

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PREDLOG KAZALNIKOV KAKOVOSTI V LEKARNIŠKI
DEJAVNOSTI NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA**

Ljubljana, avgust 2016

DARJA POTOČNIK BENČIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Darja Potočnik Benčič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Kazalniki kakovosti v lekarniški dejavnosti na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko dr. Adriano Rejc Buhovac,

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila 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 poskrbela, 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 plagiatstvo – 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 plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila 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 ne 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.

V Ljubljani, dne 18. 8. 2016

Podpis študentke: _____

KAZALO

| | |
|---|-----------|
| UVOD | 1 |
| 1 LEKARNIŠKA DEJAVNOST | 5 |
| 1.1 Pravna ureditev lekarniške dejavnosti v Sloveniji..... | 5 |
| 1.1.1 Mreža javne lekarniške službe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva | 6 |
| 1.1.2 Javna služba in tržna dejavnost v lekarniški dejavnosti..... | 7 |
| 1.1.3 Javni lekarniški zavodi..... | 8 |
| 1.1.4 Management javnih lekarniških zavodov | 12 |
| 1.1.4.1 Planiranje v javnih lekarniških zavodih | 14 |
| 1.1.4.2 Vodenje v javnem zavodu | 16 |
| 1.1.4.3 Spremljanje uresničevanja ciljev in kontroliranje | 17 |
| 1.1.4.4 Management kakovosti..... | 17 |
| 1.2 Novosti v slovenski zakonodaji na področju lekarniške dejavnosti | 18 |
| 1.2.1 Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« | 20 |
| 1.2.2 Zakon o lekarniški dejavnosti | 21 |
| 2 SISTEM OBVLADOVANJA KAKOVOSTI..... | 22 |
| 2.1 Sistem obvladovanja kakovosti v zdravstvu..... | 22 |
| 2.1.1 Standardi kakovosti in akreditacije | 27 |
| 2.1.2 Uravnotežen sistem kazalnikov za merjenje kakovosti izvajanja zdravstvene dejavnosti | 30 |
| 2.2 Sistem obvladovanja kakovosti v lekarniški dejavnosti | 34 |
| 2.2.1 Izboljševanje kakovosti v izvajanju lekarniške dejavnosti v svetu..... | 34 |
| 2.2.2 Elementi obvladovanja kakovosti v lekarniški dejavnosti v Sloveniji | 39 |
| 3 NACIONALNA STRATEGIJA UVAJANJA KAZALNIKOV KAKOVOSTI V JAVNE LEKARNE | 43 |
| 3.1 Opis stanja v Sloveniji..... | 43 |
| 3.2 Vloga novih storitev pri razvoju in implementaciji kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti..... | 45 |
| 3.2.1 Farmacevtske intervencije..... | 46 |
| 3.2.2 Osebna kartica zdravil..... | 47 |
| 3.2.3 Pregled uporabe zdravil | 47 |
| 3.2.4 Farmakoterapijski pregled..... | 48 |
| 3.3 Raziskava o kazalnikih kakovosti v lekarniški dejavnosti | 49 |
| 3.3.1 Podatki o kazalnikih kakovosti v evropskih državah..... | 49 |
| 3.3.2 Raziskava o spremljanju kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost v Sloveniji | 54 |
| 3.3.2.1 Raziskava o spremljanju kazalnikov med javnimi zavodi, ki opravljajo lekarniško dejavnost..... | 54 |
| 3.3.2.2 Kazalniki, ki jih za lekarniško dejavnost spremlja Ministrstvo za zdravje | 61 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 3.4 | Predlog kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost..... | 61 |
| 3.5 | Način uvedbe in spremljanja kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti..... | 67 |
| 3.5.1 | Vloga Lekarniške zbornice Slovenije pri razvoju in implementaciji kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti | 68 |
| 3.5.2 | Vloga Ministrstva za zdravje pri implementaciji in spremljanju kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti..... | 69 |
| | SKLEP | 69 |
| | LITERATURA IN VIRI | 72 |
| | PRILOGE | |

KAZALO TABEL

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 1: | Intervencije v 13 JZ, oktober–december 2015 (v %) | 47 |
| Tabela 2: | Kazalniki finančnega vidika | 63 |
| Tabela 3: | Kazalniki vidika strank..... | 64 |
| Tabela 4: | Kazalniki vidika procesov | 65 |
| Tabela 5: | Kazalniki vidika učenja in rasti | 66 |

KAZALO SLIK

| | | |
|-----------|--|----|
| Slika 1: | Organizacijska struktura javnega zavoda, ki opravlja lekarniško dejavnost | 11 |
| Slika 2: | Predlog nove organizacijske strukture zaradi vključevanja procesov oziroma novih storitev | 12 |
| Slika 3: | Letni načrt udejanjanja strategije..... | 17 |
| Slika 4: | Konceptualni okvir kazalnikov kakovosti zdravstvenega varstva – projekt pri OECD | 24 |
| Slika 5: | Model sistema vodenja kakovosti, ki je osnovan na procesih | 29 |
| Slika 6: | Uravnoteženi sistem kazalnikov | 31 |
| Slika 7: | Model osnovne verige vrednosti notranjih poslovnih procesov | 33 |
| Slika 8: | Povezava uravnoteženih kazalnikov..... | 34 |
| Slika 9: | Struktura vrednostne verige v lekarniški dejavnosti..... | 42 |
| Slika 10: | Pogostnost izdaje zdravil v breme OZZ na slovensko povprečje glede na priznane in vse zaposlene magistre farmacije ter na pravno obliko, 2014, Slovenija | 43 |
| Slika 11: | Proces razvijanja in validiranja kazalnikov kakovosti..... | 68 |

UVOD

Nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov je v državah Evropske unije (v nadaljevanju EU) prednostna aktivnost. Staranje prebivalstva in s tem povezana patologija, razvoj medicine, večje zahteve in pričakovanja državljanov so razlogi za naraščanje izdatkov v zdravstvu (Simčič, 2010, str. 99). Na drugi strani so finančni resursi omejeni, v času ekonomske krize so se sredstva za zdravstvo celo nižala (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2016a, v nadaljevanju ZZS). Rešitev je treba iskati med drugim v izboljšanju kakovosti in učinkovitosti zdravstvenega sistema preko sistematičnega izboljševanja znanja izvajalcev, organiziranosti procesov, izboljševanja vodenja in delovnega okolja. To bo vodilo v večjo varnost zdravljenja, boljše izide zdravljenja, večjo dostopnost zdravljenja za vse in boljše delovne pogoje (Campbell, Braspening, & Marschall, 2002; Simčič, 2010).

Ker javni sektor ni izpostavljen pritiskom trga, kot to velja v zasebnem sektorju, je izboljševanje kakovosti velik izziv (Simčič, 2010, str. 100). Sistematično izboljševanje kakovosti se je najprej uveljavilo v industrijski proizvodnji, šele kasneje v storitvenem sektorju. Poti do vzpostavitve sistemov za merjenje kakovosti so lahko formalne ali neformalne. Kakovost lahko izboljšujemo tudi z dvigom stopnje izobrazbe izvajalcev, uvedbo standardnih operativnih postopkov ali kliničnih poti. Formalne poti so preko certifikatov kakovosti (denimo ISO 9001-2008), akreditacije (denimo DNV-NIAHO), poslovne odličnosti (denimo EFQM) (Simčič, Poldrugovac, & Marušič, 2011, str. 30, 32). Veliko zdravstvenih organizacij je certifikat ali akreditacijo pridobilo. Med slovenskimi bolnišnicami jih ima 11 pridobljeno akreditacijo ter 9 podeljen certifikat kakovosti, med zdravstvenimi domovi ima 1 pridobljeno akreditacijo in 17 certifikat kakovosti. Med lekarniškimi javnimi zavodi narašča število teh, ki imajo pridobljen certifikat za Sistem vodenja kakovosti ISO 9001-2008. Pridobljen certifikat ali akreditacija še ne pomeni, da je vzpostavljena optimalna kakovost, pomeni pa zavezo k nenehnim izboljšavam (Nemec, 2016, str. 3).

Nepogrešljivo orodje za izboljševanje kakovosti je implementacija in merjenje kazalnikov kakovosti. V zdravstvenem sistemu kazalniki merijo učinkovitost struktur (denimo klinične poti, standardni operativni postopki, vzpostavljen sistem beleženja napak), procesov (denimo delež razrešenih farmacevtskih intervencij, število napačno izdanih zdravil na farmacevta v definiranem obdobju) in izidov zdravljenja (denimo spremljanje rezultatov pregleda uporabe zdravil pri bolnikih s polifarmakoterapijo) (Detiček & Kos, 2016, str. 373).

S kazalniki kakovosti načrtujemo ciljne vrednosti za posamezne zdravstvene storitve ali določen vidik zdravstvenega sistema, nato pa z merjenjem ugotavljamo dejanske vrednosti. Meritev je objektivna kategorija, ki ne vključuje vrednostnega sistema. Vrednotenje rezultata posameznega kazalnika je ključno, saj šele analiza dosežene vrednosti oziroma

razkorak med doseženo vrednostjo in pričakovano najboljšo možno prakso usmerja nadaljnje aktivnosti v smislu oblikovanja prioritet za ukrepe in izboljšave (Poldrugovac & Simčič, 2010, str. 10; Detiček & Kos, 2016, str. 372). Rezultati merjenj so prvenstveno namenjeni managerjem in izvajalcem, saj so ti ključni akterji, ki z usklajenim delovanjem izboljšujejo oskrbo pacientov. Namenjeni so tudi uporabnikom, ki s pomočjo kazalnikov kakovosti izbirajo najkakovostnejšega izvajalca, ter plačnikom in širši družbi, ki pričakuje kakovostno izvajanje storitev za določeno plačilo.

