Vseh strokovnih farmacevtskih delavcev na primarni ravni je bilo 1979, od tega 1375 farmacevtov. Podrobnejša struktura zaposlenih delavcev predstavlja 1253,5 magistrov farmacije, 11 doktorjev znanosti, 17 magistrov znanosti, 93,5 specialistov, 2 inženirjev farmacije in 602 farmacevtskih tehnikov.

Slika 3: Število farmacevtskih delavcev v bolničnih lekarnah od 2010 do 2024



Vir: LZS Statistika (2025).

Kot kaže slika 3, je bilo v bolnišničnih lekarnah zaposlenih 339,5 strokovnih farmacevtskih delavcev, od tega 92 magistrov farmacije, med njimi 8 doktorjev znanosti ter 5 magistrov znanosti, 84,5 specialistov, 2 inženirjev farmacije in 161 farmacevtskih tehnikov. Iz podatkov na slikah 1, 2 in 3 razberemo povprečno število oskrbovancev na farmacevta, torej dobimo 1544 oskrbljenih prebivalcev na magistra farmacije z vsakoletnim povečanjem števila farmacevtskih delavcev na področju sekundarne in terciarne ravni (LZS Statistika, 2025).

Iz prikazanih podatkov se vidi, da se število lekarniških enot in tudi število zaposlenih v lekarnah povečuje, taka rast pa postavlja pred lekarne številne izzive.

Prvi izziv je preoblikovanje lekarniške dejavnosti iz pretežno proizvodne v storitveno, z upoštevanjem sodobnega časa in s tem digitalizacije. Nekoč so lekarne same izdelovale veliko zdravil v samih lekarnah, sedaj pa se izvaja vse več storitev na kognitivnem področju, kar pa predstavlja velik problem tako na področju nadzora in opredelitve ter načina plačevanja teh storitev. Časovno obremenjujoči in zahtevni procesi kognitivnih storitev zahtevajo tudi bistveno večje število kadra na posamezno lekarniško enoto in prilagojen način dela. Dodaten problem nastaja tudi pri ZZZS kot glavnem plačniku storitev, saj zaradi obvladovanja stroškov postavlja vedno večje omejitve pri postavljenih cenovnih razponih, omejuje predpisovanje zdravil in MTP ter liste magistralnih zdravil. Omenjeni finančni izziv se odraža tudi pri farmacevtskih podjetjih, kjer smo zaradi cenovnega pritiska s strani ZZZS priča vsakodnevnemu zniževanju cen zdravil ali pa celo umiku posameznih podjetji iz slovenskega tržišča. Posledica tega je trenutno pomanjkanje več kot 300 zdravil za kronične terapije bolnikov in seveda vsakodnevni kompenzacijski dvigi cen drugih izdelkov in zdravil, predvsem v prosti prodaji (OTC in ostali izdelki), kjer podjetja na ta način izravnavajo izgube predvidenih planov na področju reguliranih cen zdravil. Tudi financiranje aktivnosti kognitivnega tipa in potrebne spremembe v številu zaposlenih in njihovi časovni obremenitvi so del istega izziva (Potočnik Benčič, 2023b).

Drugi izziv je rigiden in neustrezen sistem financiranja lekarniških storitev. V primerjavi s preteklostjo, nespremenjen sistem plačevanja po storitvenem sistemu predstavlja še večje neskladje z načinom dela, predvsem pomanjkanje kadra in posledično časa za novo nastale in vedno bolj pomembne storitve kot so pregled uporabe zdravil (v nadaljevanju PUZ) ali kontrola (v nadaljevanju kPUZ), oblikovanje osebne kartice zdravil (v nadaljevanju OKZ) ali posodobitev (v nadaljevanju pOKZ), farmakoterapijski pregled (v nadaljevanju FTP) ter BS, ki zahtevajo kompleksno, strokovno in medpoklicno sodelovanje. Ob tem pa nabor že obstoječih storitev v lekarniški dejavnosti dobiva nov pomen in razsežnost s staranjem populacije ter kompleksnostjo pacientov s polimedikamentozno terapijo v povezavi z življenjskim slogom (prehranska dopolnila, dodatki,...) in navsezadnje težko dostopnim primarnim zdravstvom, ki dodatno obremeni lekarniško dejavnosti s tako neprilagojenim sistemom financiranja (LZS Zbornik, 2024; SRZDPR2031, 2024).

Tretji izziv predstavlja na novo uvedena in sedaj že vpeljana velika sprememba realizirana s 1. 1. 2024 ukinitev doplačil, ki so bila predmet dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kar pa le poslabša že sedaj neenakopraven položaj na tem področju zdravstvene blagajne. Zdravila bodo sedaj vsa na tako imenovani pozitivni listi v celoti, torej 100 % krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ne več v določenem odstotnem deležu, kot je to veljalo do zdaj z izjemo doplačil za zdravila, ki ostajajo v primeru medsebojno zamenljivih zdravil. Plačila zdravil bodo tako še vedno v domeni ZZZS, ki na približno 2 meseca objavi nov seznam ter cene. Zdravila na negativni listi s celotnim plačilom zneska zdravila ostajajo nespremenjena. Ukinja se vmesna lista, ki se samodejno priključi pozitivni listi, javno financirana zdravstvena košarica pa vsaj za zdaj ostaja nespremenjena. Problem lahko nastane pri izvajalcih, saj bodo sedaj vsi računi za opravljene storitve plačani šele v 90 dnevnem roku in ne več iz različnih plačnikov v 30ih dneh, kot je bilo do sedaj (Rutar Paris, 2024). Podrobneje po ocenah bo ukinitev doplačil in posledična nadomestitev premij z obveznim zdravstvenim prispevkom predstavljalo nezadosten priliv dodatnih sredstev glede na rast odhodkov blagajne ZZZS. Agencija za zavarovalni nadzor (v nadaljevanju AZN) in zavarovalniško združenje sta zaradi omenjene ukinitve po pregledu stanja prišli do prvih analiz, da imamo zaradi ukinitve doplačil sedaj bistveno nižja izplačila odškodnin in znižane premije zavarovalniške dejavnosti. Zaradi zaostajanja rastiprihodkov ZZZS v primerjavi s porabo storitev lahko pričakujemo zmanjšano storilnost zdravstvenega sistema ter posledično še povečano čakalno dobo. Ob tem se lahko vprašamo ali se bo skrčil tudi nabor javno financiranih zdravil ter s tem povečala negativna lista zdravil in povečala doplačila za zdravila iz sistema medsebojno zamenljivih zdravil zaradi znižanja vrednosti, ki jo krije ZZZS (Feldin in drugi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ-O)), 2020; ZZZS, 2025).

Četrti izziv predstavlja nabava in dobavljivost v lekarnah. Eden izmed povezanih izzivov, ki se leta 2024 kaže v še večji luči je potreba po novem načinu nabave zdravil in ostalih izdelkov javnih lekarniških zavodov, saj so omenjene lekarne že leta v naskladju z zakonodajo zaradi časovnih, finančnih in deležnih omejitev pri izvajanju naročil. Lekarne morajo imeti na zalogi vsa zdravila ne samo najcenejša, ki imajo dovoljenje za promet in so dosegljiva na slovenskem trgu, pacient pa jih mora dobiti v roke znotraj 24 ur. Tukaj nastane problem pomanjkanje in kratki roki zdravil, ki jih v primeru izvedbe javnega naročila ni mogoče izpolniti, pacienti pa jih nujno potrebujejo za zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni (Potočnik Benčič, 2023a). V Sloveniji morajo tako vse lekarne, torej koncesijske, bolnišnične in JZ naročati zdravila zgolj pri veletrgovcih registriranih v Sloveniji. V primeru bolnišničnih in javnih zavodov pa je bila omogočena izjema z interventnim zakonom leta 2023 naročanje do 31.12.2024 tudi brez javnih razpisov in naročil. Ta ob normalnih pogojih terjajo veliko časa ter vključenih deležnikov ob tem pa morajo imeti samo enega najbolj cenovno ugodnega dobavitelja, čemur v praksi zaradi omejenega nabora izdelkov pri veletrgovcu ni mogoče ugoditi. Za ustrezno dostopnost do zdravil vsem ljudem bo potrebno nekaj spremeniti tudi na tem področju, saj je ob obstoječi lekarniški mreži in gravitacijskem območju določen omejen dostop do storitev in s tem potencialnega nabora izdelkov, ki jih

lahko lekarniške enote dobavijo (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21). Izzivi nabave so tako sestavljeni iz zamudnih postopkov javnega naročanja ter predvsem obsega zalog, ki so odvisne od možnosti nabave in velikosti ter lokacije gravitacijskega območja.

Peti izziv je geografska dostopnost lekarn, ki je močno regulirana z lekarniško mrežo in pogoji podeljevanja ter ustanavljanja lekarniških enot, ki pa se pod vplivom aktualnih politik ves čas postavlja pod vprašaj. Način delovanja in sistema lekarništva se tako dodatno ogroža zaradi pogostih nenapovedanih in nenadnih dopolnitev oz. novel ZLD-1, izvedenih po hitrem postopku. Ključne spremembe se pojavljajo pri določitvi gravitacijskega območja lekarne, ki je eden izmed glavnih pogojev ustanovitve lekarne, sprememba pogojev soustanoviteljstva ter vertikalnega povezovanja, sprostitev lekarniške mreže in odpravitev soglasij in mnenj LZS ter MZ pri delovanju in ustanavljanju lekarn ter podeljevanju koncesij (Potočnik Benčič, 2021; LZS Zbornik, 2024). S 1.1.2025 je tako v veljavo spet stopila nova sprememba zakona ZLD-1, ki je ob predvidenih dopolnitvah vidneje dodala še pogoje preoblikovanja statusno pravne oblike lekarne ter koncesij in zakonsko odvzela prej permanentne koncesije in s tem na novo določila veljavnost na 15 let (ZLD-1C, 2025). Izziv dostopnosti do zdravil se s tem ob vseh drugih težavah v zdravstvu le povečuje.

Šesti izziv so viri financiranja lekarništva, kjer je kompleksnost večjih razsežnosti zaradi razmejitve med javno službo in tržno dejavnostjo. Ne samo da imamo tako preplet zaposlenih in načina dela ter plačevanja storitev, ampak tudi stroškov (tudi oprema, prostori in energenti), ki se med vsemi temi dejavnosti mešajo. Tako lahko na hitro ugotovimo, da lekarne ustvarijo v Sloveniji povprečno okrog 80 % prihodka iz javne službe in 20 % iz tržne dejavnosti hkrati pa morajo že 40% zaposlenih financirati s prihodkov iz tržne dejavnosti (podatki za celotno dejavnost). V času pandemije se je pomembnost lekarniških delavcev in dostopnosti ter nemotena oskrba glede na normalne zahteve bistveno povečala, čeprav je ostala medijsko neprepoznana. V lekarnah imamo tako sedaj vsakoletno povečanje dela in storitev ter novih konceptov kot je cepljenje v lekarniški dejavnosti in BS (pOKZ ter PUZ), normativi pa ostajajo bistveno nespremenjeni. Lekarniška dejavnost v Sloveniji namreč po številu magistrov farmacije na 100.000 prebivalcev (ob upoštevanju magistrov farmacije v breme osnovnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ) na podlagi splošnega dogovora) močno zaostaja za drugimi državami Evropske Unije (v nadaljevanju EU) (Potočnik Benčič, 2022a). Ob omenjeni statistiki in vseh izzivih v lekarništvu je še kako potrebna vzpostavitev ustreznega računovodsko ločenega spremljanja poslovanja javne službe in tržne dejavnosti. Zaradi zastarelega financiranja lekarništva in potrebe po oblikovanju novega, je ustrezna analitika in nabor podatkov nujno potreben korak k izboljšanju stanja. Vzpostavitev takšnega računovodskega sistema je ključen dejavnik za oblikovanje slike trenutnega stanja in s tem možnost za spremembe ter ustrezne in nujno potrebne investicije v celotno infrastrukturo in s tem posodobitev lekarniške dejavnosti (LZS Zbornik, 2024).

Sedmi izziv je zagotavljanje ustreznih kadrovskih in materialnih zmogljivosti. Ključni pri delovanju lekarništva pa so predvsem vidiki kritične infrastrukture (Puc in Centrih, 2017):

- fizične lokacije lekarn,
- zdravila in farmacevtski izdelki,
- informacijski sistem,
- strokovno osebje,
- skladiščenje in transport,
- sistemi za nadzor kakovosti,
- zaščita osebnih podatkov,
- izobraževanje in usposabljanje.

Bistveno je tako brezhibno delovanje celotne kritične infrastrukture čisto vsakega od omenjenih dejavnikov, saj tako zagotovimo ključen pomen za ohranjanje zdravja in dobrega počutja družbe ter pravilno delovanje zdravstvenega sistema. Največji problem trenutno predstavlja kadrovsko pomanjkanje, katerega vzrok je neustrezno financiranje dejavnosti. Dobiček lekarn je tako predvsem odvisen od števila obravnavanih pacientov, ki vsakodnevno raste, kljub maloštevilčnemu kadru glede na delovno obremenitev. Rast tržnega dela lekarniške dejavnosti še dodatno obremeni delavce, ki so zaradi načina dela in sistema plač javnih uslužbencev ter vrste financiranja podplačani. Število nalog, dela in birokratizacije pa se iz dneva v dan le povečuje, kader pa kljub hiperprodukciji odhaja zaradi načina dela v manj obremenjena in boljše plačana področja (Potočnik Benčič, 2023a).

Natančnejši prikaz in vzrok za naštete izzive izhaja iz preteklosti. Podrobnejši pregled dostopnih podatkov in sprememb v lekarništvu od leta 1979 do leta 2025 sovpada s širšimi spremembami družbenih, ekonomskih in zdravstvenih razmer. Omenjene spremembe na vseh področjih in z upoštevanjem dosedaj omenjenih podatkov lahko lekarniško dejavnost v obdobju 1979-2025 prikažemo za 6 podobdobij (LZS Zbornik, 2024; SRZDPR2031, 2024; Šifrar Krajnik, 2023):

1. Prvo podobdobje od leta 1979 do leta 1993 je čas pred osamosvojitvjo z malo znanimi podatki pred digitalizacijo, ki je temeljilo na začetkih oblikovanja in delovanja lekarniške dejavnosti.

2. Drugo podobdobje je predstavljalo čas po osamosvojitvi od leta 1993 do leta 2000, kjer je leta 1991 začela lekarniška dejavnost prehajati v novo organizacijsko in pravno ureditev. Leta 1993 je bil sprejet prvi ZLD, kjer je sistem predstavljal precejšnjo centralizacijo z velikim vplivom javnega sektorja. Vse lekarne so morale delovati pod državno licenco in imeti točno določene zahteve glede prostorskih in kadrovskih normativov. Bistvo je predstavljalo zagotavljanje osnovne zdravstvene oskrbe in predvsem fizična prodaja zdravil s svetovanjem. Prvič pa so bile omogočene tudi LK v zasebni lasti.

3. Tretje podobdobje je predstavljalo čas od 2000 do 2010 s poudarkom na modernizaciji in širitvi storitev. Lekarne so začele ponujati dodatne farmacevtske storitve in postale pomemben del zdravstvenega sistema. Vidnejše novo uvedene storitve so bile svetovanja o pravilni uporabi zdravil, preverjanja njihovih interakcij, zdrav način življenja, programi neodvisnega spremljanja kroničnih bolezni ter pomoč pri odpravi odvisnosti (tobak,...). Začela so se uvajati programska orodja za pomoč pri izdaji zdravil ter elektronski Rp, zakonodaja pa vse bolj prilagajati evropskim standardom.

4. Od leta 2010 do leta 2020 smo imeli četrto podobdobje, digitalizacije in posledično spopadanja s spremembami. Farmacevtski sektor je v Sloveniji doživel nekaj večjih sprememb predvsem zaradi razvoja digitalizacije in regulatornih sprememb, ki so vplivale tudi na lekarništvo. Bistveno spremembo je predstavljal razvoj elektronskih Rp z namenom poenostavljene dostopnosti in boljše sledljivosti zdravil ter nadzor nad zdravili na Rp zaradi preprečevanja zlorabe in večje varnosti za bolnike. Z uvedbo telemedicine so tudi farmacevti začeli nuditi storitve na daljavo brez potrebnih obiskov v lekarni. Vpeljana je bila tudi večja integracija farmacevtov v celostno obravnavo bolnika, vključno s preventivnimi programi in svetovanji. Zakon o zdravilih leta 2012 je nadgradil obstoječo zakonodajo ter povečal vlogo farmacevta.

5. Peto podobdobje je predstavljal čas pandemije koronavirusne bolezni 19 (angl. Coronavirus disease 2019, v nadaljevanju COVID-19) od leta 2020 do 2023 in prilagoditev na novo nastalo stanje. Lekarniška dejavnost je bila postavljena pred nove izzive, ki so omogočili pospešen razvoj določenih praks. Tako se je pokazalo, da so lekarne ključne pri dostopnosti, svetovanju in razvoju zdravstvenih storitev, zaščitnih sredstev, cepiv in predvsem zdravljenju bolnikov s sodelovanjem z zdravniki ter tudi testiranju. Rezultat je bila povečana uporaba telefarmacije oz. telemedicine za še boljše povezovanje strokovnega osebja s pacienti.

6. Od leta 2023 lahko opazujemo šesto podobdobje. Še vedno se lekarniška dejavnost prilagaja potrebam sodobnega zdravstvenega sistema, kljub temeljitim spremembam so bili prisotni izzivi na večih področjih. Pomanjanje kadra zaradi odhodov v tujino ali na boljše plačana delovna mesta tudi izven stroke, napredek na digitalizaciji z uvedbo e-zdravja, nove zakonodaje in regulacije. Lekarne so v zadnjem podobdobju ostale in postajajo še pomembnejši dejavnik v zdravstvenem sistemu zaradi naraščujoče vloge farmacevtov kot svetovalcev ter širših preventivnih ukrepih za ohranjanje zdravja, kjer tradicionalno vlogo prodajalca nadomešča bolj celovita vloga zdravstvenega svetovalca za boljšo prihodnost zdravstva v državi.