Slovenija je v Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu zapisala, da upošteva mednarodne standarde kakovosti: uspešnost zdravstvenih posegov, varnost pacientov, pravočasnost zdravstvene oskrbe, učinkovitost, osredotočenost na paciente in enakost v obravnavi (Simčič, 2010, str. 10). Priročnik o kazalnikih kakovosti zajema 72 kazalnikov, vendar se le nekaj teh posredno nanaša na izvajanje lekarniške dejavnosti (Poldrugovac & Simčič, 2010, str. 15). Tako v državah EU kot v Sloveniji so bili kazalniki kakovosti najprej postavljeni za bolnišnice. Mnoge države postopoma uvajajo kazalnike tudi na druge nivoje in druga področja zdravstvenega varstva, tudi na področje lekarniške dejavnosti.

Lekarniška dejavnost je del zdravstvene dejavnosti. Z zagotavljanjem pravilne, varne in učinkovite uporabe zdravil pomembno vpliva na kakovost zdravstvenega sistema in varnost pacientov. V nadaljevanju se osredotočamo na javne lekarne, ki izvajajo preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili. Vsi farmacevtski strokovni delavci, zaposleni v lekarni, morajo zagotoviti, da je storitev, ki jo zagotavljajo vsakemu pacientu, primerne kakovosti, kar opredeli Zakon o lekarniški dejavnosti (Ur.l. RS, št. 36/2004-UPB1, v nadaljevanju ZLD) in je zapisano v Pravilih dobre lekarniške prakse (Lekarniška zbornica Slovenije, 2015a, v nadaljevanju LZS).

V procesu sprejemanja je predlog novega Zakona o lekarniški dejavnosti, ki v svojem 23. členu (opomba: številka člena se nanaša na predlog zakona, ki je bil od 16. 3. 2016 do 15. 4. 2016 v javni obravnavi in je bil objavljen na spletni strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije) v lekarniško dejavnost uvaja kakovost in varnost (Ministrstvo za zdravje, 2016b). Od izvajalcev lekarniške dejavnosti zahteva vzdrževanje sistema kakovosti, ki obsega organizacijsko strukturo, postopke, procese in vire, potrebne za zagotavljanje lekarniške dejavnosti v skladu s standardi lekarniške dejavnosti (denimo Pravila dobre lekarniške prakse), ki jih sprejema pristojna zbornica, to je LZS. Nadalje zakon predpiše izvajalcu lekarniške dejavnosti naloge, ki po oceni pripravljavcev predloga vodijo k izboljševanju kakovosti in varnosti. Predlog nakazuje na uravnotežen sistem kazalnikov kakovosti, ki vključuje finančne in nefinančne kazalnike (Kaplan & Norton, 2000, str. 19).

Pri oblikovanju kazalnikov kakovosti je smiselno uravnotežiti vidike pacientov, izvajalcev, managementa in plačnika. Pacientom kakovost predstavlja odnos, komunikacija, klinična učinkovitost izvajalcev oziroma sistema. Izvajalce bodo najbolj zanimali profesionalni

standardi, izidi, uspešnost in učinkovitost. Vrednosti kazalnikov izvajalcem omogočajo primerjavo z drugimi primerljivimi izvajalci v zdravstvenem sistemu in realno sliko o izboljševanju lastne kakovosti. Management prav tako zanima učinkovitost, zadovoljstvo pacientov, dostopnost in izidi, plačnika pa predvsem namenska poraba sredstev (Campbell et al., 2002, str. 359).

Uravnotežen sistem kazalnikov je učinkovito managersko orodje za izvajanje strategije in temelj uspešnega vodenja. Z uravnoteženimi kazalniki je mogoče poslanstvo in strategijo izraziti v obliki, ki jo vsi zaposleni razumejo. Z njimi je mogoče znanja in sposobnosti ljudi usmeriti v doseganje zastavljenih ciljev (Žličar, 2006, str. 65).

Temeljno poslanstvo lekarniške dejavnosti je zagotavljanje varnega in učinkovitega zdravljenja z zdravili. Kazalnike kakovosti dejavnost potrebuje za izboljševanje kakovosti, izboljšano varnost uporabe zdravil, izobraževanje strokovnih delavcev, vodenje evidenc za potrebe izvajalca, plačnika in ministrstva za zdravje, postavljanje standardov, zmanjševanje stroškov, identifikacijo napak in za povečevanje profesionalizma v stroki (Meštrović, b.l.).

S pregledom literature, analizo podatkov, pridobljenih z anketiranjem vodstev javnih lekarniških zavodov in s podatki, ki so na voljo v Evropskem združenju farmacevtov (angl. *Pharmaceutical Group of the European Union*, v nadaljevanju PGEU) in drugih javno dostopnih virih, bomo identificirali merljive kazalnike kakovosti v lekarniški dejavnosti. V sistemu uravnoteženih kazalnikov kakovosti (Kaplan & Norton, 2000) bomo smiselno uvrstili kazalnike za spremljanje in vrednotenje struktur, procesov in izidov (Detiček & Kos, 2015, str. 371). Iskali bomo kazalnike, ki bodo ocenili kritične vidike kakovosti (Santiago, 1999, str. 1571). Ob tem bomo upoštevali vzročno povezanost meritev, denimo kako se izboljšava notranjih procesov odraža v zadovoljstvu uporabnikov in finančnem rezultatu. Kazalniki so torej finančni in nefinančni. Kazalnike bomo opredelili tudi z vidika koristi za pacienta in druge uporabnike lekarniških storitev, izvajalcev, delodajalcev oz. managementa, plačnika in ministrstva za zdravje kot odločevalca v zdravstvu. Predlagali bomo tudi način implementacije kazalnikov v slovenske lekarne.

Lekarniška dejavnost v Sloveniji nima obveze za spremljanje kakovosti ali akreditiranje kakovosti. Ker se celotni zdravstveni sistem in njegovo financiranje pomika v smeri zagotavljanja najboljšega razmerja med kakovostjo in ceno, bo temu morala slediti tudi lekarniška dejavnost (Nau, 2009; Ministrstvo za zdravje, 2016b). Lekarniška zbornica Slovenije je stanovska organizacija, ki med drugim skrbi za razvoj in strokovni napredek stroke. To pomeni, da bo njena vloga pri oblikovanju in validiranju kazalnikov kakovosti v Sloveniji, ob usmeritvah Ministrstva za zdravje RS (v nadaljevanju MZ), pomembna. Ta naloga lahko postavi temelje za nacionalno uvedbo kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost. Namen te naloge torej presega korist za avtorico in delodajalca. Nacionalni

kazalniki kakovosti za merjenje delovanja lekarniške dejavnosti so namenjeni kakovostni obravnavi pacientov in posredno celotni družbi.

Cilj magistrskega dela je proučiti stanje kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti v Sloveniji. Predvidevamo, da imajo tudi javni zavodi in zasebne lekarne, ki so pridobili ISO standard, nekatere kazalnike opredeljene in jih spremljajo, saj je zaveza k nenehnemu izboljševanju kakovosti ena temeljnih zahtev standarda ISO. Proučiti želimo tudi stanje v državah EU, in sicer, katere kazalnike so opredelili kot vredne spremljanja, kako so jih definirali, validirali in kako jih spremljajo. Na osnovi pridobljenih podatkov bomo oblikovali predlog univerzalnih kazalnikov kot standard merjenja kakovosti za lekarniško dejavnost in predlagali, da jih dokončno definira, validira in potrdi LZS. Vzpostaviti želimo uravnotežen sistem kazalnikov. Pri tem želimo poudariti tudi pomen in vlogo MZ in LZS.

Namen magistrskega dela je pomagati LZS sprejeti ustrezne standardne kazalnike kakovosti za javne lekarne na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Metode raziskovalnega dela so:

1. pri PGEU, katerega članica je tudi Lekarniška zbornica Slovenije, ter s pomočjo drugih, javno dostopnih podatkov bomo analizirali, katere evropske države imajo vpeljane kazalnike kakovosti, ali jih redno spremljajo in ali izvajajo ukrepe na osnovi pridobljenih rezultatov.
2. Anketirali bomo vodstva javnih lekarniških zavodov in lastnike zasebnih lekarn. Analizirali bomo, katere kazalnike spremljajo. Anketiranje s poslanim vprašalnikom bo iskalo odgovore na vprašanja, kot so: ali imajo uveden standard kakovosti ali poslovno odličnost, kaj so bili glavni cilji uvedbe standarda kakovosti/poslovne odličnosti, katere procese so definirali, katere kazalnike kakovosti so postavili za posamezne procese, kakšni so rezultati pri posameznih kazalnikih, ali spremljajo uspešnost izvedenih ukrepov in ali se strinjajo, da uvedemo enotne kazalnike kakovosti za slovenske javne lekarne.

Magistrsko delo je sestavljeno iz treh poglavij. V prvem poglavju opišemo lekarniško dejavnost, pričakovane in že sprejete novosti v zakonodaji in drugih pomembnih dokumentih, ki vplivajo na izvajanje lekarniške dejavnosti, ter izpostavili nevarnosti liberalizacije in deregulacije. V drugem poglavju se posvetimo sistemu vodenja kakovosti, in sicer na področju zdravstva in na področju lekarniške dejavnosti, izpostavimo uravnotežen sistem kazalnikov kot managersko orodje in pomoč, da organizacija v cilje prevede svoje poslanstvo in vizijo. V tretjem poglavju govorimo o novih lekarniških storitvah kot elementih kakovosti, opišemo in analiziramo stanje v Sloveniji in EU na področju spremljanja in izboljševanja kakovosti. Na osnovi analize podatkov bomo predlagali uravnotežen sistem kazalnikov, ki opredeli kakovost struktur, procesov in

izidov. Predlagali bomo način uvedbe kazalnikov ter pomen in vlogo Ministrstva za zdravje RS in Lekarniške zbornice Slovenije. Magistrsko delo zaključimo s sklepnimi ugotovitvami o kazalnikih kakovosti za lekarniško dejavnost.

1 LEKARNIŠKA DEJAVNOST

1.1 Pravna ureditev lekarniške dejavnosti v Sloveniji

Lekarniška dejavnost je v skladu z določili Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur.l. RS, št. 23/2005–ZZDej2–UPB2, 15/2008, 23/2008, 58/2008, 77/2008, 40/2012, 14/2013, v nadaljevanju ZZDej2) del zdravstvene dejavnosti, čeprav jo Uredba o standardni klasifikaciji dejavnosti razvršča v 47.730 »Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki« (Ur.l. RS, št. 69/2007 in 17/2008). Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Lekarniška dejavnost je vključena tudi na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, in sicer kot nujna organizacijska enota bolnišnic, klinik in inštitutov. Lekarniško dejavnost izvajajo na podlagi dovoljenja pristojnega ministrstva pravne in fizične osebe, ki izpolnjujejo zakonske pogoje (ZLD; Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja, Ur.l. RS, št. 25/2016, v nadaljevanju ReNPZV16-25). V skladu s 5. členom ZLD mora imeti lekarna ustrezne prostore, kadre in opremo glede na obseg dejavnosti ter primerno zalogo zdravil.

Ustanovitelj oziroma lastnik javnih lekarn je v primeru javnih zavodov lokalna skupnost, lastniki zasebnih lekarn so magistri farmacije s koncesijo. Ustanovitelj in lastnik bolnišničnih lekarn je država, saj te lekarne delujejo v sklopu bolnišnic, klinik ali inštitutov (ZLD).

Preskrba z zdravili ter zagotavljanje varne in učinkovite uporabe zdravil z namenom doseganja čim boljših kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov je dejavnost posebnega družbenega pomena. Prav zato je za njeno izvajanje odgovorna država (sekundarna in terciarna raven zdravstvenega varstva) oziroma lokalna skupnost (primarna raven zdravstvenega varstva). Tudi Evropska skupnost dopušča, da države članice urejajo področja posebnega družbenega pomena v skladu s svojimi predpisi in pravili ter zanje ne veljajo splošna pravila o prostem pretoku blaga in storitev oziroma tržne zakonitosti. Izvajanje javne službe ni namenjeno ustvarjanju dobička, temveč zagotavljanju kakovostnih storitev v okviru dogovora o financiranju, ki ga vsako leto sklenejo partnerji v zdravstvu.

Lekarniška dejavnost je po veljavni zakonodaji preskrba prebivalcev ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili. Preskrba obsega izdajo zdravil na recept in brez recepta ter magistralno pripravo zdravil (ZLD). Veljavni ZLD kot temelj delovanja lekarn in lekarniških strokovnih delavcev postavlja preskrbo z zdravili. Ta zakon se ni bistveno

spremenil od leta 1992. Z razvojem medicine in farmacije in s ciljem slediti potrebam uporabnikov so lekarniška stroka, ministrstvo in plačniki prišli do spoznanja, da uporabniki – pacienti potrebujejo ob preskrbi z zdravili tudi celovito farmacevtsko obravnavo. Predlog novega Zakona o lekarniški dejavnosti, na novo opredeli namen lekarniške dejavnosti kot zagotavljanje kakovostne in učinkovite preskrbe z zdravili in drugimi izdelki za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja ter svetovanje glede njihove varne, pravilne in učinkovite uporabe pacientom in zdravstvenim delavcem v zdravstvu. Lekarniška dejavnost zagotavlja tudi farmacevtske obravnave za ohranjanje zdravja in za doseganje pričakovanih kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov zdravljenja (MZ, 2016b).

Nosilec lekarniške dejavnosti je magister farmacije z opravljenim strokovnim izpitom. V skladu z zakonodajo EU (Direktiva 2005/36/ES) sodi poklic magistra farmacije med t.i. svobodne regulirane poklice. Licenca je orodje za dokazovanje strokovne usposobljenosti, ki je za svobodne regulirane poklice ključna. Med izvajalcem lekarniške dejavnosti, to je magistratom farmacije, in pacientom obstaja velik razkorak v znanju, zato je magister farmacije zavezan k upoštevanju pravil stroke, zakonodaje ter etičnih načel in mora postaviti potrebe pacienta pred poslovne cilje lekarne. Za svoje delo je tudi kazensko odgovoren. Slovenija je v krovni zakonodaji ustvarila pogoje, da bi tudi magister farmacije imel licenco (ZZDej2; Odredba o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco, Ur.l. RS, št. 16/2013), vendar še vedno niso sprejeti ustrezni podzakonski predpisi tj. pravilnik, ki bi urejal področje licenc za magistre farmacije. Vodja lekarne mora izpolnjevati še dodatne pogoje, kot je število delovnih let v dejavnosti, znanje slovenskega jezika in jezika narodnosti na dvojezičnih območjih, prav tako mu s pravnomočno sodbo sodišča ne sme biti prepovedano opravljanje dejavnosti.

1.1.1 Mreža javne lekarniške službe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva

Z mrežo javne lekarniške službe država zagotavlja vsem prebivalcem čim bolj enakomerno dostopnost do zdravil in, kot bomo spoznali preko novosti v zakonodaji, tudi do lekarniških storitev, ki bistveno prispevajo k pozitivnim izidom zdravljenja z zdravili.

Lekarniška dejavnost se izvaja kot javna služba in jo opravljajo javni zavodi in zasebniki s koncesijo. Lekarniško dejavnost na primarnem nivoju zdravstvenega varstva določa in zagotavlja občina ali mesto (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«, Ur.l. RS, št. 72/2008, popr. št. 74/2008, v nadaljevanju ReNPZV). Občina ali več sosednjih občin lahko ustanovi javni zavod ali razpiše koncesijo. Ob tem mora upoštevati mrežo javne lekarniške službe. Predhodno je potrebno pridobiti mnenje LZS o uvrstitvi lekarne v mrežo in soglasje zbornice v primeru organiziranja lekarniške podružnice. Lekarniška zbornica poda tudi mnenje o izpolnjevanju pogojev za koncesionarja. Kriteriji za uvrstitev lekarne v mrežo javne lekarniške službe na primarnem nivoju so zapisani v ReNPZV, ki je leta 2013 prenehala veljati, vendar so se kriteriji za lekarniško mrežo s sklepom MZ še uporabljali. Z

mrežo javne zdravstvene službe država ob enakomerni dostopnosti do zdravstvenih storitev zagotavlja tudi finančno vzdržnost zdravstvenega sistema.

Za zagotavljanje dostopnosti do zdravil in lekarniških storitev so pomembni geografski in demografski kriteriji ter razvitost osnovne zdravstvene dejavnosti, kar pomeni, da je v kraju organizirana ambulanta družinske medicine. Kriteriji v ReNPZV so naslednji:

- lekarna se glede na krajevne razmere lahko organizira za območje 7000 prebivalcev v povprečju in najmanj 5000 prebivalcev, pri čemer mora biti nova lekarna oddaljena najmanj 400 m cestne razdalje od obstoječe lekarne in ob pogoju, da je v kraju organizirana osnovna zdravstvena dejavnost z najmanj vsakodnevno prisotnostjo vsaj enega zdravnika v splošni ambulanti,
- občina, ki ima manj kot 5000 prebivalcev, lahko v dogovoru s sosednjimi občinami oblikuje območje, na katerem organizira lekarno, če s tem izpolnjuje zgoraj navedeni pogoj,
- v občini, kjer že deluje ena ali več lekarn, se lahko organizira nova lekarna, če število prebivalcev na obstoječo lekarno presega 7000 prebivalcev, skupen presežek prebivalcev pa je večji od 5000 prebivalcev,
- podružnica lekarne se lahko organizira v kraju z manj kot 5000 prebivalci, če je v kraju organizirana osnovna zdravstvena dejavnost in je najbližja lekarna oddaljena več kot 6 km cestne razdalje,
- priročna zaloga zdravil se lahko organizira v kraju, v katerem je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost in je oddaljen najmanj 10 km cestne razdalje od najbližje lekarne ali podružnice lekarne.

V ReNPZV zapisana usmeritev, da je potrebno zagotoviti spodbude za organiziranje lekarn v oddaljenih in demografsko ogroženih področjih, se na področju lekarniške dejavnosti nikoli ni uresničila. V marcu 2016 je državni zbor sprejel novo Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja (ReNPZV16–25), ki opredeli zgolj splošne kriterije za mrežo javne zdravstvene službe, konkretne usmeritve za mrežo pa se prenesejo v novi ZLD (MZ, 2016b). Predlog novega ZLD je bil do 15. aprila 2016 v javni razpravi, postopek sprejemanja zakona v času pisanja tega magistrskega dela še poteka.

Za celovito reformo zdravstvenega sistema, ki jo izvajalci v zdravstvu ocenjujemo kot nujno potrebno, saj so se spremenile številne okoliščine, bi morali odločevalci predhodno sprejeti vsaj spremembe predpisov, ki urejajo celotno področje zdravstvene dejavnosti, in predpise, ki urejajo področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

1.1.2 Javna služba in tržna dejavnost v lekarniški dejavnosti

ZLD navaja, da je lekarniška dejavnost, to je preskrba z zdravili na recept in brez recepta ter magistralna priprava zdravil, javna služba. Lekarne opravljajo še druge dejavnosti, kot je preskrba z medicinskimi pripomočki, sredstvi za nego in varovanje zdravja, preskrbo z otroško prehrano ipd. Ta del dejavnosti opravljajo lekarne kot pridobitno (tržno) dejavnost in se prav zaradi tega težko primerjajo z drugimi zdravstvenimi organizacijami, ki opravljajo zgolj javno službo.