Pomembnejši dejavniki, ki se spreminjajo v podanem obdobju 1979-2025 in vplivajo na lekarniško dejavnost ter oblikovanje in razvoj podobdobij so našteti v nadaljevanju (LZS Zbornik, 2024):

1. Organizacijska struktura

Organizacijska struktura je v začetku prvega podobdobja opredeljevala lekarne strukturirane v obliki javnih lekarniških zavodov zaradi takrat izključno državnega oz. javnega zdravstvenega sistema in tako imenovane javne mreže. Z drugim podobdobjem so se v okviru javne mreže in nove zakonodaje po osamosvojitvi Slovenije, od leta 1992 začele podeljevati prve koncesije. Od tretjega podobdobja naprej so nastale prve pravne oblike LK kot družba z odgovornostjo (d.o.o.). Od šestega podobdobja natančneje od 27.12.2024 je vstopila zadnja veljavna zakonodaja na področju lekarniške dejavnosti, ki je razveljavila vse predhodno podeljene koncesije za nedoločen čas ter jim podelila status omejenega časa delovanja.

2. Število lekarniških enot in oskrba prebivalstva

Rast števila lekarniških enot je bila ključna za boljšo oskrbo in dostopnost prebivalcev do primarnega zdravstvenega sistema, pri tem so ključno vlogo odigrale lekarniške podružnice ter koncesionarji na področju ruralnih območjih in s tem širitev lekarniške mreže. V prvem podobdobju je bilo skoraj 2,4 krat manj lekarn kot v šestem, a ob tem zgolj 2,2 krat večji obseg populacije na posamezno lekarniško enoto.

3. Zaposleni

Širitev lekarniške mreže, geografska razporeditev in večje potrebe po storitvah so povečale tudi število kadra v slovenskih lekarnah, kar pa je omogočilo tudi razvoj izobraževalnih programov ter specializacij. V prvem podobdobju je bilo zaposlenih v lekarništvu manj kot 700, z večjim deležem farmacevtskih tehnikov. Število in izobrazbeno razmerje zaposlenih se je obrnilo v korist magistrov farmacije v drugem podobdobju in nato naraščalo do sedanjih 2400 zaposlenih v šestem podobdobju.

4. Poraba zdravil

Posledično je zaradi razvoja zdravstva bilo vedno več ljudi seznanjenih in vključenih v zdravljenje kroničnih bolezni, kar je pomenilo trend naraščanje predpisovanja in izdajanja zdravil tako na Rp kot brez. Za prvo podobdobje imamo malo znanih podatkov o porabi zdravil, saj so se prva sistematična spremljanja porabe zdravil začela s strani ZZZS v poznih 90. letih prejšnjega stoletja in s tem v drugem podobdobju. Poraba zdravil je začela močneje naraščati v tretjem podobdobju in v četrtem podobdobju dosegla 17 milijonov Rp z 10% rastjo v breme OZZ. Peto in šesto podobdobje predstavljata še večjo rast, približno več kot 15% prirast izdanih Rp v breme OZZ. Sledenje je zaradi uvedbe e-Rp skoraj popolno.

5. Vrednost zdravil

Cene zdravil so bile v preteklosti bistveno nižje, prav tako skupni stroški, ki zaradi naraščajočega števila izdaj, novosti ter kompleksnosti in razvoja različnih vrst zdravil vztrajno naraščajo. Nabor in cena zdravil je bila v prvem podobdobju bistveno nižja kot v šestem. Kljub sicer pomanjkljivim podatkom iz začetnih obdobij so stroški za zdravila od začetka tretjega podobdobja, odkar Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju

NIJZ) in ZZZS podrobneje spremljata izdana zdravila, narastli iz okrog 270 milijonov evrov do vrednosti skoraj 760 milijonov evrov v letu 2023 in 2024 celo presegla 870 milijonov.

6. Financiranje

Financiranje zdravil že od nekdaj poteka v okviru državne blagajne in ZZZS. V vseh podobdobjih je potekalo na enak način z večinskim deležem kritja s strani OZZ ter dopolnili s strani prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju PZZ) in doplačili. Od 1.1.2024 so vsa zdravila v 100% krita s strani OZZ z izjemami plačil medsebojno zamenljivih zdravil. Lekarniška dejavnost se prav tako v celotnem obdobju financira s fiksnim pribitkom storitvenega sistema in maržnim sistemom na prosti prodaji tržne dejavnosti.

7. Zakonodaja in regulativa

Zakonodaja in regulativa je bistveno vplivala na vrednost in financiranje zdravil predvsem pa na delovanje in financiranje lekarniške dejavnosti tudi z omejevanjem oglaševanja in trženja. Prvi ZLD se je oblikoval leta 1992 v prvem podobdobju in začrta osnovno ureditev dejavnosti. V drugem podobdobju so se z novelo leta 1999 začele prve spremembe, v četrtem podobdobju leta 2016 so se na novo zastavili pogoji koncesionarstva ter v šestem podobdobju leta 2024 še zadnja sprememba glede javnega naročanja zdravil, veljavnosti koncesij, financiranja specializacij ter ureditev dežurne službe.

8. Digitalizacija in tehnološki napredek

Kot že večkrat omenjeno se razvoj digitalizacije in tehnološki napredek vidneje pozna tudi pri delovanju slovenskih lekarn ter zdravstva. Prvo obdobje je bilo še v analognem sistemu tradicionalnega lekarništva, drugo obdobje je predstavljalo prvo vpeljavo digitalnega lekarništva in e-Rp. Spletne lekarne so bile le en delček modernizacije lekarniške dejavnosti, ki se je začela v tretjem podobdobju. Nadaljna tri podobdobja predstavljajo dodaten razvoj robotike in avtomatskih storitev ter telefarmacijo.

9. Izzivi in prihodnje usmeritve

Povečanje stroškov zdravil in zdravstva ter razvoj novih storitev s poudarkom na starajoči se populaciji ostaja velik izziv predvsem za financiranje. Prvo podobdobje je predstavljalo tradicionalno lekarniško dejavnost z majhnim naborom izdelkov in storitev. Z vpeljavo računalnikov v drugem podobdobju se je začel razvoj novih storitev. Bistven je napredek v tretjem podobdobju z enotnim online zdravstvenim sistemom in digitalnimi storitvami ter programi za promocijo zdravja. Od četrtega podobdobja naprej se razvijajo kognitivne storitve in spodbujanje zdravja ter avtomatizacija procesov na podlagi digitalnega razvoja s ciljem čimboljše, hitrejše in ugodnejše storitve za izboljšanje zdravja celotne populacije.

Prikazan razvoj lekarniške dejavnosti skozi čas je zelo vplival na obseg lekarniške dejavnosti. V naslednjem poglavju tako podrobneje prikazujemo analizo obsega lekarniške dejavnosti in plačilnih modelov v Sloveniji.

3 PRIKAZ OBSEGA LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI IN PLAČILNIH MODELOV V SLOVENIJI V OBDOBJU 1979-2025

3.1 Plačilni model za javno lekarniško dejavnost

V slovenskem zdravstvenem sistemu poznamo več različnih plačilnih modelov za izvajane zdravstvenih storitev oziroma programov. Vsak model plačevanja temelji na sklopu pravil, ki urejajo načrtovanje, beleženje in izvedbo plačil storitev izvajalcem. Posamezen model po navadi predstavlja zaokroženo področje ali vrsto zdravstvene dejavnosti, ki ima ista pravila, lahko pa obstaja tudi del dejavnosti, za katere se oblikuje lasten sklop pravil. Ob tem morajo vsi modeli upoštevati ostale zakonsko veljavne predpise. Vsak model vsebuje seznam storitev, ceno storitve in način plačevanja. Znotraj seznama istovrstnih storitev, kjer je obračunska enota lahko točka, količnik, ali utež, ima posamezna storitev predhodno določeno različno število obračunskih enot glede na težo obravnave in s tem medsebojno razmerje. Točke se uporabljajo večinoma v specialističnih ambulantah ter zobozdravstveni dejavnosti, količniki v splošnih ambulantah, uteži pa pri akutni bolnišnični obravnavi in s tem v sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). Dejavnost na primarni ravni ZZZS financira po kombiniranem sistemu glavarine in storitev, možne so tudi spodbude in pavšalna plačila. Sekundarno in terciarno raven, torej specialistično ambulantno dejavnosti ter bolnišnično dejavnost, sestavlja vrsta storitev, ki temelji na točkah ali drugih enotah ter sistemu SPP in oskrbnih dnevih.

Preko plačilnih modelov se iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja preko ZZZS zagotavljajo prihodki izvajalcem vseh storitev, ki so del javno financirane košarice zdravstvenih storitev. Pred ukinitvijo doplačil, ki jih je večina prebivalstva do 1.1.2024 krila s pomočjo dopolnilnega zavarovanja, so izvajalci del prihodkov torej ustvarili tudi iz plačil iz žepa tistih, ki niso bili zavarovani. Del prihodkov pa so ustvarili izvajalci tudi na podlagi plačila iz zasebnega žepa za samoplačniške storitve, na primer dodatne storitve izven javno financirane košarice ali storitve s hitrejšo obravnavo ter brez čakalnih vrst. Te lahko pacienti krijejo iz žepa ali s pomočjo dodatnih zdravstvenih zavarovanj. Za zdravstvene izvajalce v okviru javne mreže so bistvene pogodbe sklenjene z ZZZS glede števila storitev in njihova cena ter plačilo (ZZZS, 2025).

Kot smo na kratko pokazali, se plačilni modeli delijo na plačevanje po storitvah oz. storitveni sistem plačevanja, plačevanje po primerih, plačevanje po glavarini, plačevanje glede na dni obravnave in plačevanje po pavšalu. Za javno lekarniško dejavnost je značilen storitveni sistem plačevanja, ki temelji na plačilu za opravljeno lekarniško storitev, natančneje za 2 storitvi. Prva, ki jo lekarniška enota prejme je sama izdaja, torej gre za izdajo zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na tako imenovani pozitivni listi predpisani na receptni obrazec ZZZS oz. Rp in je zanj v skladu s Splošnim dogovorom predvideno plačilo glede na realizacijo. Druga pa je storitev vročitve in obdelave Rp s strani ustreznega strokovnjaka, torej magistra farmacije z ustreznimi napotki. Obe storitvi sta neodvisni od nabavne

vrednosti zdravil, kar pomeni, da cena zdravil ne vpliva na poslovni rezultat lekarne in jih kvečjemu zato napačno prikaže. Za omenjeni storitvi se na podlagi ocene kadrovskih in časovnih normativov oceni število točk, pri čemer večje število odraža večjo porabo resursov pri izvajanju storitev. Število točk je nato pomnoženo s ceno točke, s čimer opredelimo ceno storitve. Temu sledi zmnožek števila storitev in cene ene storitve, ki predstavlja prihodek lekarne. V osnovi tako za izdajo na Rp farmacevt opravi dve storitvi, obdelavo ovrednoteno z 0,31 točke ter vročitev z 0,16 točke (višina cene točke je bila na začetku leta 2025 4,23 eur, ta pa se spreminja na približno 1 do 2 meseca), kjer prva pomeni pregled, svetovanje, vodenje evidence in administrativno delo ter druga kot fizična predaja enega kosa s vključenim naročanjem, prevzemom, analizo, strokovno evidenco, shranjevanjem, kontrolo serije izdelave in datum zapadlosti, priprava in izročitev. Šifrant predvideva še dva dodatka v primeru izdanega večjega pakiranja ali obnovljivega Rp. Denarno vrednost storitve sestavlja število točk in vrednost točke, ceno pa izračunamo tako, da načrtovano vrednost storitev (brez dodatkov za izvajanje dežurstva in stalne pripravljenosti) delimo z dogovorjenim številom točk ob ustrezni produktivnosti delavca. Cena lekarniške točke v celotni dejavnosti naj bi temeljila na stroških plač, materialnih stroških, amortizaciji, drugih prejemkov zaposlenih po kolektivni pogodbi in zakonsko predpisanih obveznosti izvajalcev programov. Vrednost lekarniške točke se spreminja večkrat letno, samo število točk za posamezno storitev pa ni bilo spremenjeno praktično od leta 1982 (Aubreht, 2016; Puc in Centrih, 2017).

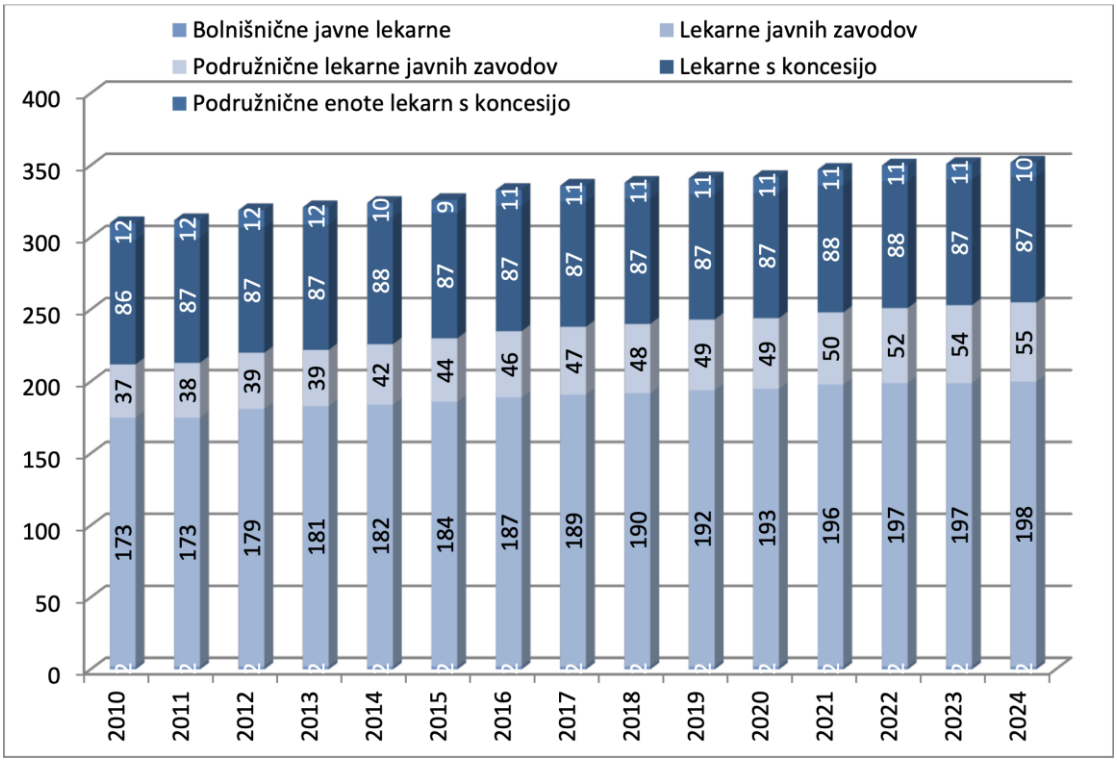
Z obračunom navedenih dveh storitev lekarne od ZZZS pridobijo vir prihodkov, iz katerega krijejo stroške svojega delovanja z izjemo stroškov zdravil. Stroške zdravil krije ZZZS dodatno ter delno tudi veledrogerije proizvajalcem. Cena vsakega zdravila, ki ga plača ZZZS, je sestavljena iz proizvajalčeve cene, ki jo je oblikovala na podlagi referenčnih cen, torej z upoštevanjem najnižjih cen posameznega zdravila v referenčnih državah, regulirane veletrgovske marže, lekarniške storitve in zneska davka na dodano vrednost. ZZZS torej lekarnam krije nabavno ceno zdravil ter izvajanje lekarniških storitev. Lekarniški storitvi pa nimata bistvenega vpliva na končno ceno zdravil v Sloveniji, saj sta leta 2024 predstavljali v povprečju le 8% končne cene, veletrgovcu je pripadlo 6% končne cene, davek na dodano vrednost (v nadaljevanju DDV) je predstavljal 9,5% in večino 76,5% proizvajalčeva cena zdravil. V letu 2020 je bil delež lekarne 6,8%, veletrgovine 4,1%, vrednost davka 8,7% in 80,5% proizvajalec (Jaklic Kajzer in Kotnik, 2025).

3.2 Analiza obsega lekarniške dejavnosti v obdobju 1979-2025

Lekarne, ki storitve javne službe opravljajo po omenjenem plačilnem modelu, predstavljajo zdravstveno dejavnost na primarni ravni v okviru večih vrst lekarniških enot. Lekarniško dejavnost na primarni ravni, kar je razvidno na sliki 4, je tako leta 2010 predstavljalo 98 lekarniških enot s koncesijo od tega 12 podružnic, 210 enot javnih zavodov od tega 37 podružnic ter 2 bolnišnični lekarni. Leta 2023 je bilo število LK enot enako 98, od tega 11 podružnic, 251 javnih zavodov z vključenimi 54 podružnicami in 2 bolnišnični lekarni. Naslednje leto 2024 je bilo skupno število enot večje za 1 lekarno torej 352, vendar na račun

zaprtja 1 podružnice lekarn s koncesijo in odprtje 1 podružnice ter 1 enote lekarn javnih zavodov. Lekarniško dejavnost na sekundarni in terciarni ravni, kar dopolnjuje slika 3, je leta 2023 predstavljalo 27 enot s 336 farmacevtskimi delavci organiziranih v 26 bolnišnicah, enako število enot je bilo tudi na koncu leta 2024 s sicer 339 farmacevtskimi delavci. Za primerjavo pa je leta 2010 bilo le 15 bolnišničnih enot s 218 farmacevtskimi delavci. Lekarne imajo lahko registrirane tudi svoje spletne lekarne kot možnost širitve svoje osnovne dejavnosti. Uspešno registriranih spletnih lekarn za izdajo zdravil brez Rp preko medmrežja na MZ na dan 1.1.2025 je bilo 30, ki sicer predstavljajo del financiranja izven opisanega storitvenega plačilnega modela ter tako spadajo v tržno lekarniško dejavnost (LZS Bilten, 2024; NIJZ, 2025).

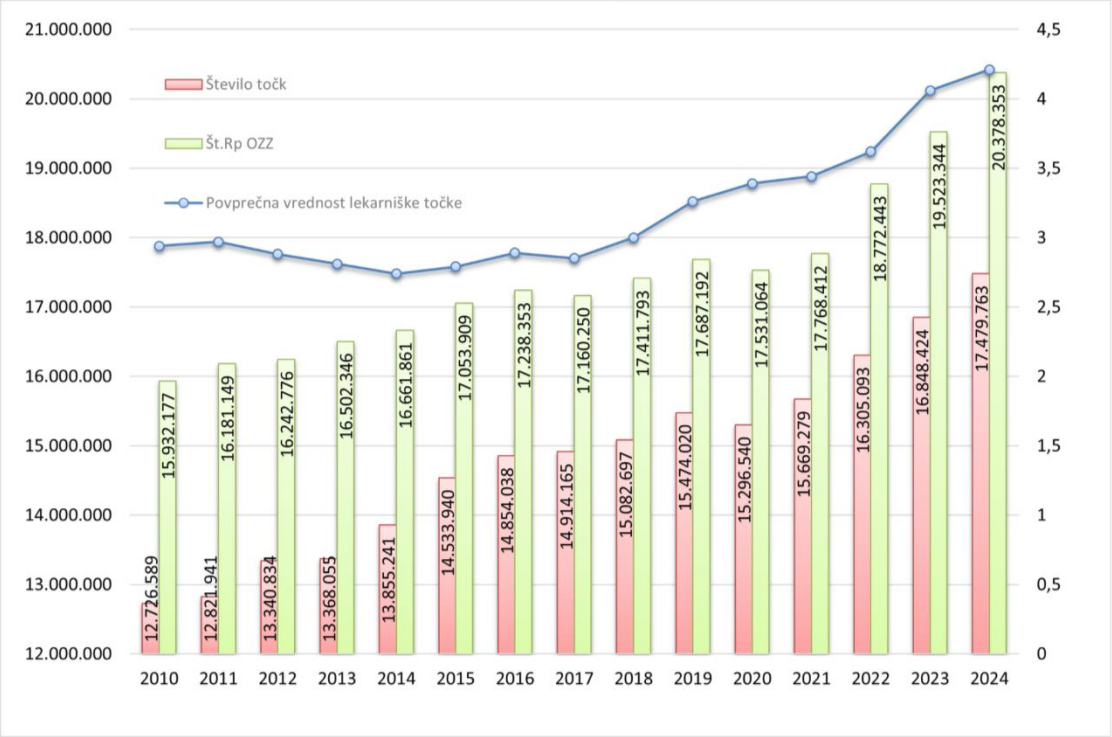
Slika 4: Pregled števila javnih lekarniških enot na primarni ravni od 2010 do 2024



Vir: LZS Bilten (2024, 2025).

Kot smo pojasnili, je vir prihodkov lekarne, s katerim pokriva stroške svojega delovanja, z izjemo nakupa zdravil, izvajanje 2 lekarniških storitev. Maržni sistem na področju zdravil se je v Sloveniji ukinil leta 1979. Prihodki lekarn so določeni z obsegom Rp ter z vrednostjo in številom točk za lekarniške storitve, ki so na te Rp vezane. Na sliki 5 vidimo, kako se je od leta 2010 do leta 2024 gibalo število izdaj Rp v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in vrednost lekarniške točke v Sloveniji. Iz leta v leto se povečuje število izdanih Rp, vrednost točke pa je do 2018 v večini primerov padala, v zadnjih letih pa se je le malo zvišala. Natančneje je bila leta 2010 2,94 evrov, najnižja leta 2014 2,74 evrov in najvišja leta 2024 z vrednostjo 4,21 evrov (LZS Statistika, 2025).

Slika 5: Število receptov in točk ter njihova povprečna vrednost od 2010 do 2024



Vir: LZS Statistika (2025).

Slika 6: Kalkulativni elementi cene točke, 1.2.2025

Kalkulativni elementi točke	Znesek	Vrednost točke	Delež (v %)
Stroški dela	42.510.400	3,41	80,01%
Materialni stroški	7.428.482	0,60	14,47%
Amortizacija	1.547.591	0,12	3,02%
Informatizacija	1.282.753	0,10	2,50%
	52.769.227	**4,23**	100,00%

Vir: LZS Bilten (2024, 2025).

Prikazano gibanje cene točke je odvisno od s strani ZZZS priznanih stroškov delovanja lekarne, z izjemo nakupa zdravil. Naraščanje vrednosti točke skozi leta je rezultat številnih dejavnikov (inflacija, ekonomske spremembe v družbi, vrednost dela in delavcev, novih storitev, stroškov,...). Prikaz preteklih dogodkov pa jasno nakazuje nepremosorazmernost naraščanja prihodkov in s tem neusklajeno financiranje z resničnimi vrednostmi dela in posledično neustrezne poslovne izide. Zaradi bistveno manjšega obsega storitev, številnih obveznosti, stroškov ter ostalih obremenitev na lekarniškega delavca v preteklosti ter v zadnjih letih vedno večjih zadolžitev v lekarništvu ter večjim stroškom dela javne službe na

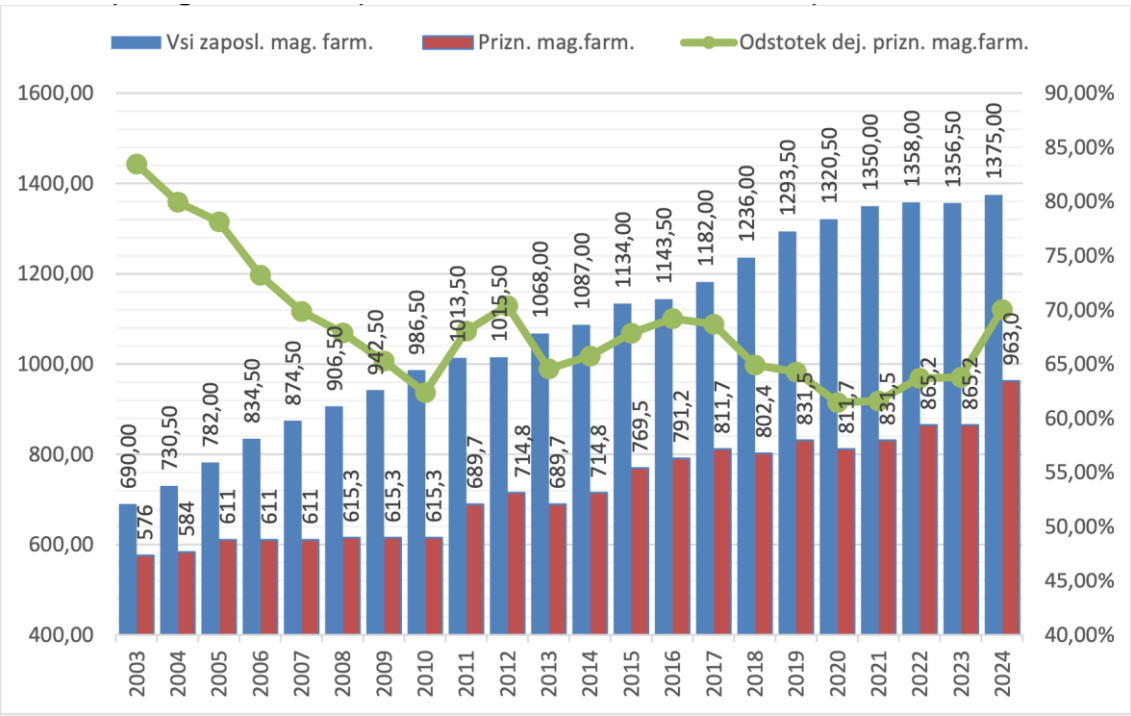
račun zmanjšanja dobička tržne dejavnosti, se je na ta način znižal dodaten vir prihodka lekarniške dejavnosti. Prikaz na sliki 6 podrobneje razloži oblikovanje cene lekarniške točke na dan 1.2.2025 in dokaže pomen, obremenitev, zahtevnost ter sestavo lekarniške dejavnosti, ki temelji na stroških dela, torej zaposlenih v lekarniški dejavnosti z več kot 80% deležem vrednosti točke. Dvoletna analiza LZS spremljana od 2023 glede plačilnega modela storitvenih dejavnosti javne službe predlaga nove spremembe na tem ključnem področju. Predvidena nova vrednost lekarniške točke za opravljene storitve izdaje bi morala biti na področju obdelave 0,65 ter vročitve 0,32 točke. Omenjena analiza potrebnega vrednotenja, ki odraža zahtevnost procesa, tako zahteva nujno posodobitev sistema (LZS Bilten, 2024, 2025).

Obseg lekarniške dejavnosti narašča, kar je posledica naraščanja števila Rp, kadrovske sestave in lekarniških enot v Sloveniji od 1979 do 2025. Naraščanje števila Rp je povezano tako z velikostjo prebivalca kot z bremenom bolezni. Število prebivalcev v Sloveniji je leta 1979 znašalo približno 1,89 milijona, leta 1993 1,99 milijona, leta 2023 2,12 milijona in na koncu leta 2024 2,13 milijona, kar je približno 12,7 % rast. V istem obdobju se je število lekarniških enot povečalo iz 149 na 352, kar predstavlja okrog 136,2 % rast. Tudi število zaposlenih v lekarnah na primarni ravni, v katerem je leta 1979 bilo zaposlenih 371 farmacevtskih tehnikov in 321 magistrov farmacije, leta 2024 pa 602 farmacevtskih tehnikov in 1253 magistrov farmacije, predstavlja skupaj približno 168,1% rast ključnih zaposlenih v lekarniškem sistemu v obdobju od 1979 do 2025. Relativno veliko povečanje števila lekarn in zaposlenih glede na primerjalno manjši prirast prebivalstva v Sloveniji pomeni veliko izboljšanje dostopnosti lekarniških storitev in kaže na večjo potrebo po farmacevtskih storitvah ter večjo delovno obremenitev zaradi naraščujoče porabe zdravil. V letu 2023 je bilo izdanih skoraj 20,4 milijona Rp za ambulantno predpisana zdravila, od katerih so več kot polovico predstavljala zdravila za kronične bolezni, v skupni vrednosti nekaj manj kot 756,2 milijona evrov. To pomeni, da je vsak prebivalec prejel povprečno 9,6 Rp v vrednosti 356 evrov (NIJZ 2024). NIJZ in ZZZS podrobneje spremljata porabo zdravil šele od leta 2001, vendar zasledimo tudi okvirne podatke za leto 1993, ko je bilo približno 4,98 milijona izdanih Rp v vrednosti okrog 100 milijonov evrov, kar pomeni v povprečju na prebivalca 2,5 Rp v vrednosti 50 eur. Vrednost in število predpisanih Rp se je tako znatno več povečalo kot rast prebivalstva, število enot ali število zaposlenih. Povečanju izdatkov za zdravila in izdatkov na prebivalca iz približno 50 evrov leta 1993 na 356 evrov leta 2023 pa lahko pripišemo uvajanju vse dražjih inovativnih zdravil, povečani porabi zaradi demografskih sprememb, številu in razpršenosti lekarniške mreže ter predvsem regulativi delovnih procesov, plač in inflaciji po podatkih SURS od 1993 do 2023 v vrednosti 366,2% (NIJZ, 2024; SURS, 2025).

Po oceni NIJZ glede izdatkov za zdravila v letu 2023 opazimo, da največji delež izdatkov predstavlja vrednost zdravil. Na sliki 6 vidimo, da je drugi največji strošek strošek za delo, saj gre za zelo kadrovsko intenzivno dejavnost in predstavlja približno 10% vrednosti izdatkov za zdravila. Kadri in s tem stroški za delo predstavljajo v lekarniški dejavnosti

največji delež za vrednostjo zdravil in so ključni pri oblikovanju cene lekarniške točke, hkrati podatki iz slike 7 kažejo na neustrezno plačevanje in razlog za negativno poslovanje javnega lekarniške dejavnosti. Dejansko izvajane dodatne storitve, ki jih ni mogoče zaračunavati ZZZS na sliki 7 utemeljijo problematiko stroškov dela, ki niso kriti iz naslova izvajanja osnovnih dveh storitev v lekarništvu. Torej vidimo močno razvrednotenje dela lekarniškega farmacevta, saj je trend padanja iz leta 2003 v vrednosti 83,48% deležu priznanih magistrov farmacije kritih iz OZZ, v letu 2023 pa imamo ta delež le še 66,22%, ki sicer v letu 2024 ponovno zraste na 70,03%. Omenjeni podatki kljub dodatno prvič plačanimi kognitivnimi storitvami v breme ZZZS z letom 2024, silijo lekarne v navzkrižno subvencioniranje preskrbe zdravil na Rp iz drugih dejavnosti (LZS Bilten, 2024, 2025; ZZZS, 2025).

Slika 7: Pregled gibanja vseh zaposlenih magistrov farmacije, priznanih magistrov farmacije ter delež kritja stroškov dela magistrov farmacije iz sredstev OZZ, 2003-2024



Vir: LZS Bilten (2024, 2025); ZZZS (2025).

V nadaljevanju podrobneje prikazujemo obseg lekarniške dejavnosti kot javne službe tudi po vrsti lekarn in plačilnem modelu.

Zadnji podatki glede na obseg storitev in plačilne modele v lekarniški dejavnosti po vrsti lekarn so v Sloveniji dostopni do leta 2025. Prikazi upoštevajo primerjavo OZZ in PZZ pred ukinitvijo doplačil, ki so bila predmet dopolnilnega zavarovanja, z letom 2024 in tudi po njem za celotno leto 2024.

Slika 8:Realizacija in vrednosti lekarniških storitev na primarni ravni v obdobju od 2015 do 2024

Oznake vrstic	Št. točk	Celotna vrednost	Vrednost OZZ	Vrednost PZZ	Delež OZZ (v %)
2015	14.533.940,37	44.261.260,93	23.539.827,21	20.721.433,72	53,18
2016	14.854.037,79	46.878.863,29	24.896.896,80	21.981.966,49	53,11
2017	14.914.164,74	46.437.296,91	24.486.397,17	21.950.899,74	52,73
2018	15.082.697,80	49.482.224,32	25.749.260,16	23.732.964,16	52,04
2019	15.474.020,36	55.160.286,99	28.147.171,51	27.013.115,48	51,03
2020	15.296.540,48	56.673.147,35	28.118.139,33	28.555.008,02	49,61
2021	15.669.280,52	57.635.409,46	27.904.559,35	29.730.850,11	48,42
2022	16.305.093,29	61.814.015,86	29.269.863,66	32.544.152,20	47,35
2023	16.848.423,76	71.026.995,91	34.014.422,05	37.012.573,86	47,89
2024	17.479.763,34	73.348.656,49	73.427.967,19	-79.310,70	100,11

Vir: LZS Bilten (2024, 2025); ZZZS (2025).

Na sliki 8 vidimo prikaz zadnjih 10 let gibanja realizacije in vrednosti lekarniških storitev na primarni ravni s konstantnim padanjem deleža OZZ glede na celotno vrednost, natančneje v podanem obdobju pred ukinitvijo doplačil, ki so bila večinoma kriza iz dopolnilnega PZZ iz 53,18% na 47,89%, kar pomeni razliko 5,29%. Iz leta 2023 v leto 2024 vidimo rast skupne vrednosti storitev za 3,27% in za 18,66% v primerjavi z letom 2022, vrednosti OZZ za 16,21% in PZZ za 13,73% pa lahko pogledamo nazadnje iz leta 2022 v 2023. Realizacija lekarniških storitev se je v letu 2024 v primerjavi z 2023 povečala za 3,75%, v primerjavi z letom 2022 7,20% in v primerjavi z letom 2021 za 11,55%. Za leto 2024 vidimo v stolpcu delež OZZ večji kot 100%, saj gre za leto po ukinitvi doplačil ter je njegova vrednost negativna zaradi poplačila dolgov s strani OZZ (LZS Bilten, 2024, 2025).

Po podatkih opravljenih lekarniških storitev in njihovih vrednosti po letih bomo pogledali še podrobneje dosegljive aktualne podatke v obliki razdelitve na manjše enote v Sloveniji v tem primeru regije.

Slika 9 tako prikazuje pregled gibanja realizacij lekarniških storitev ter vrednosti OZZ in PZZ v lekarniških enotah na primarni ravni v Sloveniji v letu 2023 in 2024 glede na območne enote. V letu 2023 Ljubljana predstavlja največji delež storitev s 29,88% celotne vrednosti v Sloveniji, na drugem mestu je Maribor s 16,02% ter na zadnjem desetem mestu je Krško s 3,79%. Vrednost zdravil in storitev v breme PZZ je v letu 2023 na primarni ravni lekarniške dejavnosti predstavljal za skoraj 9% višjo vrednost od bremena osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Slika predstavlja tudi podatke za leto 2024, ki je prvič brez PZZ in predstavlja 3,75% porast realiziranih točk v primerjavi s prejšnjim letom in 7,2% z letom 2022 (LZS Bilten, 2024, 2025; ZZZS, 2025).