Država zagotavlja državljanom določene dobrine, med njimi tudi zdravila in lekarniške storitve, izven sistema delovanja tržnih zakonitosti. To velja za dobrine, ki morajo biti dostopne vsem državljanom, ne glede na njihov socialno ekonomski položaj. Zagotavljanje teh dobrin ni pomembno samo za posameznika, ampak tudi za družbo, saj s temi dobrinami zagotavlja ekonomski, socialni in kulturni razvoj celotne skupnosti (MZ, 2016b). Takšne storitve se izvajajo kot javna služba. Izvajajo jih javni zavodi ali zasebniki s koncesijo, torej izvajalci, ki zadostijo posebnim pogojem. Izdelki – zdravila pa so izdelki posebnega pomena, zato je tudi promet z njimi strogo reguliran.

Javni lekarniški zavodi poslujejo v skladu z računovodskimi predpisi za javni sektor. Zato je zelo pomembna natančna opredelitev javne službe in tržne dejavnosti. Vsebinsko javne službe natančneje opredelijo akti o ustanovitvi, kot npr. Odlok o ustanovitvi javnega zavoda Lekarne Ptuj (Ur.l. RS, št. 72/2009). Odlok opredeli javno službo kot izdajo zdravil na recept in brez recepta, svetovanje o varni uporabi zdravil, svetovanje pri predpisovanju zdravil, pripravo magistralnih zdravil, izdajanje homeopatskih zdravil, izdajanje veterinarskih zdravil ter izvajanje preventivnih zdravstvenih programov s področja lekarniške farmacije. Poleg javne službe lahko zavod Lekarne Ptuj opravlja tudi druge dejavnosti, kot so: izdajanje zdravil brez recepta, ki se smejo izdajati tudi v specializiranih prodajalnah, izdelovanje galenskih izdelkov in izdelkov za nego in varovanje zdravja ter njihovo preizkušanje, oskrba z medicinskimi pripomočki, oskrba s sredstvi za varovanje zdravja, oskrba z diagnostičnimi sredstvi, fitofarmaceutskimi snovmi in laboratorijskim priborom, oskrba z zdravili za uporabo v veterinarski medicini, oskrba z otroško hrano in dietetičnimi izdelki, preverjanje kakovosti zdravil ter druge storitve in dejavnosti, povezane z lekarniško dejavnostjo, ki jih določi pristojna zbornica.

1.1.3 Javni lekarniški zavodi

Javni lekarniški zavodi so nastali po določilih Zakona o zavodih leta 1991 (Ur.l. RS, št. 12/1991, 8/1996, 36/2000-ZPDZC, 12/2906-ZJZP, v nadaljevanju ZZ) iz prejšnjih organizacij združenega dela, ki so opravljale dejavnosti posebnega družbenega pomena. Pred sprejetjem ZZ smo poznali organizacije združenega dela. S samostojno državo je bilo potrebno opredeliti tudi lastništvo in z omenjeno zakonodajo je prešlo premoženje lekarn v last lokalnih skupnosti. Javni zavodi so postali pravne osebe brez premoženja. To je v primeru lekarn v lasti občin in ga daje zavodu v upravljanje. Medsebojna razmerja pa so

urejena v aktih o ustanovitvi. Že ob sami ustanovitvi javnih zavodov so se lekarniški javni zavodi razlikovali od drugih, in sicer po tem, da poleg javne službe opravljajo tudi pridobitno (tržno) dejavnost.

Javni zavod ustanovi občina ali več sosednjih občin za opravljanje javne službe. V sklopu javnega zavoda je lahko več lekarn in lekarniških podružnic, katerih število za zdaj ni navzgor omejeno, organiziranih v sosednjih občinah. Javni zavod ima lahko tudi galenski laboratorij ter kontrolno analizni laboratorij. Javni zavodi v Sloveniji so zelo različno veliki, od zavodov, ki imajo eno samo lekarno, do največjega zavoda, ki ima 48 lekarniških enot. Velikost zavodov je posledica velikosti občin v času, ko je pričel veljati ZZ. V kasnejših letih je iz večjih občin nastalo več manjših občin, kar je vplivalo tudi na velikost in organizacijo javnih lekarniških zavodov. V nekaterih okoljih so se občine med seboj povezale in postale soustanoviteljice javnega zavoda. Občine, ki niso soustanoviteljice, javni zavod pa za prebivalce teh občin opravlja lekarniško dejavnost, so ustanoviteljske pravice prenesle na občine ustanoviteljice. Kot na primer Lekarne Ptuj, kjer javni zavod izvaja lekarniško dejavnost za prebivalce 16 občin, ima pa 6 občin ustanoviteljic javnega zavoda (Odlok o ustanovitvi Lekarn Ptuj, Ur.l. RS, št. 72/2009). Na velikost zavoda sam javni zavod in njegovo vodstvo nimata vpliva. Od interesa občin je odvisno, ali se bodo ob možnosti za odprtje nove lekarne odločile, da bo to enota javnega zavoda, ali bodo razpisale koncesijo. Mnenje stroke je enotno, ob uvrstitvi lekarne v mrežo bi morala pod enakimi pogoji za to lekarno kandidirati javni zavod, ki na tem območju ali na območju sosednjih občin že izvaja lekarniško dejavnost, in zasebnik. Koncesija oziroma dovoljenje za organiziranje lekarniške enote se podeli tistemu, ki ponudi boljše pogoje, npr. kader, odpiralni čas, dodatne storitve ipd. Občina ima tudi pravico, da ustanovi nov javni zavod, v kolikor že ni soustanoviteljica javnega lekarniškega zavoda. Z vidika optimalne dostopnosti uporabnikov do lekarniških oziroma zdravstvenih storitev in z vidika finančne vzdržnosti sistema bi bilo prenos ustanoviteljskih pravic in dolžnosti ter s tem povezano mrežo javne zdravstvene službe smiselno prenesti na regije, v kolikor se bo zakonodaja na tem področju tudi spremenila.

Lekarniško javno službo izvajajo javni zavodi in zasebniki s koncesijo. Vsaka statusno pravna oblika izvajanja javne službe ima določene prednosti in določene slabosti. Javni zavod ima organizacijske in kadrovske prednosti. Javni zavod praviloma zaposluje večje število farmacevtskih strokovnih delavcev. V svoji organizacijski strukturi ima vsaj eno večjo lekarniško enoto, ki je učna baza in v kateri se izvajajo bolj zahtevne storitve, od zahtevnih magistralnih zdravil, novih kognitivnih storitev do praktičnega usposabljanja dijakov in študentov ipd. Zaradi obsega dela so javni zavodi tudi poslovno uspešni. Slabost javnega zavoda pa je omejena avtonomija na področju razpolaganja s presežkom, investicij, vodenja in nagrajevanja zaposlenih.

Javni zavod je organiziran na geografsko povezanem območju in ima, z redkimi izjemami, več lekarniških enot. To so lekarne in lekarniške podružnice, lekarna lahko organizira tudi

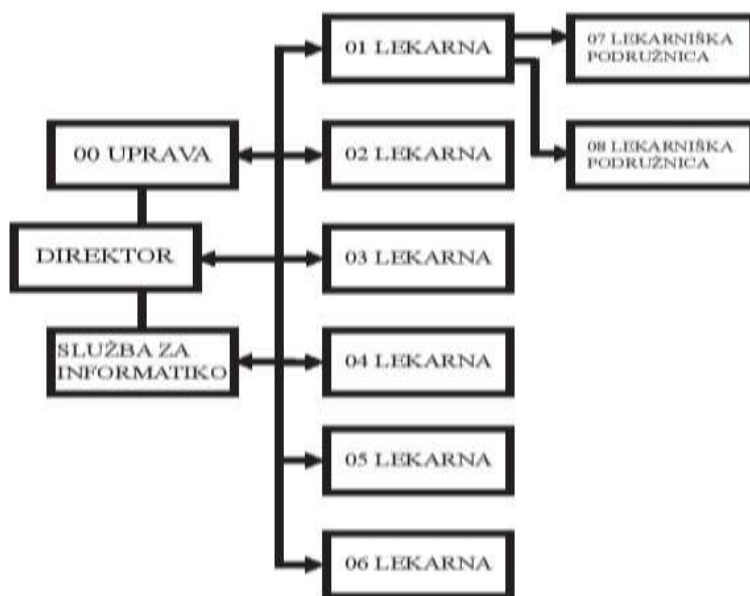
priročno zalogo zdravil v zdravstveni ambulanti. Lekarne in lekarniške podružnice opravljajo zaključene procese dela, ki vključujejo procese nabave zdravil in drugih izdelkov in se zaključijo z izdajo zdravila oziroma prodajo izdelka. Ne glede na teritorialno povezanost se potrebe uporabnikov in nabor zdravil, ki jih zdravniki v okolju predpisujejo, od ene do druge mikrolokacije razlikujejo. V skladu s predpisi mora magister farmacije izdati predpisano zdravilo z lastniškim imenom, kot ga je predpisal zdravnik (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, Ur.l. RS, št. 86/2008, 45/2010, 38/2012, 48. člen). Zato je vsaka lekarniška enota samostojna v procesu nabave zdravil in vodenja zalog. Ima pa javni zavod definirane procese, ki zagotavljajo kakovost zdravil in kakovost izvajanja storitev. Za potrebe celotnega zavoda so organizirane skupne službe, ki pokrivajo kadrovske, finančno-računovodske področje, področje informatike, vodenja in organizacije. V več javnih zavodih so določena področja (denimo informatika, kadrovska služba, računovodstvo) organizirana kot posebne enote, manjši zavodi imajo to organizirano v okviru uprave, nekateri javni zavodi pa si za določena področja pomagajo z zunanjimi izvajalci (angl. *outsourcing*). Storitve s področja informacijske tehnologije, finančno-računovodske storitve, pravno svetovanje, notranja revizija, čiščenje, vzdrževanje, varstvo pri delu, vzdrževanje zahtevne opreme ipd., so storitve, ki jih zavodi oddajajo zunanjim izvajalcem (Lekarne Ptuj, 2016). Prenos določenih funkcij na zunanje izvajalce ima svoje prednosti, kot je večja učinkovitost in manjši stroški. Ima pa tudi svoje pomanjkljivosti, kot je denimo izguba nadzora nad celotnim procesom.