Slika 9: Realizacija in vrednosti lekarniških storitev na primarni ravni glede na regijo za leto 2023 in 2024

Oznake vrstic	Št. točk	Celotna vrednost	Vrednost OZZ	Vrednost PZZ	Delež OZZ (v %)
LJUBLJANA	5.034.586,62	21.196.301,71	10.297.483,43	10.898.818,28	48,58
MARIBOR	2.698.628,03	11.384.725,96	5.405.893,70	5.978.832,26	47,48
CELJE	1.676.898,69	7.065.082,27	3.385.824,15	3.679.258,12	47,92
KRANJ	1.633.639,91	6.881.019,10	3.329.647,28	3.551.371,82	48,39
KOPER	1.200.159,39	5.074.335,22	2.405.394,95	2.668.940,27	47,40
MURSKA SOBOTA	1.125.364,33	4.756.284,78	2.222.559,24	2.533.725,54	46,73
RAVNE NA KOROŠKEM	1.111.984,86	4.680.847,27	2.240.346,53	2.440.500,74	47,86
NOVO MESTO	974.872,49	4.101.455,67	1.972.812,05	2.128.643,62	48,10
NOVA GORICA	752.817,66	3.184.591,62	1.465.788,92	1.718.802,70	46,03
KRŠKO	639.471,78	2.702.352,31	1.288.671,80	1.413.680,51	47,69
Skupna vsota	**16.848.423,76**	**71.026.995,91**	**34.014.422,05**	**37.012.573,86**	**47,89**

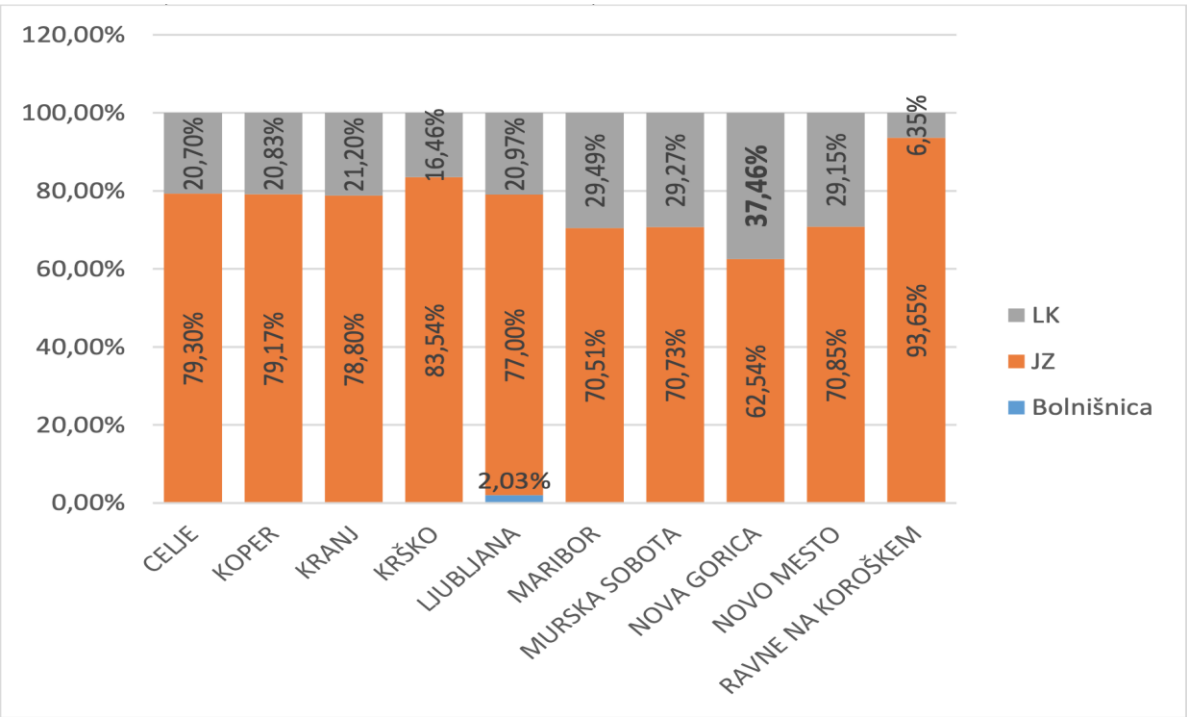
Oznake vrstic	Št. točk	Celotna vrednost	Vrednost OZZ
LJUBLJANA	5.233.980,03	21.904.837,96	21.928.846,31
MARIBOR	2.780.215,31	11.678.840,12	11.691.909,94
CELJE	1.754.038,44	7.368.400,32	7.376.388,64
KRANJ	1.687.390,75	7.088.814,43	7.096.059,02
KOPER	1.240.362,71	5.211.116,59	5.216.524,85
MURSKA SOBOTA	1.157.202,48	4.861.346,81	4.866.601,70
RAVNE NA KOROŠKEM	1.145.376,60	4.811.394,10	4.816.749,43
NOVO MESTO	1.024.865,00	4.305.618,28	4.310.131,02
NOVA GORICA	783.090,12	3.289.987,81	3.293.479,46
KRŠKO	673.241,90	2.828.300,07	2.831.276,82
Skupna vsota	**17.479.763,34**	**73.348.656,49**	**73.427.967,19**

Vir: LZS Bilten (2024, 2025); ZZZS (2025).

Prikazane lekarniške storitve na primarni ravni realizirajo različni tipi izvajalcev.

V proučevanem obdobju prikaza za leto 2024 na sliki 10 vidimo največji delež realizacij storitev koncesionarjev znotraj posamezne območne enote v Novi Gorici s 37,46%, kar je za 0,26% manj kot leta 2023, najmanj pa v Ravnah na Koroškem s 6,35%, ki so zrastle za 0,02% v primerjavi s prejšnjim letom. Javni lekarniški zavodi so v povprečju opravili 76,45% vseh storitev v letu 2024, 76,56% v letu 2023 in 76,76% v letu 2022, koncesionarji 22,95% v letu 2024, 22,86% v letu 2023 in 23,09% v letu 2022 ter bolnišnične lekarne 0,61% v letu 2024, 0,58% v letu 2023 in 0,64% v letu 2022 (LZS Bilten, 2024, 2025).

Slika 10: Deleži realizacije lekarniških storitev na primarni ravni v javni lekarniški službi v letu 2024 glede na obliko izvajalca



Legenda: LK – lekarna s koncesijo, JZ – javni zavod

Vir: LZS Bilten (2024, 2025); ZZZS (2025).

Dosedanji podatki prikazujejo zgolj vrednost lekarniških storitev, ki pa so samo del vseh izdratkov za zdravila. Za podrobnejši prikaz lekarniške dejavnosti je potrebno pogledati tudi velikost celotnega trga zdravil. Obseg trga bomo razdelili na lekarne na primarni ravni in bolnišnični ravni ter nato še po vrstah zdravil in proizvodov.

Po podatkih mednarodno analitične družbe za zdravstveni trg (v nadaljevanju IQVIA) obsega lekarniške dejavnosti v Sloveniji za leto 2024 je celoten trg zdravil in ostalih izdelkov znašal 1,195 milijarde evrov (polletje 636,9 milijona evrov), leta 2023 993,8 milijona evrov (polletje 477,8 milijona evrov), leta 2022 910,4 milijona evrov (polletje 441,1 milijona evrov), leta 2021 831,5 milijona evrov (polletje 390,8 milijona evrov). Predstavljeno obdobje od leta 2021 do 2024 prikazuje več kot 43% rast celotnega trga zdravil z največjim porastom leta 2024 20% več kot leta 2023. Podatki za obdobje še treh let nazaj od 2018 do 2020 so samo v celoletnih obdobjih z vrednostmi celotnega trga 767,4 milijona evrov v letu 2020, 708 milijona evrov v letu 2019 in 678,4 milijona evrov v letu 2018. Prvi podrobno spremljani podatki za celoten trg lekarniške dejavnosti so iz leta 2007 v vrednosti 488,1 milijona evrov in 2008 v vrednosti trga 522,1 milijona evrov. Celoten trg zdravil lahko najprej razdelimo na lekarne na primarni in bolnišnični ravni. Lekarne na primarni ravni so predstavljale leta 2024 873,1 milijona evrov (polletje 480), leta 2023 740,9 milijona evrov (polletje 354,8), leta 2022 671,8 milijona evrov (polletje 318,8), leta 2021 601,1 milijona evrov (polletje 281,6), leta 2020 544,8 milijona evrov, leta 2019 524,3 milijona evrov, leta

2018 507,4 milijona evrov in leta 2008 420,6 milijona evrov. Primarna raven je od leta 2018 do leta 2024 povečale promet z zdravili in ostalimi izdelki za skoraj 73% ter od leta 2008 za celo 108%. Bolnišnična raven je predstavljala leta 2024 285,3 milijona evrov prometa (polletje 139,1), leta 2023 246,2 milijona evrov (polletje 120,6), leta 2022 233,2 milijona evrov (polletje 120,3), leta 2021 225,1 milijona evrov (polletje 106,7), leta 2020 216,7 milijona evrov, leta 2019 178,6 milijona evrov, leta 2018 165,9 milijona evrov in leta 2008 101,5 milijona evrov. Bolnišnična raven je od leta 2018 do 2024 povečale promet z zdravili za skoraj 72% ter od leta 2008 za 181%, podatkov za trg ostalih izdelkov ni dostopen.

Celoten trg v lekarniški dejavnosti lahko razdelimo še po vrstah zdravil in proizvodov, natančneje zdravila na Rp, zdravila brez Rp in ostale OTC izdelke. Podatki za vrednost trga zdravil na Rp po letih so leta 2024 687,3 milijona evrov (polletje 336,1), leta 2023 638,1 milijona evrov (polletje 313,5), leta 2022 580,4 milijona evrov (polletje 282,2), leta 2021 521,2 milijona evrov (polletje 251,2), leta 2020 482,3 milijona evrov, leta 2019 463,9 milijona evrov in leta 2018 449,4 milijona evrov. Vrednost trga zdravil brez Rp je bila leta 2024 86,9 milijona evrov (polletje 44,3), leta 2023 80,2 milijona evrov (polletje 41,3), leta 2022 73,7 milijona evrov (polletje 36,6), leta 2021 64,3 milijona evrov (polletje 30,5), leta 2020 62,5 milijona evrov, leta 2019 60,4 milijona evrov in leta 2018 58 milijona evrov. Vrednost trga ostalih izdelkov pa je bila leta 2024 98,9 milijona evrov (polletje 49,8), leta 2023 93,7 milijona evrov (polletje 47,1), leta 2022 84,8 milijona evrov (polletje 41), leta 2021 76,4 milijona evrov (polletje 37,3), leta 2020 74,5 milijona evrov, leta 2019 69,5 milijona evrov in leta 2018 63,8 milijona evrov. Od leta 2018 do 2024 podatki za trg zdravil na Rp kažejo stabilno letno rast s prirastom prometa v 6-ih letih za skoraj 53%, trg zdravil brez Rp je zrastel za skoraj 50% in trg ostalih izdelkov za več kot 55%. Razmerje vrednosti trga med zdravili na Rp in zdravili brez Rp je vsa leta približno 8 proti 1. Celoten trg lekarniške dejavnosti lahko razdelimo še na javno in tržno dejavnost, ki se v Sloveniji specifično prekriva tudi s storitvenim in maržnim sistemom, vendar lahko pripišemo javni dejavnosti vsa zdravila na Rp in tržni dejavnosti skupek zdravil brez Rp in ostale izdelke. Tako tržni del celotnega trga predstavljajo vrednosti leta 2024 185,8 milijona evrov (polletje 94,1), leta 2023 173,9 milijona evrov (polletje 88,4), leta 2022 158,5 milijona evrov (polletje 77,6), leta 2021 140,7 milijona evrov (polletje 67,8), leta 2020 137 milijona evrov, leta 2019 129,9 milijona evrov in leta 2018 121,8 milijona evrov. Tržna dejavnost je tako v 6-ih letih zrastla za skoraj 53%, kar je večja prirast kot pri javni lekarniški dejavnosti, kljub vedno višjim cenam in deležu dragih zdravil na Rp. Približno razmerje vrednosti trga javne in tržne dejavnosti v lekarnah je skozi leta 4 proti 1. Potrebno je omeniti, da IQVIA navaja podatke zgolj posredovanih informacij s strani dobaviteljev in veledrogerij, katerih seznam ni celoten, zato vidimo odstopanje z vrednostjo zdravil na Rp podanih s strani NIJZ za leto 2023. Pomembna informacija je tudi navedba polne veledrogerijske cene pri IQVIA, ki dejansko vsebuje skoraj 10% vrednost povračil proizvajalcev direktno ZZZS, zaradi znižanja cene in s tem izogib doplačil (IQVIA in Kemofarmacija, 2018-2024).

Prikazu strukture trga ločeno glede na tip lekarne (bolnišnična ali na primarni ravni) in glede na vrsto zdravil ter proizvodov sledi podrobnejša struktura dejavnosti (javna ali tržna) po lekarnah z različnih ravni. Najmanj podrobne podatke imamo za bolnišnične lekarne, kjer je lekarniška dejavnost na primarni ravni leta 2024 predstavljala 0,61% opravljenih vseh storitev javne službe, sekundarna in terciarna raven natančneje v bolnišnični uporabi je predstavljala glavnino dejavnosti s približno 285,3 milijonov evrov vrednim prometom zdravil in 5,3 milijoni evrov na primarni ravni. Podatki tržne dejavnosti bolnišničnih lekarn niso navedeni niti posebej vodeni tudi v letnih poročilih bolnišnic. Spletno lekarno ima zgolj Lekarna URI Soča s posebnim statusom bolnišnične lekarne. Primarno raven bolnišničnih lekarn sestavljata zgolj 2 enoti, skupaj s sekundarno in terciarno ravnjo je 27 bolnišničnih lekarn, ki so opravile skoraj tretjino celotnega trga z zdravili in ostalimi izdelki v Sloveniji. Javno službo v lekarniški dejavnosti predstavljajo tudi storitve, ki so s vpeljavo BS na sekundarni in terciarni ravni leta 2023 in 2024 sestavljale dodaten vir prihodkov. Tako je 9 območnih enot (vse razen Krško) opravilo 8008 in 10958 dodatkov v bolnišnični obravnavni BS, 5 območnih enot (Koper, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota in Nova Gorica) pa je opravilo 718 in 1475 preskrb z zdravili v programu BS. Financiranje bolnišničnih lekarn temeljijo na dveh vrstah plačilnih modelov, prvi tip iz javnih sredstev, predvsem ZZZS ter pogodb, SPP (vključena zdravila za izdajo v bolnici) in državni proračun, drugi tip iz tržnih dejavnosti, kot so izdaja zdravil na samoplačniške Rp, prodaja MTP in prehranskih dopolnil, morebitne pogodbe z drugimi zdravstvenimi ustanovami ter izdajo galenskih in magistralnih zdravil. Možne so tudi donacije in sponzorstva in sodelovanje v kliničnih in raziskovalnih projektih. V skladu z Zakonom o javnem naročanju (v nadaljevanju ZJN-3) morajo bolnišnične lekarne in bolnice naročati zdravila in izdelke po predhodno določenih pogodbah in javnem naročilu pri veledrogerijah ali drugih dobaviteljih, kar predstavlja velike izzive ob pomanjkanjih in časovni dostopnosti oz. dobavi (LZS Bilten, 2024).

Nadaljujemo s koncesijskimi ali zasebnimi lekarniškimi enotami, ki so se začele ustanavljati takoj po osamosvojitvi, ko je v veljavo stopil zakon o lekarniški dejavnosti leta 1992. Koncesionarji kljub drugačnemu lastništvu in delovanju v okviru zasebnega sektorja in Gospodarske zbornice Slovenije (GZS) spadajo pod javno službo in lekarniško dejavnost na podlagi pogodbe z ZZZS. Plačilni modeli zasebnikov so kombinacija javnega financiranja in tržni prihodki, ki so v celoti odvisni od lastnih investicij ter poslovanja koncesionarjev. Osnova javne službe je obračun zdravil in izdelkov po ceniku ZZZS in povračilu stroškov storitev, redke zasebne lekarne v manjših krajih brez javnih zavodov lahko prejmejo delna sredstva iz občinskega proračuna. Dodatni opciji tržne dejavnosti z že znanim obsegom pri bolnišničnih lekarnah pri LK predstavljata storitvi farmacevtskega svetovanja in spletne lekarne. Obseg dejavnosti zaradi prilagodljivosti in večje svobode zasebnih lekarn predstavlja širši nabor storitev ter možnost vsakodnevnega naročanja pri vseh dobaviteljih in veledrogerijah. Tako je 98 LK v letu 2023 opravilo 22,86% vseh storitev in naročilo za približno 183 milijonov evrov vrednosti zdravil in ostalih izdelkov od tega 143 milijonov evrov zdravil na Rp, 19 milijonov evrov zdravil brez Rp in 21 milijonov evrov ostalih izdelkov. Leta 2024 pa je 97 enot opravilo 22,95% vseh storitev in naročilo za približno 200

milijonov evrov vrednosti zdravil in ostalih izdelkov od tega 158 milijonov evrov zdravil na Rp, 20 milijonov evrov zdravil brez Rp in 22 milijonov evrov ostalih izdelkov. Nabor plačanih kognitivnih storitev s strani ZZZS v lekarniški dejavnosti na primarni ravni se zadnjih nekaj let povečuje, tako je v letu 2023 6 koncesionarjev opravilo 380 storitev v okviru BS (kombinacija 344 PUZ in 36 pOKZ) in leta 2024 30 koncesionarjev opravilo 4741 storitev (4288 PUZ, 36 kPUZ in 417 pOKZ) (LZS Bilten, 2024, 2025; ZZZS, 2025).

Zadnjo vrsto oz. tip lekarn predstavljajo JZ, ki so ustanovljeni s strani države in občin ali MO. Obseg dejavnosti v JZ temelji na javni službi z že znanimi storitvami kot je izdaja zdravil na Rp, brez Rp in ostalih izdelkov, priprava magistralnih zdravil, preventivni programi, svetovanja ali farmacevtska skrb ter oskrba zdravstvenih ustanov in domov za starejše. Dodatni tržni dejavnosti predstavljata predvsem izdelava lastnih galenskih izdelkov in zdravil za druge zdravstvene ustanove in posameznike ter spletna lekarna. Financiranje v JZ je zato kombinirano, glavnino predstavljajo plačila iz ZZZS za zdravila in izdelke na Rp ter naročilnice, farmacevtske storitve in fiksni lekarniški pribitek kot plačilni model javne službe. Tržno dejavnost predstavlja ostala prodaja OTC zdravil in izdelkov (MTP, prehranska dopolnila, kozmetika,...), samoplačniške storitve in že prej omenjena proizvodnja galenskih izdelkov ter zdravil in spletna lekarna. Plačilni model in obseg dejavnosti so dodatno prepleteni še s storitveno maržnim sistemom npr. naročilnice MTP ali prehrana na Rp. Kompleksnost predstavlja vodenje evidenc tržnega in javnega obsega dejavnosti zaradi številnih delnih doplačil iz žepa in opcij maržno storitvenega sistema hkrati na storitvah iz javne službe in tržnega dela. Bistveno razliko s koncesionarji predstavlja sofinanciranje iz občinskih proračunov ne glede na realizacijo storitev in poslovanja. V letu 2023 je 251 enot JZ opravilo v povprečju 76,56% vseh storitev na primarni ravni, leta 2024 pa 253 enot 76,45% , leta 2013 pa skoraj 93%. Vrednost celotnega trga z zdravili in ostalimi izdelki v JZ leta 2023 je bila približno 615 milijonov evrov, leta 2024 pa 667 milijonov evrov. Zdravila na Rp so predstavljala leta 2023 okrog 480 milijonov evrov, leta 2024 525 milijonov evrov, zdravila brez Rp leta 2023 približno 63 milijonov evrov, leta 2024 66 milijonov evrov in ostali izdelki leta 2023 72 milijonov evrov ter leta 2024 75 milijonov evrov. Dodatne storitve v breme ZZZS so opravljali tudi JZ, v letu 2023 je 12 lekarniških zavodov opravilo 4356 realizacij v okviru BS od tega 12 kPUZ v dveh JZ, 64 pOKZ v 10 JZ in 4280 PUZ v 12 JZ, leta 2024 pa je 23 JZ opravilo 20882 storitev od tega 662 pOKZ, 204 kPUZ in 20016 PUZ (LZS Bilten, 2024).

Podatki o obsegu, storitvah in plačilnem modelu javne službe lekarniške dejavnosti predstavijo tudi ostale načine financiranja, ki jih vsebuje lekarništvo. Plačilni modeli lekarniške dejavnosti in zakonodaja torej posredno oblikujejo in določajo razmerje javne in tržne dejavnosti v lekarnah. V raziskavi delovanja slovenskih lekarn leta 2013 so ugotovili, da v povprečju posamezna enota izda okrog 50 tisoč Rp letno in delež teh Rp predstavlja 61% celotnega poslovanja lekarne. Vendar so obstajale lekarne, ki jim je delež prihodkov s strani OZZ lahko predstavljal več kot 20% manj ali več od izračunanega povprečja, saj je bilo recimo 11 lekarn z izdajo več kot 150 tisoč Rp letno. Določene podatke za podobno

analizo pred uvedbo elektronskega beleženja Rp in do leta 1993 ne moremo pridobiti, vendar zasledimo, da je v povprečju takrat predstavljalo 27 tisoč izdanih Rp na lekarno večino lekarniške dejavnosti in izdajno storitvenega sistema. Podatki za leto 2023 kažejo povprečje števila izdanih Rp na enoto 55 tisoč, kjer pa delež predstavlja v povprečju le še 48% kritja dejavnosti v okviru OZZ (LZS Bilten, 2024, 2025; ZZZS, 2025).

Z razvojem družbe, kompleksnostjo zdravstva in vrednostjo lekarniškega farmacevta se je razvijala tudi lekarniška dejavnost in nabor storitev. Tako iz večinsko izdajno storitvenega sistema prehajamo v čas kognitivnih storitev v lekarništvu, katere cilj je pravilna, varna, stroškovno učinkovita uporaba zdravil in svetovanje ter izboljšanje zdravja vseh prebivalcev. Izziv v lekarništvu, posebej v Sloveniji, predstavlja omejeno zaračunavanje lekarniških storitev ZZZS, ki še vedno ne glede na tehnološke spremembe v osnovi zaračunajo zgolj izvajanje 2 tipov storitev, kljub temu da se je nabor dejansko izvajanih storitev močno povečal in ga lekarne tako ne morejo ustrezno zaračunati plačniku. Omenjen korak in razvoj storitev v lekarniški dejavnosti lahko podprejo dalj časa prisotne študije in rezultati iz Velike Britanije (VB), Združenih držav Amerike (ZDA) ter Nizozemske, saj tam več kot 20 letno delovanje in spremljanje farmacevtov svetovalcev kaže na bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalcev. Z razvojem in širitvijo storitev pa se povečajo tudi stroški s katerimi se spopadajo države na različen način od zakonsko določenih pravil in kritja države do zunanjih pogodbenih izvajalcev s samoplačništvom ter tudi kombinacij glede na vrsto zdravstvenega sistema v državi (Hussain in Babar, 2023).

V tujini imamo večinoma prisoten maržni sistem z maržo med 20 in 30 odstotki, nekateri imajo tudi kombiniran maržno-storitveni sistem. V Sloveniji imamo v vseh treh vrstah lekarn zraven javne tudi tržne storitve oz. dejavnosti, v vseh pa so prisotni storitveni, maržni in kombinirani sistemi financiranja. Ugotovljeno je bilo, da se obe dejavnosti navzkrižno subvencionirata. Osnovo predstavlja primer, kjer je znotraj lekarne vrsta dejavnosti za javno službo poslovala negativno in vseeno bila pokrita s presežkom iz tržnih delov. Do takšnih značilnosti lekarniške dejavnosti v Sloveniji pa prihaja zgolj zaradi neustreznega vrednotenja in plačilnega sistema, ki je v primeru tujine bistveno drugačen (Saksida Vuk, 2013).

Predstavljene podatke značilnosti lekarniške dejavnosti, njenega obsega in predvsem plačilnih modelov glede na zdravstveni sistem v Sloveniji bi bilo smiselno dopolniti in primerjati s primeri dobre prakse iz tujine, kar sledi v naslednjem poglavju.

4 PRIKAZ OBSEGA LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI IN PLAČILNIH MODELOV V TUJINI

Za ustrezno vrednotenje in primerjavo lekarniške dejavnosti v Sloveniji s tujino, nam vzgled in osnovo z raznolikimi možnostmi predstavlja Evropsko farmacevtsko združenje (PGEU) in njihova poročila ter statistike. Lekarniška dejavnost je bila od nekdaj zelo regulirana

dejavnost z namenom doseganja najvišjih kakovosti in široke dostopnosti do zdravil in farmacevtskih izdelkov. Glavne dejavnosti regulatornih organov obsegajo pogoje za ustanavljanje novih lekarniških enot, večinoma glede na potrebe prebivalstva, lastništvo lekarn z ustreznimi delovnimi pogoji in izobraževanjem zaposlenih ter prepoved nekonkurenčnosti oz. monopolov. Namen deregulacije leta 2006 v EU je bilo znižanje ali omejevanje javnih izdatkov za zdravstvo predvsem zaradi liberalizacije in s tem večje konkurenčnosti na trgu. Leta 2012 je obstoječa geografska mreža lekarn v EU bila oblikovana na način, da je zagotavljala 98% dostopnost v roku 30-ih minut in s tem se lekarne opredeli kot najbolj razširjene zdravstvene ustanove v EU. PGEU in njihovi podatki potrdijo dejstvo, da v EU nimamo niti dveh enakih sistemov lekarniške dejavnosti. Prve tri države podprte z ustreznimi raziskavami so bile Irska, Nizozemska in Norveška, ki so v raziskavi leta 2006 podrobneje zbirale podatke ter jih primerjale med seboj. Predstavljajo primere držav z dereguliranin sistemom lekarništva (Vogler in drugi, 2006; PGEU, 2019, 2024).

Podrobneje analizirane države, ki smo jih ustrezno razporedili med države glede na regulacijo sistema, so Irska, Nizozemska, Norveška, Avstrija, Finska, Španija, Anglija, Švedska, Danska, Italija, Hrvaška in Nemčija. Sledi delitev na podpoglavja glede na države z dereguliranim in reguliranim sistemom ter posebej prikaz Sloveniji sosednjih držav ter Nemčije, ki je primer dobre prakse na tem področju v Evropi.

4.1 Prikaz izbranih držav z dereguliranim sistemom

Irska je bila že od nekdaj bolj odprta družba, kjer je lahko vsak ustrezen posameznik imel eno ali več lekarn brez omejitev in pogojev lastništva. Leta 1990 je bila predstavljena nova zakonodaja, ki je omogočila, da so vse tri veledrogerije bile vključene tudi v oblikovanje lekarniških verig. Zahteve po krepitvi konkurence so leta 2002 udejanjili z deregulacijo in razveljavitvijo zakonskih omejitev in s tem je postalo odpiranje novih svojih enot v lekarniških verigah praktično neregulirano. Bistvo predstavljajo lekarniške enote s svojimi zdravniki na ekonomsko boljših in urbanih naseljih, z dobrimi provizijami in zaslužki, težave pa so ostala predvsem ruralna okolja z izdajo zdravil zgolj na Rp. Tam pogosto rešujejo preskrbo z zdravili preko zdravniških ordinacij s priročno zalogo zdravil. Zdravnikov izdajateljev je manj kot 10% vseh lekarniških enot in so v upadanju ter prisotni zgolj na manj poseljenih okoljih. Bolnišnične lekarne na primarni ravni lahko izdajajo neposredno pacientom le določena redka zdravila. Omogočeno je naročanje zdravil za lekarno tudi direktno od proizvajalcev, vendar je le to v praksi zaradi lastništva v verigi veledrogerij redkejše. Leta 2009 so imeli na Irskem okrog 1700 lekarn oz. lekarno na 2850 prebivalcev. Leta 2023 je število lekarn naraslo na 1900 oz. 2790 prebivalcev na lekarno (Vogler in drugi, 2006, 2012; EUROSTAT, 2025).

Irska ima podobno kot Slovenija močno javno financiranje zdravstva. Večino zdravstvenih storitev je kritih iz javno financirane košarice, izjema so doplačila nad določenim pragom

ter tržnim delom, kjer so prisotna doplačila preko zavarovalnic in plačila iz žepa. Večina denarja za zdravstvo prihaja iz obdavčitev (75%), plačil vpreko zavarovalnic (11%), ostalo pa predstavljajo plačila iz žepa (14%). Plačilni model za lekarniško dejavnost je kombiniran maržno storitveni, lekarna dobi določen znesek za storitev na izdano zdravilo-Rp (3,5 do 5 eur), dodatni procent-maržo (20%) na določene zdravstvene sheme, posameznik pa mora glede na svoj ekonomski status doplačati še redni mesečno določen znesek (120 eur). Zdravila izdana v lekarnah predstavljajo 11-12% skupnih izdatkov v zdravstvu, od tega predstavljajo 64% zdravila na Rp, 11% OTC zdravila in 25% ostali izdelki. Letno v obdobju 2019-2024 sredstva potrebna za zdravila naraščajo za okrog 4 do 5% (Vogler in drugi, 2006, 2012; EUROSTAT, 2025).

Nizozemska je tradicionalno liberalna družba in kot taka tudi na področju lekarniške dejavnosti že več kot stoletje dovoljuje izdajo OTC izdelkov tudi izven javnih lekarn in omogočeno a ne nujno je povezovanje zdravstvenih zavarovalnic z lekarnami. Vpliv Kraljevega farmacevtskega združenja na ustanovne pogoje in omejitev lastništva lekarn je bil leta 1987 ukinjen in z Zakonom o konkurenci leta 1998 dokončno prepovedan. Posledično naraščajoče število lekarniških enot in verig ostaja pod drobnogledom stroke in javnosti, saj se od drugih držav EU lekarništvo na nizozemskem razlikuje predvsem po sestavi zaposlenih, kjer imajo zelo malo ustrezno izobraženih farmacevtov, ker lahko izdajajo zdravila na Rp tudi farmacevtski tehniki. Leta 2011 so imeli okrog 2600 lekarn oz. lekarno na 6500 prebivalcev, vendar v primeru povečanih razdalj do najbližje lekarne lahko ministrstvo izda dovoljenje za priročno zalogo zdravil pri zdravniku. Ni omejitev in pogojev lastništva, vse lekarniške enote so v zasebni lasti z omogočenimi verigami, zdravniki izdajatelji oz. priročne zaloge zdravil pa predstavljajo 25% vseh lekarniških enot. Od leta 2000 je dovoljena izdaja zunanjim pacientom tudi v bolnišničnih lekarnah. Naročanje zdravil za lekarno poteka preko proizvajalcev in veledrogerij, ki so večinski lastniki verig lekarn. Leta 2018 je bilo 1989 lekarn, ki so leta 2021 narasle zgolj na 2005 enot. Število lekarn se v zadnjih letih bistveno ne spreminja z zgolj 10% deležem neodvisnih oz. LK leta 2024 (Vogler in drugi, 2006; SFD, 2024).

Nizozemska ima podobno strukturo financiranja zdravstva kot Irska in Slovenija, vendar z izjemo, da zgolj 5-6% financiranja predstavljajo sredstva zbranih davkov, veliko večino-88% predstavljajo državne in zasebne zavarovalnice, plačila iz žepa za zdravstvo pa 6%. Od leta 1995 do leta 2012 Nizozemska in prebivalci namenijo letno približno 7% več na leto za zdravstvo, zato so bili vpeljani omejitveni ukrepi. Zdravila in izdelki predstavljajo 11-12% celotnega deleža namenjenega zdravstvu od tega OTC zdravila predstavljajo 9%, zdravila na Rp 86% in ostali izdelki 5% (Vogler in drugi, 2012; EUROSTAT, 2025). V veljavi je bil leta 2012 storitveni sistem v obliki plačila za opravljeno storitev izdaje zdravil z 5,99 eur na Rp. Z dodatnimi 5,99 eur za prvo izdajo in 11,97 eur ob vikendih in nočnih terminih. Od leta 2010 je dodatno v veljavi največja povprečna meja osnovne farmacevtske storitve, ki je postavljena v vrednosti 7,91 eur. Leta 2023 je bila storitev vredna že 6,2 eur z povprečno

dnevno izdanimi 600 Rp na lekarno. Sredstva za zdravila v zadnjih letih 2020-2024 naraščajo za okrog 8% letno (Vogler in drugi, 2012; SFD, 2024; EUROSTAT, 2025).

Norveška prilagoditev sistema velja za šolski primer deregulacije, saj je bilo pred liberalizacijo leta 2001 lekarništvo tradicionalno striktno regulirana dejavnost s planom ustanovitev lekarniške mreže na 5 let in prepovedjo večih istolastniških lekarn ali lastništev izven farmacevtske stroke. Sprostitev omejitev je pomenila množično odpiranje lekarn na prej podhranjenem področju lekarniških enot v državi, vendar predvsem na račun prekomernega števila lekarn na gosto naseljenih območjih. Kljub dogovoru med ministrstvom in lekarniškimi enotami, da se ohranja odprte lekarne na manj poseljenih območjih, so imele občine leta 2001 zgolj 399 lekarn, kar je pomenilo vsako drugo občino brez lekarniške enote. Velik izziv je predstavljlo nezadostno število farmacevtov glede na trend odpiranja novih lekarniških enot zaradi odprtega vertikalnega povezovanja, kjer si večino lekarn (več kot 80%) lastijo tri največje farmacevtske veledrogerije. Ni bilo omejitev in pogojev lastništva razen za zdravnike in proizvajalce, vse lekarne so v zasebni lasti z omejitvijo velikosti verige, ki ne sme preseči 40% deleža vseh enot v državi. Zdravniki izdajatelji so predstavljali le nekaj enot na redkih območjih. Bolnišnične lekarne so lahko izdajale tudi zunanjim pacientom. Naročanje zdravil je lahko potekalo direktno s strani proizvajalcev, saj so lastniki lekarn tudi veledrogerije in podjetja. Leta 2011 so imeli okrog 700 lekarn, oz. lekarno na 7100 prebivalcev. Do leta 2024 je število lekarn naraslo na 1050 oz. 1 lekarna na 5300 prebivalcev od tega 34 bolnišničnih. Sistem ostaja nespremenjen tudi leta 2024 s kar 608 zdravili na Rp na prebivalca letno z 4,4% rastjo iz leta 2023 (Vogler in drugi, 2006, 2012; Apotekforeningen, 2023; EUROSTAT, 2025).

Norveška je predstavnik države, ki s svojim financiranjem zdravstva in plačilnim modelom v lekarništvu izraža strogo regulacijo plačil in nizko stopnjo regulacije dejavnosti lekarništva. Norveška ima do leta 2023 kombiniran maržno-storitveni plačilni model, ki se izvaja v obliki plačila storitve izdaje zdravila v vrednosti 2,81 eur in dodatka 7% marže do vrednosti 25 eur oz. 4% nad vrednostjo 25 eur. Je ena redkih EU držav z zniževanjem deleža javnega financiranja za zdravila. Zdravila in izdelki so leta 2023 predstavljali okrog 10% celotnega deleža namenjenega zdravstvu od tega zdravila na Rp predstavljajo 71%, OTC zdravila 7% in 22% ostali izdelki. Pomembno pa je dejstvo, kot je recimo velik del sredstev bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) 11% namenjenih zdravstvenim izdatkom. 10% delež je plačil iz žepa skupaj z obdavčitvami, ostalih 90% je razdeljenih med občinami, državo in državnim zavarovalniškim programom. Ob tem v zadnjih letih 2022-2024 beležijo skoraj 9% letno rast stroškov za zdravila, največjo porast v zadnjem letu pa so imeli s 25,7% pri belih samoplačniških Rp (Vogler in drugi, 2012; Apotekforeningen, 2023; EUROSTAT, 2025).

Anglija nima od leta 2013 omejitev in pogojev lastništva, vse lekarniške enote so bile v zasebni lasti z omogočenimi verigami. Zdravniki izdajatelji oz. priročne zaloge zdravil so predstavljale več kot dodatnih 50% vseh obstoječih lekarn, saj ni bilo bolnišničnih lekarn na primarni ravni za izdajo zunanjim pacientom. Direktno naročanje pri proizvajalcih je bilo

omogočeno in v velikem porastu, plačilni model je že desetljetja kombiniran v obliki storitve izdaje 1,52 eur in dodatkov glede na tip zdravila ter storitev za zdravila nad 100 eur dodatnih 2%, leta 2024 je bila storitev izdaje vrednotena z 1,73 eur ter za vsako izdano zdravilo na Rp dodatnih 11,75 eur (Vogler in drugi, 2014; Hussain in Babar, 2023).

Švedska je imela do leta 2009 vse enote v državni lasti, leta 2011 jih je prešlo že več kot 60% v zasebno last verig. Od takrat ni omejitev in pogojev lastništva, razen za zdravnike, proizvajalce in njim pridružene odločevalce. Zdravnikov izdajateljev s priročno zalogo zdravil ali bolnišničnih lekarn na primarni ravni ni. Naročanje je že leta mogoče samo preko dveh veledrogerij. Plačilni model je bil vpeljan v obliki kombiniranega maržno-storitvenega sistema, ki upošteva število izdanih Rp. Prisotna so bila plačila približno 0,7 eur na Rp in 4 maržni razredi s povprečno vrednostjo okrog 16% v letu 2011. Od leta 2022 je plačilo za storitev izdaje glede na ceno od 3,5 do 4,6 eur in dodana marža od 2 do 20 odstotkov (Vogler in drugi, 2014; PPRI, 2025).

4.2 Prikaz izbranih držav z reguliranim sistemom

Finska ima že več kot 20 let 98% vseh lekarn zasebnih, lastnik je lahko zgolj farmacevt in dve univerzi. Solastništvo lekarn ni dovoljeno. Verige niso dovoljene razen maksimalno 3 podružnice na zasebnika in 17 univerzitetnih lekarn. Bolnišničnih lekarn za izdajo neposredno pacientom ni, omogočena je le izdaja zdravil ob odpustu pacienta. Priročnih zalog zdravil pri zdravnikih ni, naročanje je omogočeno samo preko 3 veledrogerij. Leta 2011 so imeli 810 lekarn oz. lekarno na 6660 prebivalcev. V letu 2023 je delovalo 840 lekarn, kar izkazuje le minimalni porast (Vogler in drugi, 2006, 2012; EUROSTAT, 2025). Plačilni model je bil kombiniran maržno-storitveni v obliki plačila storitve v znesku od 0,52 do 184 eur glede na ceno zdravila in dodatne maržne lestvice, ki je prav tako upoštevala ceno zdravila in se je gibala med 42% pri ceni do 7,5 eur in 10% pri ceni nad 400 do 1500 eur. V letu 2010 je bila povprečna marža 23%. Ob tem je morala lekarna vrniti državi 7% prometa, vendar pa je ta znesek v zaščito manjših lekarn bil za nekatere zmanjšan ali celo ukinjen. Plačilo zdravil za posameznika je bilo odvisno od resnosti obolenja in zneska letne porabe. Tako je do zneska 70 eur vse kril posameznik iz žepa, delež se je nato zmanjševal do zneska 633 eur na letnem nivoju, kjer je moral posameznik še vedno participirati plačilo za storitev posamezne izdaje zdravila v znesku 2,5 eur (Vogler in drugi, 2012). Leta 2024 so vpeljali bistveno spremembo zakonodaje in delovanja zdravstvenega ter lekarniškega sistema s ciljem večjega vpliva lekarn na paciente in zdravstveno stanje. Sistem je takrat obsegal 827 lekarn s fokusom na tri ravni delovanja brez spremembe financiranja te so država, regija in lekarniška enota (Vogler in drugi, 2024).