Organizacijska struktura predstavlja sistem notranjih povezav in odnosov in je postavljena na podlagi poslanstva in ciljev organizacije. Ivanko (v Možina et al., 2002, str. 411) preferira izraz struktura organiziranosti, ki jo definira kot formalni sistem razčlenitve in razporeditve delnih nalog po izvajalcih in organizacijska ureditev njihovih medsebojnih odnosov v celotni organizaciji. Prikazujemo jo grafično v obliki organigrama. Shema prikazuje odnose nadrejenosti in podrejenosti v sistemu odločanja. S tem načinom prikaza ne pokažemo celotne vsebine odnosov, pomembnosti posameznih segmentov in funkcij. Na organizacijsko strukturo vplivajo zunanji in notranji dejavniki. Med zunanjimi so družbeno in kulturno okolje, politični in pravni dejavniki, institucionalne razmere delovanja, integracijski procesi, trgi, razvoj znanosti in tehnologije. Pomembni notranji dejavniki so cilji in strategija organizacije, naloge, tipi tehnologije podjetja, velikost organizacije, kadri, življenjski cikel podjetja, proizvodi ali storitve, lokacija (Potočan, 2008). Med dejavniki, ki vplivajo na organizacijsko strukturo, so še specializacija, formalizacija, hierarhija avtoritete, centralizacija, kompleksnost, kadrovska konfiguracija in profesionalizacija (Česen, 2003).

Organizacijska struktura javnih zavodov je v osnovi divizijska v kombinaciji s funkcijsko (Grm, 2012, str. 11). Za lekarniške javne zavode velja enako kot za ostale organizacije, namreč, da se prepleta več struktur. Zavod vodi direktor. Če ta ni magister farmacije, ima zavod še strokovnega direktorja. Direktorju so neposredno podrejeni vodje lekarniških

enot, vodja galenskega in kontrolno analiznega laboratorija ter vodje služb oziroma uprave. Vodje lekarn so relativno samostojni, zlasti na področju organizacije dela v enoti ter nabave in vodenja zalog. Za samo izvajanje dejavnosti izdajanja zdravil in svetovanja pa so neposredno osebno odgovorni magistri farmacije. V Sliki 1 prikazujemo organizacijsko strukturo zavoda, ki opravlja lekarniško dejavnost.

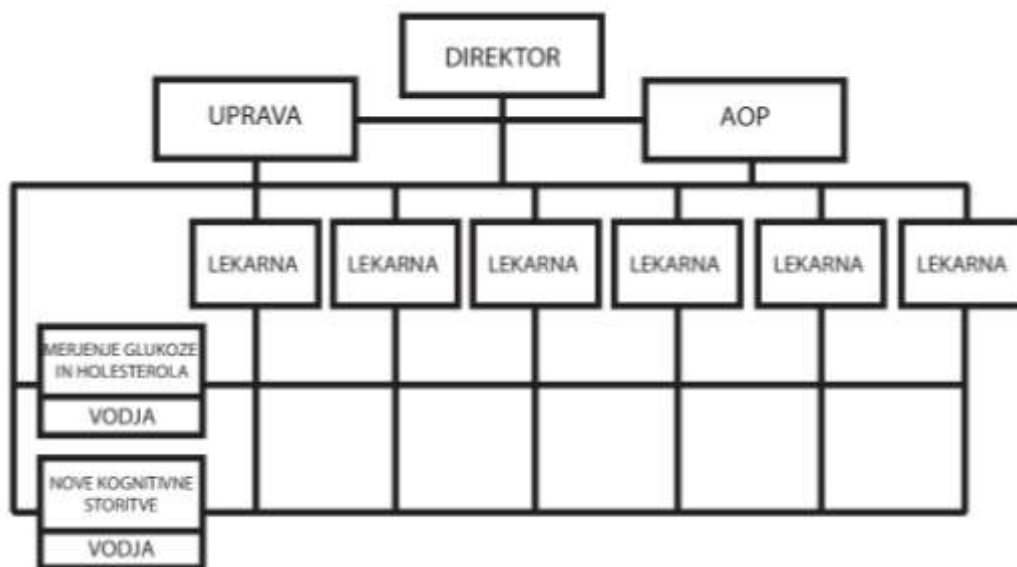
Slika 1: Organizacijska struktura javnega zavoda, ki opravlja lekarniško dejavnost



Vir: Povzeto in prirajeno po Lekarne Ptuj, Pravilniku o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest v javnem zavodu Lekarne Ptuj, Priloga 1: Seznam delovnih mest organizacijskih enot- organigram, 2012.

Z uvajanjem novih kognitivnih storitev, s povečevanjem zahtevnosti del pri izdajanju zdravil in pri magistralni izdelavi zdravil ter zaradi ponudbe dodatnih storitev lekarn se spreminja organizacijska struktura javnih lekarniških zavodov v smer projektne strukture organiziranosti. Z novimi storitvami se povečuje moč horizontalnih povezav. Vsaka organizacija ima svojo formalno in neformalno organizacijsko strukturo. Slednja nastaja spontano v procesu delovanja organizacije. Za stabilnost delovanja organizacije je pomembno, da je neformalna struktura skladna s cilji in strategijo organizacije, da jo odgovorni prepoznajo in reorganizacijo formalne strukture vključijo v sistem. Slika 2 prikazuje spremenjeno organizacijsko strukturo zaradi uvajanja novih storitev in posledično procesne organiziranosti.

Slika 2: Predlog nove organizacijske strukture zaradi vključevanja procesov oziroma novih storitev



1.1.4 Management javnih lekarniških zavodov

Naloga managementa v javni lekarniški službi je ob planiranju, organiziranju, vodenju in kontroliranju še strokovno vodenje. Izjema sta dva večja javna zavoda, kjer je funkcija poslovnega in strokovnega vodenja ločena. V javnem sektorju se zelo poudarja zakonitost poslovanja, zato sektor nadzira računsko sodišče, protikorupcijska komisija, predpisano je izvajanje notranje revizije.

Česen (2003, str. 10) ugotavlja, da je avtonomija managementa v javnih zavodih omejena. Ustanovitelj javnih zavodov na področju zdravstva je država ali lokalna skupnost in ustanovitelj vpliva tako na organizacijsko zgradbo kot tudi na načrtovanje in vodenje razvojnih aktivnosti ter investicij, celo na zaposlovanje in nagrajevanje zaposlenih. Management zavoda ni odgovoren samo ustanovitelju, ampak tudi uporabnikom storitev, dobaviteljem, plačnikom storitev ter širši javnosti. Ustanovitelji, plačniki in uporabniki sodelujejo v upravljanju zavoda preko sveta zavoda, kjer imajo ustanovitelji večino glasov. V skladu z Odlokom o ustanovitvi Lekarn Ptuj (Ur.l. RS, št. 72/2009, 19. člen) ima svet zavoda sedem članov, od tega imenujejo ustanovitelji štiri, predstavnika uporabnikov imenuje ZZZS, zaposleni pa imajo dva predstavnika.

Dimovski (v Možina et al., 2002, str. 706) govori o spremembi vloge managementa v neprofitnih organizacijah, in sicer iz tradicionalnega administrativnega vodenja v novi management, ki pa se sooča z dvema ovirama. Zaposleni v neprofitnih organizacijah so močno strokovno predani svojemu delu in zato velikokrat ne sprejemajo finančne kontrole. Neprofitne organizacije ne prejemajo signalov iz okolja o svoji uspešnosti. V primeru javnih lekarniških zavodov druga trditev ne drži popolnoma. V Odloku o ustanovitvi

Lekarn Ptuj je zapisano, da ustanovitelj ne prevzema odgovornosti za izgube zavoda. Zavod na mesečnem nivoju spremlja poslovne rezultate zavoda in vseh njegovih enot. Vsako odstopanje od planiranih rezultatov vodstvo analizira in takoj sprejema potrebne ukrepe.

Nepridobitne zdravstvene organizacije delujejo v okviru splošnega cilja, to je z uspešnim izvajanjem storitev prispevati k blaginji družbe (Česen, 2003, str. 26), saj zdravje predstavlja pomembno vrednoto in je hkrati pomemben element gospodarske uspešnosti. Vendar tudi v javnih zavodih govorimo o poslovni uspešnosti. Management zavoda si prizadeva maksimizirati prihodke, vendar ne na škodo kakovosti in količine opravljenih storitev. Možnost je iskanje novih virov prihodkov, npr. izvajanje samoplačniških storitev, prodaja blaga in storitev na trgu, optimiziranje stroškov ter povečevanje učinkovitosti izvajanja storitev z razpoložljivimi človeškimi in finančnimi viri.