Finska je leta 2021 namenila za zdravstvo 9-10 % BDP, od tega za zdravila 12%. Delež zdravil na Rp predstavlja 81%, 14% OTC zdravila in 5% ostali izdelki. Delež plačil iz žepa v celotnem strošku za zdravila je leta 2021 predstavljal 17%. Sredstva za zdravila naraščajo za 4% letno od leta 2021 do 2025 (EUROSTAT, 2025).

V Španiji je leta lahko lastnik samo farmacevt, možno je solastništvo z ohranjenim 51% lastniškim deležem, a brez proizvajalcev in zdravnikov. Vse lekarniške enote so bile v zasebni lasti z zgolj eno lekarno, ni podružnic ali verig, ni priročnih zalog zdravil, vse bolnišnične lekarne lahko izdajajo zgolj določena zdravila. Naročanje zdravil pri proizvajalcih je bilo omogočeno, vendar redko zaradi zelo velikega števila veledrogerij. V letu 2011 je delovalo 21000 lekarn oz. lekarna na 2190 prebivalcev. Število lekarn narašča in je leta 2022 doseglo 22200, kar je pomenilo 2150 prebivalcev na lekarno (Vogler in drugi, 2012; EUROSTAT, 2025).

V Španiji so zdravila v več kot 70% financirana s strani države, kar predstavlja vrh EU držav zraven Velike Britanije, Irske in Nizozemske. Financiranje poteka v obliki regulirane maržne lestvice zdravil do vrednosti 91,63 eur z 27,9% maržo in še treh višjih razredov. Zaradi finančne krize so bila leta 2010 vpeljana povračila in je zato povprečna marža predstavljala 22,4%. V letu 2019 je le ta padla na okrog 10% (Vogler in drugi, 2012; Hussain in Babar, 2023). Delež izdatkov za zdravstvo je leta 2022 dosegal 6,4% BDP, od tega za zdravila okrog 12%. Zdravila na Rp so leta 2011 predstavljala 83 %, 4% OTC zdravila in 13% ostali izdelki. Leta 2022 se je delež stroškov za zdravila na Rp zmanjšal na 71%. Povprečna rast izdatkov za zdravila pa je 7-10% letno (EUROSTAT, 2025).

Danska ima že desetletje lastnike lekarn zgolj farmacevte, verige niso dovoljene, možna je sodelujoča podružnica od leta 2013. Ni bilo priročnih zalog zdravil in bolnišničnih lekarn na primarni ravni za izdajo zunanjim pacientom, izjema so izdaje določenih redkih zdravil zgolj v bolnišnicah. Naročanje pri proizvajalcih tudi leta 2024 ni bilo dovoljeno, ker imajo 2 veledrogeriji in 250 licenciranih dobaviteljev. Zdravila so bila v letih 2010-2014 financirana v enakem deležu iz javnih in zasebnih virov, plačilni model je bil v obliki storitvenega sistema v vrednosti 1,35 eur in dodatno spreminjajočo maržo, ki v povprečju predstavljala 17%. Januarja 2024 je storitvena izdaja zdravila na Rp bila ovrednotena z 2,04 eur in 25% maržo (Vogler in drugi, 2014; EUROSTAT, 2025).

4.3 Prikaz izbranih držav z vplivom na delovanje slovenskega zdravstvenega sistema

V Avstriji kot zelo regulirani državi je lastnik lekarn že desetletja zgolj farmacevt oz. mora ohraniti vsaj 51% lastniški delež. Verige niso dovoljene, dovoljujejo le eno lekarniško podružnice, vertikalno povezovanje v solastništvu je sicer možno a zelo omejeno. Pogoji odprtja lekarne so regulirani in omejeni z geografskimi in demografskimi kriteriji. Leta 2011 je Avstrija imela 1300 lekarn oz. lekarno na 6460 prebivalcev. Glede na ostale EU države imajo zelo veliko priročnih zalog zdravil pri zdravnikih (leta 2011 je imelo dovoljenje 940 zdravnikov). Že nekaj desetletij predstavlja sistem zgolj 5 bolnišničnih lekarn na primarni ravni. Naročanje zdravil neposredno pri proizvajalcih je bilo dovoljeno (Vogler in drugi, 2012). Plačilni model je v obliki maržnega sistema dveh list, javne in zasebne. Pri prvi so marže odvisne od osnovne cene zdravila in dosegajo od 37% pri zdravilih do 10 eur pa do

3,9% pri ceni nad 357 eur. Pri drugi (privatni pacienti) so marže višje in segajo od 55% do 12,5% glede na ceno zdravil. Od skupnih stroškov za zdravila predstavljajo zdravila na Rp 71%, 20% OTC zdravila in 9% ostali izdelki. 65% stroškov je krito iz javno finančnih virov, 35% pa so ti. plačila iz žepa. Leta 2023 je Avstrija uvedla še obvezno plačilo storitve iz žepa posameznika v višini 6,85 eur na izdelek. Od leta 2015 imajo tudi dovoljeno spletno prodajo OTC zdravil (Vogler in drugi, 2012, 2024).

Avstrija je leta 2023 namenila 12% BDP za zdravstvo, od tega 13% za zdravila. Povečuje se število lekarn, ki je 2021 doseglo 1400 oz. 6360 prebivalcev na lekarno in 900 priročnih zalog zdravil. V letih 2019-2023 je bila prisotna okrog 8% letna rast stroškov za zdravila (Vogler in drugi, 2024; EUROSTAT, 2025).

V Italiji je v letu 2011 bilo 90% lekarn v zasebni lasti farmacevta ali maksimalno štirih farmacevtov, ki so lahko imeli do 4 lekarne, ostale so bile v občinski lasti. Za vse lekarne velja demografska in geografska omejitev ustanavljanja, 27% vseh lekarn v državi pa je z manj kot 5000 oskrbovancev na lekarniškem območju. Do uveljavitve liberalizacije in deregulacije leta 2012, je bilo leta 2011 v Italiji 17900 lekarn oz. povprečno 3320 prebivalcev na lekarno, kar se je s sprostitvijo geografskih in demografskih omejitev ter odprtjem vertikalnega povezovanja do največ 20% lastniškega deleža znotraj regije, povečalo leta 2024 na 20200 lekarn oz. na lekarno za 2920 prebivalcev (Garattini in drugi, 2012; PPRI, 2025).

Financiranje je v obliki regresivno maržnega plačilnega modela lekarništva, kjer je večina javnih sredstev pridobljenih iz davkov in pokrivajo zdravila za bolnišnično uporabo ter nujno potrebna in kronična zdravila. Od leta 1997 so ta zdravila krita s stabilno maržo 30,35% cene zdravila, popravljeno s popustom lekarne glede na promet in ceno zdravil od 3,75 do 19% za večje lekarne in od 1,50 do 7,6% za manjše. Leta 2010 je bil dodan še splošni odbitek v vrednosti 1,82% (Garattini in drugi, 2012).

Zaradi Covid-19 je delež BDP namenjen zdravstvu padel iz 9,6% leta 2020 na 8,4% leta 2023, od tega iz 21% na 20% za zdravila. Delež plačil iz žepa je bilo leta 2021 približno 24,5%, kar je več kot EU povprečje 18,9%. Zdravila na Rp so predstavljala 83%, ostalih 17% OTC zdravila in drugi izdelki. Izdatki za zdravila, krita s strani javnih sredstev, so od leta 2012 do 2022 skupno padli za skoraj 19%, iz 9,3 na 7,8 milijard evrov (PPRI, 2025).

Hrvaška je leta 1991 začela s privatizacijo lekarništva, saj je leta 1990 vseh 740 lekarn bilo v državni lasti. Imeli so lekarno na 6380 prebivalcev. Odpiranje novih lekarn je bilo po novem omogočeno tudi verigam lekarn ali zdravnikom in drugim pravnim osebam. Predhodno so lahko državne lekarne leta 1997 preoblikovali v zasebne. Kriterij ustanavljanja lekarne je bil zgolj demografski in posledično osredotočen na urbana okolja. Tako je Hrvaška imela leta 2024 skoraj podvojeno število lekarn (1200) oz. 3280 prebivalcev na lekarno, od tega 63% zasebnih, 23% državnih in 14% koncesijsko najemnih lekarn (Takač in drugi 2000; Džakula in drugi 2024).

Leta 1994 je bil vpeljan storitveni plačilni model, ki je leta 2000 pomenil financiranje v obliki 7-8% marže za zdravila na Rp oz. 0,75 eur na izdajo, 30-35% maržo na OTC zdravila. Povprečno marža na lekarno je znašala 15-18%. Zdravila krita s strani državne zavarovalnice so razdeljena na dve listi, prva je 100% krita, druga pa določa doplačila med 10-90% vrednosti. Leta 2009 in 2010 so spremenili plačilni model in financiranje lekarništva s poudarkom na največji vrednosti za denar, ter s tem povečano vrednostjo lekarniške točke na 2 eur (Tekač in drugi, 2000; Džakula in drugi, 2024).

Hrvaška je leta 2012 namenila zdravstvu le 6,8% BDP, oz. 1,5% BDP za zdravila ali 22% sredstev za zdravstvo. Podatki za leto 2021 je delež namenjen zdravstvu narastel na 8,1% BDP, leta 2022 pa ponovno padel na 7,2% BDP, od tega za zdravila ves čas namenijo 20-22%. Financiranje stroškov za zdravje se s strani države povečuje za 10% letno od leta 2020, zato predstavljajo plačila iz žepa le 9,4%. Izdatki za zdravila rastejo letno za 7%, od vseh doplačil za zdravstvo pa predstavljajo 33% zdravila na Rp in OTC izdelki (Džakula in drugi, 2024).

Nemčija je leta 1990 imela skoraj 19900 lekarn oz. lekarno na 3990 prebivalcev, katerih število se je povečalo do leta 2005 na skoraj 21600 lekarn oz. 3820 prebivalcev na lekarno. Od takrat naprej pa število lekarn strmo pada. Do sprememb zakonodaje in sproščanja omejitev leta 2004, je lekarno lahko imel zgolj farmacevt in to samo eno. Kasneje so omogočili lastništvo do štirih lekarn na farmacevta, brez geografskih in demografskih omejitev. Klasičnih verig nimajo, vendar so večinoma lekarne združene v franšize (skupno trženje, ime, nabavni pogoji in distribucija). Povečana konkurenca in zdravstvena politika je pripeljala do zapiranja številnih lekarn, ki jih je leta 2023 bilo le še dobrih 17500, oz. 4750 prebivalcev na enoto (Eickhoff in Schulz, 2006; EUROSTAT, 2025).

Hkrati je leta 2003 prvič prišlo do podpisa skupne pogodbe med lekarnami in največjim državnim zavarovalniškim skladom ter s tem plačilom za opravljene storitve v lekarništvu. Od takrat se večino plačanega dela izdajnih nalog seli v kognitivne storitve. Leta 2004 je bilo plačilo storitve za izdajo enega pakiranja približno 8 eur, od leta 2013 približno 8,35 eur z možnim dodatkom 3%, od leta 2021 so možni dodatki za nujnost in dodatno svetovanje v vrednostih 0,21 in 0,2 eur. Končna cena magistralnih zdravil je sestavljena iz treh delov, 90% nabavne cene zdravila, obračunana je storitev izdaje in dodatek glede na uporabljeno količino in tip učinkovin v vrednosti od 3,5 do 8 eur. Ljudje, ki so polno zavarovani morajo vseeno kriti še plačilo iz žepa v vrednosti 10% končne cene zdravila oz. najmanj 5 eur in največ 10 eur. Iz omenjenih plačil so izvzeta zgolj zdravila, katerih cena je vsaj 30% nižja od referenčne. Končna cena zdravil na Rp vsebuje še odbitek 2 eur za vsako zdravilo s strani lekarne ter proizvajalčev popust, ki za generična zdravila predstavlja 10%, za osebe brez zavarovanja 6% in za osebe z zavarovanjem 7% oz. od leta 2023 12% (ABDA, 2024).

Leta 2004 je bilo razmerje zdravil na Rp in zdravil OTC ter drugih izdelkov približno 80:20. Natančneje, med 22,8% ostalih izdelkov, so kar 15,4% predstavljala OTC zdravila. Za zdravstvo je bilo namenjenih 10,7% BDP, za zdravila 1,6% BDP oz. 15,4% od zdravstva.

Zadnji podatki leta 2022 prikazujejo porast sredstev namenjenih zdravstvu na 12,6% BDP. Od tega za zdravila 13,3%. Zdravila na Rp so predstavljala skoraj 84%, OTC zdravila 8%, preostalih 8% pa ostali izdelki. Vrednost zdravil v obdobju 2020-2024 raste letno za 7%, od leta 2005 se je več kot podvojila (ABDA, 2024; EUROSTAT, 2025).

Predstavljene in prikazane pomembno primerljive države izpostavljajo raznolikost glede na vrsto lekarniške dejavnosti, pogoje pridobitve oz. lastništva ter obseg in plačilne modele v omenjenih 12-ih državah. Največjo razliko predstavlja način regulacije v državi in možnost lastništva zgolj farmacevtov, zato imamo v skupini 7 držav z odprtim sistemom ter 5 držav s tradicionalnim, katerih podrobnejša primerjava in kritična presoja sledi v naslednjem poglavju.

5 KRITIČNA PRESOJA PLAČILNIH MODELOV IN PRIPOROČILA GLEDE PRILAGODITVE MODELA V SLOVENIJI

V tem poglavju se bomo posvetili zaključni analizi in sistematičnemu pregledu ter primerjavi vseh predstavljenih podatkov o delovanju lekarniške dejavnosti v Sloveniji v primerjavi s tujino.

Financiranje in obseg slovenske lekarniške dejavnosti je zaradi prepletanja tržnega in javnega zapleten in kompleksen, saj imamo v obeh oblikah dejavnosti prisoten tako storitveni kot maržni sistem, ki je hkrati lahko plačan iz javnih virov preko obveznega zdravstvenega zavarovanja ali lastnega žepa, in celo v različnih deležih. V državah EU so leta 2013 stroški za zdravstvo predstavljali 8,9% BDP, v Sloveniji pa 6,9%. Zaradi vztrajno naraščajočih izdatkov za zdravstvo, se osredotočamo na zmanjšanje vseh stroškov s poudarkom na kazalnikih kakovosti, ki temeljijo na zdravju pacientov in ne plačevanju storitev. Obdobje 10 let kasneje, torej zadnji podatki za leto 2023 kažejo, da v Sloveniji namenjamo 9,6% BDP zdravstvu, evropsko povprečje pa je narastlo na 10,4% (EUROSTAT, 2025; SURS, 2025). Korak k izboljšanju našega lekarniškega sistema predstavlja medstrokovno povezovanje in podrobnejša sledljivost celostnega delovanja ter kljub reguliranju cen omogočanje in zagotavljanje pogojev stabilnega pozitivnega poslovanja lekarn, ki omogoča njihov nadaljnji razvoj (Mlinaric, 2016; Jimmy Neil, 2015).

Plačilni modeli lekarniške dejavnosti in zakonodaja torej posredno oblikujejo in določajo razmerje javne in tržne dejavnosti v lekarnah. V raziskavi delovanja slovenskih lekarn leta 2013 so ugotovili, da v povprečju posamezna enota izda okrog 50 tisoč Rp letno in delež teh Rp predstavlja 61% celotnega poslovanja lekarne. Vendar so obstajale lekarne, ki jim je delež prihodkov s strani OZZ lahko predstavljal več kot 20% manj ali več od izračunanega povprečja, saj je bilo recimo 11 lekarn z izdajo več kot 150 tisoč Rp letno. Določene podatke za podobno analizo pred uvedbo elektronskega beleženja Rp in do leta 1993 ne moremo pridobiti, vendar zasledimo, da je povprečje takrat predstavljalo 27 tisoč izdanih Rp na

lekarno. Podatki za leto 2023 kažejo, da je povprečno število izdanih Rp v breme OZZ na lekarniško enoto 55 tisoč, ki pa so bili v povprečju le 47,89% pokriti s strani OZZ. V letu 2024 je povprečje izdanih Rp na lekarno že skoraj 58 tisoč, vendar s 100% kritjem OZZ zaradi ukinitve doplačil, ki so bila predmet dopolnilnega PZZ. Delež tržne dejavnosti prav tako iz leta v leto narašča, kar za druge države potrjujejo tudi tuje raziskave, ki kažejo, da storitveni sistem napeljuje izvajalca k čimvečji in hitrejši izvedbi storitev, brez daljših in strokovnih svetovanj (Jackson in drugi, 2022; LZS Bilten, 2024, 2025; ZZZS, 2025). V tujini, natančneje v ZDA, so modele plačevanja prilagodili na vrednosti temelječi obravnavi. Ta podobno kot ključni kazalniki uspešnosti (KPI) za farmacevte in lekarno, nadgradi obstoječi sistem z rezultatom doseganja boljšega zdravstvenega stanja in osredotočanjem na pacienta ter istočasnim povečanjem vrednosti farmacevta in lekarniške dejavnosti. Bistveno je pridobiti več časa za strokovnost dejavnosti, povečati zagnanost ter motivacijo z ustreznim ovrednotenjem dela s stimulativnim plačilom, spodbuditi razvoj in vpeljavo novosti ter izboljšati kazalnike kakovosti in ohraniti čim boljše zdravstvo (Richard in drugi, 2021; Yuan in Pizzi, 2021).

Po podatkih raziskave Vogler in drugih leta 2011 je od 28 predstavljenih držav EU in njihovih plačilnih modelov lekarništva, večina imela prevladujoč maržni sistem (linearni in regresivni). Zgolj 7 držav večinsko storitveni, od tega tri kombiniran sistem (Irska, Luksemburg in Nemčija). 5 držav med njimi je imelo cenovno politiko oblikovanja cen zdravil na Rp in OTC v celoti določeno s strani države, to so bile Belgija, Češka, Grčija, Litva in Luksemburg. Zgolj storitveni plačilni model za zdravila v lekarnah so imeli Hrvaška, Slovenija, Nizozemska in Velika Britanija. Pomembno je poudariti, da so zdravila na Rp, ki so večinoma krita in specifično določena s strani javnega plačnika (država ali skladi obveznega zdravstvenega zavarovanja), razvrščena na liste. Takšen primer plačevanja ima 19 držav EU, Baltske države takšno kritje zdravil določajo na podlagi povezav z boleznimi, v primeru Cipra, Irske in Malte pa s populacijskimi skupinami. Danska in Švedska upravičenost do kritja in stroške zdravil povezujeta s porabo na pacienta. Vse države EU imajo glede na kritje določene liste zdravil, 23 držav ima pozitivne liste, kjer je javni plačnik in 5 držav negativne, kjer so zdravila izključena iz kritja s strani javnega plačnika. 100% kritje cen zdravil je leta 2011 imelo 7 držav (Avstrija, Nemčija, Irska, Italija, Malta, Nizozemska in Velika Britanija), ostale imajo delna kritja končne cene v različnih deležih. Poznamo še 3 vrste plačil oz. doplačil iz žepa, kot so storitvena z določenim fiksnim zneskom, maržni z določenim procentom doplačila in v primeru Irske in Malte v zasebnem sektorju, kjer so doplačila nad fiksno določenimi vrednostmi po shemah. V EU poznamo 21 držav z maržnim sistemom doplačil in 10 s sistemom fiksnega zneska za storitve. Posebnosti so Italija, ki spada pod storitvene z izjemo določenih regij brez doplačil, Malta, ki ni imela doplačil v javnem sektorju ter Nizozemska kot predstavnica države v celoti brez doplačil (Vogler in drugi, 2011).

Po EU podatkih, s slovenskimi v povprečju primerljive evropske lekarne izdajo skoraj 2 krat manj Rp, vendar imajo skoraj 3 krat večji delež, ki ostane lekarni, kot v Sloveniji. Slovenska

študija iz leta 2006 je pokazala, da bi slovenske lekarne potrebovale vsaj 22% maržno stopnjo, kar je bistveno več kot obstoječe povprečje med 8% in 9% (Tajnikar in Pušnik, 2006). Skoraj polovica ključnih držav sveta ima plačilni model lekarniške dejavnosti v obliki lekarniške marže ostala polovica v kombinirani obliki lekarniške marže in storitve na Rp oziroma izdajo ter svetovanje (Abramowitz, 2017; PGEU, 2024).

Bistven vpliv na delovanje in tudi primerjavo lekarniškega sistema in zdravstva pri nas in v tujini imajo torej sredstva namenjena zdravstveni blagajni iz BDP, regulacija dejavnosti, lekarniška mreža in dostopnost, število izdanih Rp in zdravil ter s tem obseg dejavnosti, plačilni modeli in sama cena ter oblikovanje le te.

Vogler in sodelavci so leta 2014 objavili posodobljeno raziskavo lekarniških sistemov v EU, pri čemer so ugotavljali, da so skupni naraščujoče cene izdelkov in naraščujoče število lekarniških enot in specializiranih trgovin v gosteje naseljenih območjih, da se povečuje monopol lekarniških verig in vertikalnega povezovanja z veledrogerijami, razen v primeru okolij s strožjo regulacijo dejavnosti. Za vse je značilno, da se struktura izdatkov za zdravstvo bistveno ne spreminja, pojavlja se majhna rast na področju OTC zdravil ter povečanje razmerja javnega naprav tržnemu delu. Izdatki za zdravstvo oz. zdravila naraščajo predvsem zaradi vedno večje dostopnosti in razvoja dejavnosti ter dražjih zdravil (MSH, 2012).

Zadnji dostopni podatki s seznamom 13-ih držav ter njihovega obsega in plačilnih modelov lekarniške dejavnosti po vrstah za ključne države in primerjavo so iz leta 2023. Glede na vrsto in obseg lekarniške dejavnosti izstopata Avstrija in Nizozemska, ki imata manj kot 80% delež izdanih zdravil in ostalih izdelkov v lekarnah. Nizozemska izda približno 21% v priročnih zaloga pri zdravnikih, Avstrija celo 42%. Avstrija in Finska sta tradicionalna predstavnika močno regulirane lekarniške dejavnosti, kjer OTC zdravila predstavljajo nad 15% celotnega prometa v lekarnah, v primerjavi z ostalimi, ki jih večinoma izdajajo izven lekarniških enot. Financiranje poteka po državah različno. Avstralija na primer ima več različnih fiksnih pribitkov, vrednost osnovnega je 4,16 eur, Kanada ima več različnih storitev ob osnovni izdaji v vrednosti 17,86 eur, Anglija je ob osnovni izdaji 1,55 eur in dodani marži 6-8% dodala še 2% maržo ob izdelkih nad 121 eur ter leta 2021 dodala še storitev ob odpustu v vrednosti 42,59 eur, Francija ima osnovno izdajo v vrednosti 1,02 eur in dodatnih 0,51 eur v primeru 5 ali več zdravil na Rp ter maržno lestvico od 6% do 25,5%, Nemčija je leta 2004 imela fiksni pribitek 8,1 eur, od leta 2013 do 2023 pa v vrednosti 8,35 eur ter dodatek 3% marže, Irska ima osnovni pribitek ob izdaji v vrednosti 3,5 eur do 5 eur in 20% maržo ter 3,27 eur ob neizdaji, Japonska ima dva fiksna pribitka ob izdaji v vrednosti 1,23 eur do 3,38 eur in ob svetovanju od 3,13 eur do 4,11 eur, Nova Zelandija ima ob izdaji fiksni pribitek v vrednosti 0,59 eur in do 3 izdelkov ob izdaji dodatnih 2,96 eur ter za vsak dodaten izdelek še 1,78 eur, Švica ima kombiniran maržno storitveni sistem z maržo 12% do 64 eur in postopoma nižjo ob višjih cenah ter fiksno izdajo v vrednosti 4,57 eur, Nizozemska ima fiksni pribitek ob izdaji 7 eur ter dodatnih 7 eur ob prvi izdaji in 6-7% maržo, ZDA pa ima

kombiniran sistem s fiksnim pribitkom od 1 do 3 eur in dodano maržo glede na ceno zdravila od 1 do 50% (Hussain in Babar, 2023).

Za potrebe nadaljevanja analize plačilnih modelov in obsega financiranja ter njihovih razporeditev lahko pogledamo še odhodkovno stran lekarniške dejavnosti. Finančni vidik lekarniške dejavnosti v Sloveniji od leta 1979 do leta 2025 lahko, zraven skupnih izdatkov za zdravila in izdatkov na prebivalca, dopolnimo s preostalimi kot so delovni stroški, stroški infrastrukture, administrativni stroški, distributivni stroški, storitveni stroški, stroški trženja, stroški zbiranja in uničenja odpadnih zdravil. Vsi ti podatki nam ključno pomagajo pri oblikovanju marž, ceniku storitev in zagotavljanju finančne stabilnosti lekarn. Podatki za leto 2024 nam po pričakovanju kažejo, da je največji strošek cena zdravil, drugi največji pa strošek za delo, saj gre za zelo kadrovsko intenzivno dejavnost in predstavlja približno 10% vrednosti izdatkov za zdravila. Kadri in s tem stroški za delo predstavljajo v lekarniški dejavnosti največji delež za vrednostjo zdravil in so ključni pri oblikovanju lekarniške točke in s tem vrednosti storitev (LZS Bilten, 2024, 2025; ZZZS, 2025).

Obseg dejavnosti v lekarništvu predstavlja dodatne možnosti in hkrati primerjalno prednost pri oblikovanju in pomembnosti prometa lekarniških enot na področju javne in tržne dejavnosti. Skrb vzbujajoč je podatek, da zgodovinsko gledano OTC delež zdravil in drugih izdelkov v lekarnah skozi leta pada. Razlog lahko pripišemo množičnemu odpiranju specializiranih trgovin in možnostim dobave izdelkov v različnih trgovinah ter na spletu tako v Sloveniji kot drugod v Evropi. To je eden izmed vzrokov, da lekarne dodajajo nove storitve v okviru svojega delovanja kot so PUZ, OKZ, FTP, specifična svetovanja (prehrana, prehranska dopolnila, kozmetika,...), pregledi (kože, lasišč, glukoze v krvi, ITM, zdravstveni kartoni,...), cepljenje, premostitvena izdaja zdravil ob prehodu med nivoji zdravstvene oskrbe, farmacevt predpisovalec in druge. Ker se je lekarniška dejavnost v Sloveniji kot tudi tujini skozi leta spreminjala, je zraven obsega ključnega pomena tudi financiranje in s tem plačilni modeli, ki so zelo raznoliki med državami. Zraven teh dveh pomembnih področij so za lekarniško dejavnost in s tem ključne primerjalne značilnosti med državami pomembni še kadrovsko stanje, vrsta ter politika nabave zdravil in ostalih izdelkov ter mreža lekarn in s tem pogoji ter dostopnost do zdravil, izdelkov in storitev.

Slovenija s svojim storitvenim plačilnim modelom za javno službo, ki temelji zgolj na dveh storitvah z nizko vrednostjo in hkrati daljšim seznamom obsega aktivnosti, ki so zanju potrebni, predstavlja nezadostno financiranje lekarniške dejavnosti, kar so dokazali vsi predstavljeni podatki na tem področju. Hkrati s spreminjanjem potreb in demografske strukture prebivalstva, razvojem zdravstva ter navsezadnje finančni neustreznosti, se je spremenil tudi obseg delovanja v sami lekarni. Številne nove storitve in aktivnosti, ki pripomorejo k izboljšanju zdravja populacije zahtevajo svoj čas, ustrezno izobraženost, kadrovsko strukturo in primerno plačilo, kar pa se je v Sloveniji izkazalo za neustrezno oz. nezadostno dorečeno med vsemi deležniki na področju zdravstva. Rezultat je trenutno stanje številnih protestov in stavk stroke v letu 2025, spremembe večih zakonodaj, neprimerljiva plačna politika znotraj stroke oz. natančneje prevelike razlike med lekarništvom in

industrijo. Posledica je tudi veliko pomanjkanje več kot 500 magistrov farmacije na področju lekarniške dejavnosti ter težave z dostopnjostjo na primarni zdravstveni in lekarniški dejavnosti, ki se kaže tudi z zapiranjem enot in enoizmenskim delovnikom lekarn ter čakalnimi dobami pri zdravnikih. Kadri v slovenskem lekarništvu so omejeni na srednješolsko izobrazbo farmacevtskega tehnika ter univerzitetno kot magistra farmacije, kjer imajo prvi bistveno več delovnih omejitev in s tem manj odgovornosti. Ozka kadrovska struktura in omejitve ter plačna politika še dodatno otežijo delovanje lekarništva, katerega trend je nalaganje vedno večih neplačanih delovnih zadolžitev in obveznosti ter s tem birokracije in administrativnih nalog, ki so pripeljale do omenjenih težkih razmer v zdravstvu in lekarniški dejavnosti. Vpliv na delovanje in financiranje dejavnosti ima še dobava zdravil in izdelkov ter nabavne poti in pogoji. Zdravila morajo biti zakonsko dobavljena s strani registriranih veledrogerij in so za vse kupce enake, z enakimi pogoji cenovne politike. Postopek nabave se med lekarnami razlikuje, kar zraven pomanjkanja skoraj 400 zdravil v letu 2025, predstavlja težave pri oskrbi pacientov. Omogočena je sicer dobava drugih izdelkov tudi pri ostalih dobaviteljih z boljšimi pogoji, vendar to oteži poti in možnosti nabave z dodatnimi zahtevami. Izzive predstavlja vedno večji nabor izdelkov, novih zastopništev, uvoznikov ter členov v nabavni poti, ki za lekarne predstavljajo dodatno poslabšanje pogojev financiranja. Geografska dostopnost nima vloge le pri možnostih dobave, ampak tudi pri samem oblikovanju mreže lekarn z ustreznimi ustanovitvenimi pogoji, ki vplivajo tudi na prebivalstvo ter njihove navade in možnosti. Večji izzivi nastanejo predvsem pri oblikovanju mreže znotraj urbanih naselij, kjer je prisotna večja zgostitev poslovnih odjemalcev lekarniških potreb in storitev, večja konkurenca ter predvsem interes javnega in moč politike (LZS Bilten, 2025).

Primeri iz tujine pri reševanju problematik in izzivov na 5 izpostavljenih kritičnih področjih, kažejo na različne pristope in specifike.

Največji, najpogostejši in najpomembnejši problem predstavlja financiranje in s tem plačilni modeli ter njegove podrobnosti. Države se na področju lekarniške dejavnosti in financ v osnovi razlikujejo glede na ekonomski status, politiko in ostale značilnosti sistema, vendar kljub temu lahko najdemo skupno primerljive lastnosti. Plačilni model javne službe lekarniške dejavnosti je osnova, ki se ne glede na liberalnost in regulativo države razlikuje zgolj po načinu, delitvi na storitveni, maržni in kombiniran sistem. Maržni in kombiniran maržno-storitveni sistem omogočata najbolj učinovito financiranje lekarništva in sta takšna pri večini EU držav. Leta 2011 sta predstavljala in zagotavljala od 16 do 23 % skupne marže pri zdravilih na Rp in ostalih izdelkih (Vogler in drugi, 2012). Leta 2018 je povprečna lekarniška marža med 29 državami EU predstavljala 27,2%, kjer je najnižja na Hrvaškem s 7% in najvišja v Nemčiji s 59,8%. Povezavo med BDP, regulacijo sistema oz. države ter maržo ni bilo mogoče potrditi (Pisek in Picha, 2018).

Ne glede na regulacijo ali liberalizacijo lekarništva v EU se nabor storitev kot drugo izpostavljeno področjo pri vseh močno povečuje in glavnino dejavnosti začenjajo predstavljati specialistične aktivnosti ter kognitivne storitve. Tako na primer tudi v strogo

reguliranih lekarniških sistemih (Španija, Avstrija, Danska,...) uvajajo novosti kot so cepljenja in testiranja ter preglede in personalizirane terapije ter tretmaje. Tudi v liberalnih oz. dereguliranih sistemih se z večjim vključevanjem vertikalnega povezovanja omogoča bolj povezan in širši nabor storitev tudi izven stroke in zdravstva ter predvsem spletne lekarne tudi z zdravili na Rp (Pisek in Picha, 2018).

Rezultat tovrstnih aktivnosti se kaže tudi na kadrovski sestavi kot tretje kritično področje, ki je po sistemih raznolika in v liberalnih omogoča več različno izobraženega kadra za različne vrste dela v lekarni z različnimi dovoljenji ter delovnimi nalogami. Glede na omenjeno je bila tako leta 2011 zelo različna izobrazbena struktura zaposlenih v lekarni. Na Švedskem kot primeru zelo liberalnega sistema so imeli zaposlenega 0,64 magistra farmacije na lekarno, na drugi strani pa v Avstriji kot primeru zelo reguliranega sistema 4,06 magistra farmacije na lekarno. Povprečje EU držav se giblje okrog 2 (Pisek in Picha, 2018).

Pomembno vlogo pri zagotavljanju učinkovite oskrbe z zdravili igra tudi dobava zdravil in izdelkov, ki je temelj četrtega področja, kjer največjo prednost naredi možnost nabave direktno pri proizvajalcih ali pa vertikalno povezovanje z veledrogerijami zaradi najugodnejših pogojev sodelovanja, kot je primer v Nemčiji, na Nizozemskem, Malti in Švedskem (Pisek in Picha, 2018).

Dostop do zdravil je pogojen predvsem z geografsko mrežo lekarn kot peto področje, ki je odvisno od pogojev oz. regulacije. Tako ima Danska najslabšo dostopnost z lekarno na 18.176 prebivalcev, bistveno manj vendar še vedno slabo dostopnost imata Nizozemska s 8490 ter Švedska s 7357 prebivalcev na lekarno. Največ lekarn na prebivalca ima Grčija s 1027, sledita ji Ciper s 1631 in Malta s 1731 prebivalci na enoto (Pisek in Picha, 2018).

Če povežemo ključne lastnosti lekarniškega sistema in predvsem plačilnega modela v Sloveniji s primeri iz tujine, lahko oblikujemo predloge za prilagoditve in izboljšanje obstoječega stanja lekarniške dejavnosti in navsezadnje tudi zdravstva v Sloveniji.

Ustrezna sprememba plačilnega modela glavne dejavnosti javne službe je nujno potrebna. Prvi predlog z manjšim posegom v delovanje obstoječega sistema je vpeljava dodatnih storitev kot je naprimer bolje ovrednotena izdaja dražjih zdravil, bolje ovrednotena obravnava kompleksnejših terapij (polifarmacija), vročitev vsakega pakiranja zdravil in ne le celotne izdaje, participacija iz žepa ali javnega plačnika za dostopnost, strokovnost in zagotavljanje dela ob dela prostih dnevih in v manj ugodnem času (nočno delo in vikendi). Enostavnejša bi bila posodobitev vrednosti storitev že obstoječega obsoletnega sistema točk. Še ustreznejša bi bila vpeljava kombiniranega maržno-storitvenega sistema pri zdravilih na Rp in morebiti tudi ostalih OTC zdravilih po vzoru predhodno dorečene lestvice in ustreznega seznama. Tukaj bi ključno vlogo morala odigrati ZZZS in MZ, z ustreznim vrednotenjem lekarniške dejavnosti ter tudi novo nastalih storitev na področju širše zdravstvene dejavnosti. S tem bi se spremenila posledično plačna politika in aktualnost poklica ter povečalo število razpoložljivega kadra, ki bi lahko več časa namenjal stroki in

času za paciente ter storitvam izboljšave splošnega zdravja ljudi. Javni sistem lekarništva in poslovanje lekarn bi ob ustreznejšem financiranju postal tudi neodvisen od tržnega dela dejavnosti. Le ta v obstoječem sistemu s svojim 20 do 30 % maržnim sistemom na vseh OTC zdravilih in ostalih izdelkih omogoča le minimalno finančno vzdržno poslovanje lekarn (Pisek in Picha, 2018).