Javni zavodi v lekarniški dejavnosti s t.i. tržnimi prihodki pokrivajo strošek dela za eno tretjino vseh zaposlenih, saj je v strukturi vrednosti lekarniške storitve, ki je izražena v vrednosti točke, priznanih toliko manj delavcev. Dejavnosti pa lekarne ne bi mogle izvajati s tako majhnim številom zaposlenih. Ko primerjamo število magistror farmacije z ostalimi državami EU, ne moramo upoštevati samo števila prebivalcev na magistra farmacije ali na lekarno, temveč je potrebno upoštevati tudi število receptov na magistra farmacije. Po podatkih, ki jih je zbrala Lekarniška zbornica Slovenije (LZS, 2016b), smo v letu 2015 izdali zdravila na 17.053.909 receptov, kar je 2,35 odstotka več kot leta 2014. V letu 2015 je magister farmacije v povprečju oskrboval 1.821 prebivalcev, medtem ko je posamezna lekarniška enota v povprečju oskrbovala 6.333 prebivalcev (LZS, 2016a). V Splošnem dogovoru 2015 je v lekarniški dejavnosti priznanih 627,5 magistror farmacije, kar predstavlja 55,53 % vseh zaposlenih magistror farmacije v dejavnosti (LZS, 2016a).

Povzeto iz poročila o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v lekarniški dejavnosti predstavlja nabavna vrednost zdravil 87,82 % vseh stroškov, stroški dela pa 11,19 % vseh stroškov (MZ, 2016a). Cene zdravil se oblikujejo v skladu s Pravilnikom o oblikovanju cen zdravil na debelo (Ur.l. RS, št. 102/2010) in lekarne ne morejo vplivati na ta strošek. Plače zaposlenih določa zakonodaja, zato management tudi na ta del stroškov ne more vplivati. Zmanjševanje števila zaposlenih ne pride v poštev, saj uporabniki potrebujejo nove lekarniške storitve in celostno obravnavo na področju zdravljenja z zdravili in bi se število zaposlenih strokovnih in ostalih delavcev za bolj kakovostno izvajanje lekarniške dejavnosti dejansko moralo povečati. Slovenski lekarniški sistem deluje z veliko manjšim številom magistror farmacije kot je povprečje v EU in bi dejansko potreboval večje število strokovnih delavcev. Slovenija ima 0,56 magistror farmacije na 1000 prebivalcev, v Evropski uniji je v povprečju 0,76 magistror farmacije na 1000 prebivalcev (ReNPZV16–25).

Lekarniška dejavnost je financirana po storitvenem sistemu. Vsaka aktivnost, denimo vročitev zdravila, izdelava mazila, obdelava recepta, je ovrednotena z določenim številom točk. Osnova za določitev števila točk je porabljen čas za posamezno opravilo. Ta osnova se ni spremenila vse od leta 1982. Vrednost točke pa je vsako leto določena v okviru Splošnega dogovora, ki ga sprejmejo vsi partnerji v zdravstvu. Ti partnerji so pogajalski predstavniki izvajalcev, plačnika in odločevalca, in sicer: Ministrstvo za zdravje RS, ZZZS, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, LZS, Zdravniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje. V realnosti je tako, da vsi partnerji predlagajo nove storitve, povečanje števila zaposlenih, realno ovrednotenje materialnih stroškov in amortizacije. Ker dogovor praviloma ni sklenjen med partnerji v procesu pogajanj, končne odločitve sprejme vlada. Zaradi presežkov, ki jih javni lekarniški zavodi ustvarijo z opravljanjem prodaje blaga in storitev na trgu in z njimi pokrivajo stroške izvajanja javne službe, predvsem stroške dela ene tretjine zaposlenih, vse investicije ter stroške izobraževanja (Lekarne Ptuj, 2016, str. 15), vlada ne odobri lekarniški dejavnosti dodatnih sredstev oziroma večjega števila delavcev. Vlada in MZ tudi še ne prepoznata pomena in vloge lekarniške dejavnosti in storitev optimizacije zdravljenja z zdravili v zdravstvenem sistemu, za kar bi dejavnost potrebovala ne samo večje število kadra, ampak tudi drugačno strukturo kadra, zlasti večje število specialistov klinične in lekarniške farmacije.

1.1.4.1 Planiranje v javnih lekarniških zavodih

Pomembna naloga zdravstvenega managementa je tudi planiranje. Hitre spremembe v zunanem in notranjem okolju, razvoj medicine in farmacije, vedno večja pričakovanja uporabnikov in omejeni viri financiranja zahtevajo tudi na področju zdravstvenih storitev dobro planiranje. Management se vedno bolj zaveda pomena dolgoročnega planiranja, zlasti na področju investicij in na področju uvajanja novih storitev. Na področju uvajanja novih storitev zato, ker je to povezano z dodatnim usposabljanjem in izobraževanjem zaposlenih, ob dejstvu, da se lekarne soočajo s pomanjkanjem magistrov farmacije, na področju investicij pa zato, ker vsako vlaganje v posodobitev prostorov in opreme, zlasti pa v primeru odpiranja novih lekarniških enot, zahteva visoka finančna sredstva in soglasje ustanoviteljev. Ustanovitelji si zadnja leta s prevladujočim vplivom v organu upravljanja zavodov in preko sprememb odlokov o ustanovitvi prilaščajo presežek prihodkov nad odhodki in s sredstvi, ki so jih ustvarili zaposleni v lekarniški dejavnosti, krpajo občinske proračune. Naloga managementa je, da z ustreznim planiranjem investicij in uvajanjem novih storitev ustanovitelje prepriča o dodani vrednoti, ki jo ima opravljanje lekarniške dejavnosti za prebivalce.

V javnosti in med zaposlenimi je še zmeraj precej prisotno prepričanje, da v javnih zdravstvenih zavodih ni potrebe po strateškem načrtovanju (Česen, 2003, str. 55). Vsebina dela je določena in financiranje naj bi bilo zagotovljeno. Za zavod je dovolj, da se prilagaja naključnim situacijam. V primeru lekarn, da pravočasno zagotovi zdravila za paciente.

Vendar takšna politika ne-planiranja že dolgo ni več ustrezna in predstavlja tveganje za organizacijo in tveganje za uporabnike. Smo v času hitrih sprememb, ki od managementa in vseh zaposlenih zahtevajo stalno spremljanje okoliščin in pravočasno predvidevanje možnih neugodnih okoliščin. Kot navaja Česen (2003, str. 57), tudi javni zavodi potrebujejo strateški management, zlasti na naslednjih področjih:

- dokazovanje smiselnosti in potrebnosti dolgoročnih razvojnih odločitev,
- pravočasna podpora vplivnih udeležencev v upravljanju za razvojne odločitve in potrebna sredstva za naložbe,
- obvladovanje tehnološkega razvoja in dokazovanje smotrnosti porabe javnih sredstev,
- naklonjenost demokratične javnosti, ki bo podprla razvojne usmeritve,
- skrb za neprekinjen napredek celovite kakovosti strokovnih in poslovnih procesov.

V proces strateškega planiranja je potrebno vključiti večje število udeležencev, zlasti strokovnjake, zaposlene v organizaciji, pa tudi druge deležnike (angl. *stakeholders*). Razvitih je več modelov strateškega planiranja, Pučko, Čater in Rejc Buhovac povzemajo model po Brysonu (2009, str. 140), ki ga je avtor razvil za javne in neprofitne organizacije. Model je razdeljen v osem korakov:

1. organiziranje procesa strateškega managementa – začetni dogovor,
2. opredelitev pooblastil javnega zavoda,
3. identifikacija poslanstva zavoda,
4. ocenjevanje zunanjega okolja zavoda,
5. ocenjevanje notranjega okolja zavoda,
6. identifikacija strateških vprašanj,
7. razvijanje strategij,
8. opis organizacije v prihodnosti.

Izbrani model, namen procesa, faze in koraki pri planiranju, oblika in roki za izvedbo, poročila o uresničevanju, vse to mora biti prilagojeno organizaciji. Poslanstvo zavoda v povezavi s pooblastili je smisel obstoja zavoda (Pučko et al., 2009, str. 142). Definiranje poslanstva, vizije in ciljev je pomembno z vidika pozicioniranja organizacije v okolju in z vidika zaposlenih. Če organizacija oblikuje cilje skupaj z zaposlenimi, jih ti vzamejo za svoje in so motivirani, da jih dosegaajo. Ocenjevanje zunanjega okolja pomeni pregled priložnosti, ki jih okolje ponuja, in oceno nevarnosti in tveganj, ki jih lahko prinaša. Pri tem pogledamo politične, gospodarske, kulturne in tehnološke trende, demografske in zdravstvene značilnosti prebivalcev, migracijske tokove, socialno-ekonomske okoliščine, konkurenco in partnerske organizacije. Ocenjevanje notranjega okolja je usmerjeno na pregled uspešnosti poslovanja in tendence, na ocenjevanje resursov, program storitev, tehnologijo, kadre, financiranje ter organizacijsko strukturo.

Za veliko javnih zavodov velja, da nimajo definirane strategije. Poznavanje prednosti in slabosti ter možnosti in nevarnosti, ocena zunanjega okolja in notranjega okolja ter poznavanje zakonodajnih okvirjev so dobra podlaga za določitev strateških ciljev organizacije. Mnogi zaposleni smatrajo to za nepotrebno, saj bi naj odlok o ustanovitvi ter zakonodaja opredelili vse potrebno za obstoj in delovanje organizacije v neprofitnem sektorju. Če želimo napredek in ne zgolj preživetje, moramo v vsaki organizaciji jasno opredeliti poslanstvo in vrednote, program in obseg storitev, stroške, kupce oz. uporabnike, plačnike, standarde kakovosti, organizacijske rešitve, tehnološko strukturo ipd. (Pučko et al., 2009, str. 146).

Z oblikovanjem strategij dosegamo prej definirane strateške cilje. Pri postavljanju strategij mora biti jasno, kdo so ključni nosilci njihovega uresničevanja. Prvi strateški planer in prvi nosilec strateškega plana je direktor. Takoj nato so pomembni vodje organizacijskih enot ali vodje funkcijskih področij. Ob postavljanju strateških ciljev in strategij za njihovo uresničevanje je potrebno prilagoditi tudi organizacijsko strukturo in kadre. Strateške cilje je za lažje uresničevanje potrebno razdeliti v operativne cilje, npr. z izdelavo razvojnih programov, predračunov, projektov ali akcijskih načrtov (Pučko et al., 2009, str. 148). Za uresničevanje zastavljenih ciljev je potrebno vsakodnevno spremljanje, motiviranje, komuniciranje, postavljanje ciljev skupaj z zaposlenimi.

1.1.4.2 Vodenje v javnem zavodu

Vodenje se razlikuje od managementa. Slednji vključuje planiranje, organiziranje, kadrovanje, kontroliranje v skladu s cilji organizacije. Vodenje pa je sposobnost vplivati na sodelavce in jih usmerjati k želenim ciljem (Možina et al., 2002, str. 499).

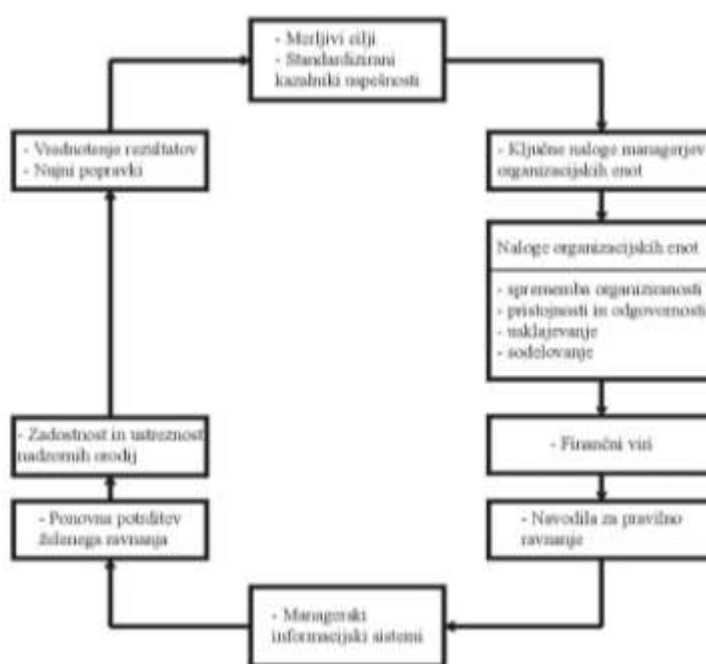
Česen (2003, str. 133) je mnenja, da vodenje v javnih zdravstvenih zavodih ni tako usodno, kot je to v profitnih organizacijah, saj javni zavod ne more iti v stečaj. Ustanovila ga je država ali lokalna skupnost in zavod je pod nadzorom zunanjih dejavnikov, ki usmerjajo odločitve vodilnih delavcev. Vodenje v javnem sektorju se res nekoliko razlikuje od vodenja v profitnih organizacijah, zlasti na področju zaposlovanja in odpuščanja ter nagrajevanja zaposlenih. Spremembe notranjega in zunanjega okolja zahtevajo tudi spremembe v načinu vodenja, vlogi vodje, managerja in managementa. Pri vodenju bi se moral javni sektor približati sistemom sodobnega managementa, ki se uveljavlja v zasebnem sektorju. Vodja se je iz kontrolorja in nadzornika spremenil v trenerja, pospeševalca in podpornika učenja (Dimovski, Penger, Škerlavaj, & Žnidaršič, 2005, str. 49). Vodja bo uspešen, če ne bo sodelavcev le usposobil za doseganje ciljev in zadanih nalog, ampak jih bo motiviral tako, da si bodo to tudi želeli. Za vodenje potrebuje sposobnost delitve moči, usklajevanja vrednot, poznavanja samega sebe, pozna vizijo in ima intuicijo (Možina et al., 2002, str. 502). Vodenje sodelavcev v lekarniški dejavnosti je zahtevno, saj narava dela ne spodbuja timskega sodelovanja.

1.1.4.3 Spremljanje uresničevanja ciljev in kontroliranje

V skladu s svojim poslanstvom in namenom ustanovitve javni zavod načrtuje cilje in strategijo za njihovo doseganje. Implementiranje strategije zahteva več povezanih aktivnosti in naloga managementa je, da na ustrezen način spremlja uresničevanje ciljev (Česen, 2003, str. 85). Za ta namen si mora postaviti merljive kazalnike in določiti dinamiko njihovega merjenja, spremljanja in analiziranja. V kolikor organizacija ne sledi zastavljenim ciljem, je potrebno presoditi dvoje: ustreznost zastavljenih ciljev ali uvedba ukrepov, ki bodo organizacijo pripeljali do zastavljenih ciljev.

Proces uvajanja in udejanjanja strategije z letnim načrtom prikazuje Slika 3. V udejanjanju strategije so javni zavodi podobni organizacijam v gospodarstvu. Za doseganje zastavljenih ciljev je potrebno trdno partnerstvo vseh udeležencev v upravljanju, notranjih in zunanjih, ter zavzetost vseh zaposlenih.

Slika 3: Letni načrt udejanjanja strategije



Vir: M. Česen, *Management javne zdravstvene službe*, 2003, str. 84, slika 17.

1.1.4.4 Management kakovosti

Zagotavljanje kakovosti na področju proizvodnje je splošno sprejeto dejstvo. Vse pomembnejša postaja tudi na področju storitev. Osveščenost in informiranost uporabnikov storitev ter možnosti in priložnosti, da dobijo želene storitve pri različnih ponudnikih, silijo tudi ponudnike storitev, da zagotavljajo konkurenčno kakovost storitev, ki jih ponujajo (Tomšič B., Tomšič J., & Tomšič J., 2015, str. A31).

Javni zavodi, ki zagotavljajo lekarniške storitve, so zaznali to potrebo in se zahtevam uporabnikov, plačnikov in širše družbe prilagajajo s pomočjo različnih pristopov. Med drugim tudi z uvajanjem standardov iz družine ISO in s konceptom poslovne odličnosti.

V Lekarnah Ptuj smo pričeli z uvajanjem standarda ISO 9001:2008 v letu 2009. Danes vemo, da smo standard uvajali kot ločen sistem in pričakovali, da bomo s pridobitvijo standarda odpravili vse zaznane pomanjkljivosti v delovanju javnega zavoda in izboljšali kakovost dela na vseh področjih. Zavedamo se, da je potrebno zahteve standarda povezati z zakonodajnimi zahtevami in strokovnimi standardi za delovanje javnega zavoda na področju lekarniške dejavnosti in pri tem vključiti celotno vodstvo in ključne sodelavce.

Izgradnja in vzdrževanje sistema vodenja kakovosti mora biti dobro načrtovana. Organizacija mora pred uvedbo poznati in definirati svoje poslanstvo, cilje in strategijo za njihovo doseganje. Opredeljeni morajo biti procesi, njihova povezanost, ključni nosilci in skrbniki procesov. Slediti načelom standardom družine ISO 9000 pomeni procese načrtovati, izvajati, jih nadzirati, ukrepati v primeru zaznanih napak in s preventivnim ukrepanjem napake preprečevati. Sistem je v svojem bistvu sredstvo za izvajanje poslovne politike in sistem, ki zajema odgovornosti in pooblastila, kompetence zaposlenih, vodenje virov in vse ostalo, kar je potrebno za učinkovito poslovanje ter večanje zadovoljstva uporabnikov (odjemalcev), zaposlenih, lastnikov in okolja, v katerem organizacija deluje (Tomšič et al., 2015, str. A33).

Organizacija mora skrbno načrtovati pot uvajanja sistema vodenja kakovosti, prav tako pa vzdrževanje tega sistema. Mnoge organizacije, zlasti v javnem sektorju, ne prepoznajo potrebe po certificiranju na področju sistema vodenja kakovosti, spremljajo pa kakovost svojega dela in poslovanja preko lastnega sistema kazalnikov.

1.2 Novosti v slovenski zakonodaji na področju lekarniške dejavnosti

Zakonska ureditev lekarniške dejavnosti ohranja temeljno vsebino Zakona o lekarniški dejavnosti, sprejetega leta 1992. V tem času je razvoj farmacije, lekarniške stroke in medicine prinesel številne spremembe. Veljavna zakonodaja je ovira na poti implementacije mnogih novih storitev in novih pristopov pri obravnavi pacientov.

V zgodovini, ko je leta 1240 cesar Friderik II z odločbo ločil medicino od farmacije (Zgodovina farmacije, b.l.), je lekarnar zdravila izdeloval in jih izdajal pacientom. Z razvojem je proizvodnja zdravil prešla v roke farmacevtske industrije, lekarnar pa je poskrbel, da je pacient dobil pravo zdravilo pravočasno. Lekarniška dejavnost naprej sledi potrebam pacientov in svojo pozornost preusmerja od zdravila k pacientu. Demografske spremembe so povezane s polimorbidnostjo in polifarmakoterapijo, na trgu je vedno več zdravil z zahtevnim načinom in režimom uporabe, s polifarmakoterapijo so povezane težave z zdravili (angl. *drug related problems – DRP*), pacienti, ki so se nekoč zdravili v

bolnišnicah, se zdaj zdravijo v domačem okolju. Vse naštetu so razlogi, ki zahtevajo drugačen pristop in način dela v javnih lekarnah, in sprememba zakonodaje bi morala to omogočiti.