V tujini se tovrstnih izzivov lotevajo na različne načine, vendar pa je povečanje obsega dejavnosti eden izmed ključnih dejavnikov za doseganje večje ekonomske učinkovitosti. Obstoječo rigidnost lekarniškega sistema poskušajo reševati z hitrejšim vpeljevanjem aktualnih in novih storitev z dodano vrednostjo, kjer zagotovijo hiter in učinkovit proces izobraževanja in podeljevanja certifikatov ter dovoljenj za opravljanje različnih dejavnosti in storitev po različnih profilih v lekarni. Širitev lekarniških storitev in dodatna finančna stimulacija predstavljata dodaten razlog in privlačnost za zaposlovanje novega kadra. Temu bi morali slediti tudi ustrezni izobraževalni procesi s ciljem specifičnega izobraževanja in pridobivanja znanj za potrebe lekarništva vključno z ustrezno smerjo in nazivom. Pozitivno poslovanje lekarn v tujini dosegajo z ustrezno prilagoditvijo poti in pogojev nabave, kot so vertikalna povezovanja ali možnosti direktnih sodelovanj s proizvajalci brez vmesnih številnih posrednikov ter vključevanje in oblikovanje v verige. Na ta način se ohranja prepotrebna finančna sredstva za posledično nadaljnji razvoj lekarništva in dostopnost do zdravstvenih storitev ter s tem izboljšanje zdravja celotne populacije. Kadar govorimo o dostopnosti je bistvenega pomena lekarniška mreža, ki po primerih iz tujine najboljše rezultate kaže z ustrezno vendar liberalno regulacijo. Na ta način je zagotovljena čimvečja dostopnost na ruralnih območjih z ustrezno stimulacijo teh lekarn in omejenost prenasičenosti urbanih območij, a vendar sproščena dovoljšnja konkurenčnost ter možnost horizontalnega sodelovanja in boljših povezovanj.

Pomembne spremembe za izboljšanje lekarništva in s tem zdravstvenega sistema bi bilo potrebno zagotoviti tudi z ustreznim meddisciplinarnim pristopom, razvojem IT (digitalizacija in robotizacija ter izmenjava podatkov v enotnem sistemu), posodobitev enotne centralne baze zdravil z vsemi zdravstvenimi podatki pacientov z enotno dostopnostjo vseh zdravstvenih deležnikov, možnost izmenjave podatkov s tujino (eRp) in dobavnih poti, vpeljava farmacevtov svetovalcev in predpisovalcev v sodelovanju z zdravniki za razbremenitev in večjo dostopnost do zdravstva. Vpliv bi imelo tudi morebitno kontrolirano sproščanje omejitev pri delovnih nalogah ostalega farmacevtskega kadra za lažjo in širšo dostopnost do storitev ter seveda posledično razvoj telefarmacije in spletnih lekarn.

6 SKLEP

Lekarniška dejavnost je nepogrešljiv ter izredno pomemben temelj zdravstvenega sistema sodobne družbe in navsezadnje človeškega vsakdana. Če povzamemo bistvo magistrskega dela, ki obravnava trenutne vzroke problematik zdravstvenega sistema v Sloveniji in

posledično nezadovoljstvo ljudi, je priti do odgovorov in potencialnih rešitev težav financiranja lekarn v Sloveniji in predstavit mogoče plačilne modele, ki omogočajo boljše delovanje lekarništva in s tem zdravstva in celotne družbe. Po podrobni analizi lekarniške dejavnosti, modelov plačevanja in obsegu financiranja lekarništva skozi obdobje od leta 1979 do leta 2025 je bilo ključno nastaviti in uresničiti cilje, ki so omogočili priti do temeljnih odgovorov zastavljenih raziskovalnih vprašanj. Tako smo za prvi cilj opredelili in določili dejavnike, ki so ključno vplivali na lekarniško dejavnost v raziskovanem obdobju in jih kot drugi cilj tudi ustrezno povezali s plačilnimi modeli ter primerjali s tujino.

Na ta način smo prišli do odgovora na naše prvo raziskovalno vprašanje, ki je bilo kakšni so plačilni modeli in obseg financiranja lekarn v Sloveniji skozi leta. Ugotovili smo, da lekarništvo vsa leta temelji na storitvenem plačilnem modelu javne službe, natančneje financiranju v obliki dveh storitev, ti sta izdaja ter obdelava in vročitev zdravila. Vsaka je ovrednotena z določenim številom točk in vrednostjo te točke, ki se pogosto na letni ravni večkrat spreminja. Celoten obseg financiranja dejavnosti zajema še dodaten vir iz tržnega dela dejavnosti, ki predstavlja vse bolj pomemben del delovanja lekarništva. V začetnem obdobju od leta 1979 smo imeli zgolj okrog 100 lekarniških enot na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju v katerih je bil poudarek na ročni izdelavi in izdaji zdravil majhnega nabora. Do leta 2025 je obseg dejavnosti zrasel na 352 izvajalcev, ki opravljajo lekarniške storitve priprave in izdaje zdravil, številne kognitivne storitve s poplavo izdelkov ter avtomatizacijo in tudi storitve preko številnih spletnih lekarn.

Drugo raziskovalno vprašanje je še podrobneje izrazilo vsebino proučevane problematike lekarniškega sistema, saj nas je zanimalo kako bi izboljšali modele plačevanja in s tem poslovanje lekarništva na podlagi preteklih izkušenj in današnjega stanja ter primerov iz tujine. Predlagane nadgradnje obstoječega sistema vsebujejo v prvem koraku razširitev ustrezno plačanih dejansko realiziranih storitev, tudi kognitivne storitve, ki jih do leta 2024 ni bilo. Izvedenih, a skoraj ne finančno priznanih, je namreč bistveno več kompleksnih storitev kot pa še vedno veljavnih zgolj osnovnih dveh ali treh iz zastarelega sistema veljavnega od leta 1982. Nadaljnjo smiselno izboljšavo bi po vzoru iz tujine predstavljal kombiniran maržno-storitveni sistem ali pa vsaj priznanje in dodatno plačilo storitev kot npr. izdaja dražjih zdravil in vsakega pakiranja ločeno, zahtevnejših terapij, izdaja izven rednega delovnega časa in podobno. V končni fazi bi bilo potrebno združiti obstoječa opažanja in rezultate iz tujine ter preteklih izkušenj v obliki prepoznavanja vedno večje vrednosti lekarniških delavcev kot strokovnih in neprestano dostopnih zdravstvenih strokovnjakov. Eden izmed načinov je vpeljava fiksnega zneska za storitev ali dodatek pri vsaki izdaji oz. obisku. Na ta način bi se ustrezno rešila tudi širša problematika nekonkurenčnih plač in posledične kadrovske podhranjenosti ter neučinkovitega poslovanja osnovne dejavnosti zaradi nezaželenosti poklica v obliki javne službe.

Pri vseh rešitvah in izboljšavah lekarniškega sistema je ključno, da bi ga vsi deležniki in akterji, ki imajo vpliv v zdravstvenem sistemu, prepoznali kot nepogrešljivega in nenadomestljivega. Takšen način razmišljanja je privedel do problema, ki hkrati tudi

predstavlja bistvo prednosti in slabosti pristopa pri raziskovanju. To je kompleksnost in širina raziskovanega področja. Posledično imamo zato tudi prevelik vpliv politike in številnih odločevalcev pri izvedbi potrebnih sprememb na različnih področjih lekarniške dejavnosti in navsezadnje zdravstvenega sistema, ki mora temeljiti na ustreznih realnih podatkih. Slabosti pristopa k raziskovanju predstavljajo prikriti in nezadostni podatki, številne spremenljivke, ki ne omogočajo enakega imenovalca za primerjavo, širina preučevane tematike in z njo povezani sistemi ter vključenost različnih dejavnikov družbe, zakonodaje in zdravstvenega sistema, ki močno otežijo preučevanje lekarniške dejavnosti. Prednosti pristopa so bili dostopni interni podatki organizacij, zbornic in aktivnih deležnikov v lekarniški dejavnosti, osredotočenje zgolj na plačilne modele ter obseg dejavnosti, določljivo raziskovano obdobje ter ključen pogled in primerjava situacije v tujini z ustrezno dostopnostjo gradiv.

Preučevano področje in raziskavo bi bilo smiselno razširiti z več podrobnimi podatki iz lekarniškega sistema v Sloveniji in tudi držav izven EU, vključiti še podatke drugih deležnikov kot so veledrogerije in proizvajalci ter zdravstvene ustanove in državne organizacije zdravstvenih sistemov. Vse bi bilo ključno potrditi s primerjalnimi študijami ali analizo podatkov v obliki meta-analize ali statistične analize podatkov. Aktualnost in pomembnost zdravstvenega sistema, zdravja nasploh in navsezadnje lekarniške dejavnosti bo v prihodnje le še pridobivalo na veljavi. Ključno pa je še enkrat poudariti, da po vzoru vseh pregledanih držav in njihovih sistemov ter uspešnosti vpeljanih sprememb naš izključno storitveni sistem predstavlja resnično največjo šibko točko pri financiranju, poslovanju in navsezadnje kakovosti zdravstvenega sistema, kar bo nujno potrebovalo ustrezne nadaljne korake in čimprejšnje spremembe.

SEZNAM KLJUČNE LITERATURE

1. Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1). *Uradni list RS*, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21.
2. Lekarniška zbornica Slovenije. (2024, 2025). *Statistični podatki in interni viri o lekarniški dejavnosti v Sloveniji (interno gradivo)*. Lekarniška zbornica Slovenije.
3. IQVIA. (2024). *Trg zdravil in OTC izdelkov v Sloveniji (interno gradivo)*. IQVIA.
4. Vogler, S., Habimana, K. in Arts, D. (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy*, 117(3), 311–327. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.06.001
5. Hussain, R. in Babar, Z. U. D. (2023). Global landscape of community pharmacy services remuneration: A narrative synthesis of the literature. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 16, 118. https://doi.org/10.1186/s40545-023-00557-0

LITERATURA IN VIRI

1. ABDA. (2024). *German pharmacies – figures, data, fact (interno gradivo).*, https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA_ZDF_2024_Brosch_english.pdf
2. Abramowitz, P. W. (1997). Financial management of health system pharmacy practice. *Pharmacy practice management quarterly*, *16*(4), 79–83. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10164163/
3. Albreht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli, D., Maresso, A. (2016). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(3):1–207. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27467813/
4. Aubreht, M. (2016). Ovrednotenje obsega in značilnosti preskrbe z zdravili na recept v zunanjih lekarnah v Sloveniji (magistrsko delo). Fakulteta za farmacijo Univerze v Ljubljani. https://www.ffa.uni-lj.si/docs/default-source/knjiznica-doc/magistrske/aubreht_matevz_mag_nal_2016.pdf?sfvrsn=2
5. Apotekforeningen. (2023). *Key figures 2023 Pharmacies and pharmaceuticals in Norway (interno gradivo).* https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Engelske_sider/Key%20figures%202023.pdf
6. Džakula, A., Vočanec, D., Banadinović, M., Vajagić, M., Lončarek, K., Lukačević Lovrenčić, I., Radin, D., Rechel, B. (2024). *Croatia: Health System Summary*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. OBS. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-summary-2024#
7. Eickhoff, C., Schulz, M. (2006). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Germany. *The Annals of pharmacotherapy*. 40(4). 729-35. https://doi.org/10.1345/aph.1g458
8. EUROSTAT. (2025). *Eurostat (interno gradivo)*. https://ec.europa.eu/eurostat
9. Garattini, L., Vooren, K., Curto, A. (2012). Will the reform of community pharmacies in Italy be of benefit to patients or the Italian National Health Service?. *Drugs & Therapy Perspectives*. *28*(11), 23–26. https://doi.org/10.1007/bf03262138
10. Hussain, R., Babar, Z.-U.-D. (2023). Global landscape of community pharmacy services remuneration: a narrative synthesis of the literature. *J of Pharm Policy and Pract 16(1),* 118. https://doi.org/10.1186/s40545-023-00626-0
11. Jackson, J., Ruffini, O., Livet, M., Urick, B. (2022). Funding community pharmacy dispensing: A qualitative exploration of current and alternate models leading to the development of quality focused funding principles, *Health Policy*, 126(12), 1263-1268. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.09.013
12. Jaklic Kajzer, P., Kotnik, M. (Februar 2024). *Farmainfo (interno gradivo Kemofarmacije),* 32-36.
13. Jaklic Kajzer, P., Kotnik, M. (Februar 2025). *Farmainfo (interno gradivo Kemofarmacije)*, 25-27.
14. IQVIA in Kemofarmacija. (2018-2024). *Kemofarmacija in IQVIA: Aktualno za medije* (interno gradivo),

https://www.kemofarmacija.si/wps/wcm/connect/SL/Domov/Za+medije/Aktualno/Landing/Trg+zdravil+in+ostalih+OTC+izdelkov+v+kanalu+lekarn+v+prvi+polovici+leta+2024
15. LZS Mreža. (2024). *Lekarniška zbornica Slovenije (interno gradivo)*. https://www.lzs.si/mreza-lekarn/
16. LZS Statistika. (2025), *Lekarniška zbornica Slovenije (interno gradivo).* https://www.lzs.si/o-zbornici/lekarniska-dejavnost-v-stevilkah/
17. LZS Bilten. (2024, 2025). *Bilten in statistične analize Lekarniške zbornice Slovenije (interno gradivo)*.
18. *MSH. (2012). Management sciences for health*, Pharmaceutical financing strategies, chapter 11 (interno gradivo), https://msh.org/wp-content/uploads/2013/04/mds3-ch11-financing-strategies-mar2012.pdf
19. Mlinaric, F., Oplotnik, Z., Brezovnik, B. (2016). Key Economic Parameters for an Optimal Pharmacy Network in a Regulated Environment. *Transylvanian Review Of Administrative Sciences, 12*(49), 60-77. https://rtsa.ro/tras/index.php/tras/article/download/494/483
20. Jimmy Neil, G. M. (2015). How to Finance a Pharmacy Acquisition, 81. https://www.pharmacytimes.com/view/how-to-finance-a-pharmacy-acquisition
21. NIJZ. (2024). Poraba zdravil, predpisanih na recept v Sloveniji v letu 2023, *Publikacije, sistem zdravstvenega varstva*, https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/05/Zdravila-na-recept-2023-Final-9.5.2024.pdf
22. Obreza, A. (2023). Izbrane vsebine iz zgodovine lekarništva (interno gradivo, *Farmapro.*
23. PGEU. (2019). A vision for Community Pharmacy in Europe 2030 (interno gradivo), https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/Pharmacy-2030_-A-Vision-for-Community-Pharmacy-in-Europe.pdf
24. PGEU. (2024). European Community Pharmacist (interno gradivo), https://www.pgeu.eu/financial-information/
25. Potočnik Benčič, D. (2021). *Lekarništvo*, strokovno glasilo LZS ¾-2021(interno gradivo).
26. Potočnik Benčič, D. (2022a). *Lekarništvo*, strokovno glasilo LZS 1-2022 (interno gradivo).
27. Potočnik Benčič, D. (2022b). *Lekarništvo*, strokovno glasilo LZS 2-2022 (interno gradivo).
28. Potočnik Benčič, D. (2023a). *Lekarništvo*, strokovno glasilo LZS 3-2023 (interno gradivo).
29. Potočnik Benčič, D. (2023b). *Lekarništvo*, strokovno glasilo LZS 4-2023 (interno gradivo).
30. PPRI. (2025). *Pharma Profile and Briefs 2017-2025 (interno gradivo)*, https://ppri.goeg.at/ppri_pharma_profiles
31. Puc, M., Centrih, M. (2017). *Atributi lekarništva*, zbornik (interno gradivo), https://www.szls.si/media/COVIRIAS_Atributi_lekarnistva-zbornik.pdf

32. Richard, C., Urick, B. Y., Pathak, S., Jackson, J., Livet, M. (2021). Performance-based pharmacy payment models: key components and critical implementation considerations for successful uptake and integration. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, *27*(11), 1568–1578. https://doi.org/10.18553/jmcp.2021.27.11.1568
33. Rutar Paris, A. (Marec 2024). *Farmainfo (interno gradivo Kemofarmacije)*, 20-22.
34. Saksida Vuk, K. (2013). Primerjalna analiza modelov plačevanja lekarniških storitev iz naslova javnih sredstev (magistrsko delo). Fakulteta za farmacijo Univerze v Ljubljani. https://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/datoteke/Knjiznica/magistrske/2013/Saksida_Vuk_Katja_mag_nal_2013.pdf
35. SFD. (Maj 2024). *Pharmaceutical care and the Dutch pharmacy market (interno gradivo)*, https://www.sfd.si/wp-content/uploads/2024/05/nizozemska.pdf
36. SURS. (2025). *Statistični urad Republike Slovenije (interno gradivo)*. https://www.stat.si/statweb
37. *SRZDPR2031. (Marec 2024). Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (interno gradivo),* https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/4-ZBIRKE/javne-objave/Predlog-Strategije-razvoja-ZDPN_01022024.pdf
38. Šifrar Krajnik, S. (2023). *Lekarništvo na Loškem (interno gradivo).*
39. Tajnikar, M., Pušnik K. (2006). Ocena stroškov poslovanja lekarn s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami v Sloveniji – razširjen povzetek (raziskovalno poročilo). *Inštitut za javni sektor za Lekarniško zbornico Slovenije*, 1-50. Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
40. Takač, D., Jadrijević-Mladar, M. & Jakševac-Mikša, M. (2000). Croatian pharmacy practice in the context of transitional changes (interno gradivo), 44-45. https://www.bib.irb.hr:8443/index.php/39400
41. Vogler, S., Arts, D., Habl, C. (2006). Lessons from deregulation – case studies (interno gradivo), ÖBIG - PGEU. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/241/1/Community%20Pharmacy%20In%20Europe.%20Lessons%20from%20deregulation%20–%20case%20studies.pdf
42. Vogler, S., Arts, D., Sandberger, K. (2012). Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. *Informationszentrum Lebenswissenschaften*. https://doi.org/10.4126/38m-004589355
43. Vogler, S., Habimana, K., Arts, D. (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *117*(3), 311–327. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.06.001
44. Vogler, S., Haasis, M. K., Zimmermann, N. (2024). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series (interno gradivo), https://ppri.goeg.at/system/files/inline-files/PPRI_Pharma_Brief_AT_2023_bf.pdf
45. Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21).

46. ZZZS. (2025). Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. *Informacije in storitve za izvajalce zdravstvene dejavnosti in dobavitelje medicinskih pripomočkov*. (interno gradivo). https://partner.zzzs.si
47. Yuan, J., Pizzi, L. (2021). Chapter 43 - Value-based payment models involving pharmaceutical services. *Academic Press (interno gradivo)*, 781-788. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-820007-0.00042-8
48. LZS Zbornik. (September 2024). *Lekarniška zbornica Slovenije 46. Zbornik* (interno gradivo).
49. Feldin, A., Masten, I., Polanec, S. (Januar 2020). Ključne ugotovitve analize ekonomskih in finančnih posledic novele ZZVZZ-O (interno gradivo). https://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2020/01/Ključne-ugotovitve-analize-ekonomskih-in-finančnih-posledic-novele-ZZVZZ-O.pdf