Ureditev zdravstvene dejavnosti je v pristojnosti posamezne članice EU. Država torej lahko regulira mrežo javne lekarniške službe in monopol za izdajanje zdravil (Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES, Ur.l. EU, št. L 266/22, in sodba sodišča EU, Ur.l. EU, C 209/03). V večini evropskih držav, zlasti držav vzhodne in srednje Evrope, prihaja do pobud o liberalizaciji trga zdravil (PGEU, b.l.) in lekarniške dejavnosti oziroma so lekarniško dejavnost že liberalizirali in deregulirali. Liberalizacija lekarniške dejavnosti lahko pomeni:

- opustitev pravila, da je lastnik lekarnice farmacevt in da ima v lasti eno lekarno ali omejeno število lekarn,
- opustitev geografskih kriterijev (razdalja med lekarnami) in demografskih kriterijev (lekarna se lahko ustanovi na območju določenega števila prebivalcev),
- opustitev pravila, da so zdravila brez recepta dostopna samo v lekarnah.

Po podatkih PGEU je stopnja liberalizacije in področje liberalizacije v državah EU različno. Lekarna je v lasti farmacevta ali v večinski lasti farmacevtov v 15 državah članicah PGEU. V Madžarski se je zakonodaja spremenila in od leta 2011 je ponovno vzpostavljena zakonska zahteva, da je lastnik lekarnice farmacevt. Enako v Latviji od leta 2012 dalje. Prodaja zdravil brez recepta izven lekarn je dovoljena v 14 državah članicah PGEU. Izven lekarn se smejo prodajati zdravila z majhnim tveganjem za zdravje, razvrščena na posebne liste zdravil (PGEU, 2015).

V Sloveniji so lastniki lekarn lokalna skupnost ali pa magistri farmacije. En farmacevt ima lahko eno lekarno in več podružnic, javni zavod ima lahko več lekarn in podružnic. Zdravila, za katera zdravniški recept ni potreben, se po 5. členu Pravilnika o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Ur.l. RS, št. 86/2008, 45/2010) glede na mesto izdaje delijo na zdravila brez recepta, ki se izdajajo samo v lekarnah, in zdravila brez recepta, ki se izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

V državah, ki so ukinile geografske in demografske kriterije za odpiranje lekarn, imajo goste mreže lekarn v urbanih središčih, v manjših krajih in demografsko ogroženih območjih so se lekarnice zaprle. V skladu z načeli EU je dostopnost do zdravstvenih storitev ena od pomembnih determinant (ne)enakosti v zdravju (Kramar Zupan, 2015, str. 10) in je zapisana tudi v dokumentu Zdravje 2020, ki ga je podpisalo 53 držav Evrope (NIJZ, 2012). Drugi dve determinanti sta še zagotavljanje finančne dostopnosti in zagotavljanje dostopnosti do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev. S koncentracijo lekarn v urbanih središčih in z zapiranjem lekarn v manjših krajih se povečuje neenakost v dostopnosti.

Vertikalno povezovanje, ki se vzpostavi s tem, ko so lahko lastniki lekarn tudi veletrgovci z zdravili, ima prav tako negativne posledice za zdravstveni sistem, za lekarniško dejavnost in predvsem za uporabnike lekarniških storitev. Verige lekarn, ki so v lasti veletrgovcev, onemogočijo odpiranje majhnih, neodvisnih lekarn. Gospodarske družbe so ustanovljene s ciljem pridobivanja dobička za svoje lastnike. Zato pritiskajo na lekarniške strokovne delavce, da dajejo prednost točno določenim zdravilom in določenim izdelkom. S tem vplivajo na strokovne delavce v lekarni, da dajejo prednost zaslužku pred pacientom. Na kakovost oskrbe ima negativen vpliv tudi lastništvo lekarn v rokah zdravnikov, saj v tem primeru zdravnik predpisuje in farmacevt izdaja zdravila, ki prinašajo večji zaslužek lekarnam. Raziskave so pokazale, da se morajo v državah, kjer so izpeljali deregulacijo, lekarne predvsem boriti za svoj obstoj. Zaradi pomanjkanja finančnih in kadrovskih virov se ne morejo posvečati novim potrebam pacientov in razvijati novih storitev. V državah, kjer so dovolili izdajanje zdravil brez recepta tudi izven lekarn, pa se je povečalo število neželenih dogodkov zaradi nenadzorovane in prekomerne uporabe zdravil. Tudi zdravila brez recepta so zdravila. Ta zdravila so sorazmerno varna, še vedno pa obstaja tveganje za pojav neželenih učinkov, vstopajo v interakcije z drugimi zdravili, hrano in boleznimi.

Tudi v Sloveniji so prisotne težnje po deregulaciji lekarniške dejavnosti, tako v smislu lekarniške mreže kot na področju dovoljenja za izdajanje zdravil brez recepta izven lekarniške mreže in tudi na področju lastništva lekarn. S predlogom novega zakona o lekarniški dejavnosti zakonodajalec vztraja pri zaščiti uporabnikov in izvajalcev, saj vzpostavlja lekarniško mrežo, prepoveduje vertikalno povezovanje in ohranja zaščito pacientov in izvajalcev (MZ, 2016b). Ne moremo pa vedeti, kakšna bo končna vsebina tega predloga zakona.

1.2.1 Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«

S sprejetjem Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, ki jo je državni zbor sprejel 29. marca 2016, so postavljeni vsebinski temelji za spremembe zdravstvenega sistema. ReNPZV16–25 podaja usmeritve oziroma temelje za razvoj zdravstvenega varstva v naslednjih desetih letih in podlago za sprejem ustreznih zakonov s tega področja. Ta dokument, za razliko od predhodne resolucije (ReNPZV), več ne definira konkretnih kriterijev za lekarniško mrežo. Opredeli zgolj splošne kriterije za mrežo javne zdravstvene službe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, in sicer:

- število prebivalcev, njihova starostna in spolna struktura in projekcije gibanja prebivalstva posameznega območja,
- zdravstveno stanje in potrebe prebivalstva,
- geografska in prometna dostopnost,

- posebne potrebe ranljivih skupin in demografsko ogroženih območij.

Resolucija daje izjemno velik poudarek promociji zdravja in preventivnim ukrepom. Farmacevti v javnih lekarnah se lahko vključijo v ta prizadevanja, saj so zdravstveni strokovnjaki, ki so prebivalcem neposredno dostopni. Ministrstvo pri oblikovanju politike razvoja javnega zdravja premalo vključi strokovni potencial magistrov farmacije in možnost hitrega in neposrednega dostopa uporabnikov do njih.

Lekarniška dejavnost je posredno vključena v številne aktivnosti, ki jih Ministrstvo za zdravje načrtuje v okviru Resolucije na področju zagotavljanja celovite oskrbe bolnikov, kroničnih bolnikov, starostnikov, paliativne oskrbe, dolgotrajne oskrbe, brezšivne skrbi. Najpomembnejša vsebina ReNPZV16-25, ki se neposredno nanaša na izvajanje lekarniške dejavnosti in oskrbe z zdravili, je v poglavju »Preskrba z zdravili in medicinskimi pripomočki ter lekarniška dejavnost«. V tem poglavju so zapisane težave: majhnost trga, neurejen sistem preskrbe z redkimi zdravili, ne-delovanje brezšivne skrbi, obvladovanje stroškov, nevarnost vdora ponarejenih zdravil, polifarmakoterapija in z njo povezani stroški v zdravstvu ter odliv sredstev iz dejavnosti. Za lekarniško dejavnost je načrtovana aktivnost: »zagotovitev pravilne in varne uporabe zdravil ter boljša dostopnost ob hkratni stroškovni učinkovitosti na področju porabe zdravil«. Za doseganje teh ciljev je potrebno okrepiti profesionalno odgovornost magistrov farmacije, nadgraditi dejavnost klinične farmacije in vključiti klinične farmacevte v procese uporabe zdravil na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter zagotoviti optimizacijo predpisovanja in izdajanja zdravil.

1.2.2 Zakon o lekarniški dejavnosti

Nov predlog Zakona o lekarniški dejavnosti (v nadaljevanju predlog ZLD) v 9. členu vnaša kriterije za mrežo javne lekarniške dejavnosti na primarnem nivoju zdravstvenega varstva (MZ, 2016b). Dejavnost se izvaja v organizacijskih oblikah: lekarna, lekarniška podružnica in priročna zaloga zdravil. Predlog ZLD v 10. členu opredeli tudi spletno lekarno, in sicer zapiše, da lahko lekarna, ki je ustanovljena v skladu s tem zakonom, opravlja dejavnost tudi preko medmrežja kot spletna lekarna. Podrobno ureja pravila spletne prodaje zdravil Pravilnik o prodaji zdravil preko medmrežja (Ur.l. RS, št. 87/2015) in v 126. členu Zakon o zdravilih (Ur.l. RS, št. 17/2014-ZZdr-2). Mreža izvajalcev lekarniške dejavnosti na primarni ravni je v predlogu ZLD določena na podlagi naslednjih meril:

- potreb prebivalstva po dostopu do zdravil in drugih izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja,
- števila prebivalcev na gravitacijsko območje lekarne – lekarna se ustanovi, če število prebivalcev na gravitacijskem območju lekarne presega 6.000,
- cestne razdalje med lekarnami – najmanjša razdalja med obstoječo in novo lekarno ali podružnico lekarne, merjena po javni cesti, znaša v urbanih območjih najmanj 400 metrov, na ostalih območjih najmanj 5 kilometrov,

- prisotnosti zdravstvene dejavnosti na primarni ravni,

V uvodu predloga ZLD predlagatelj poudarja, da je potrebno z ustreznimi spodbudami in zakonskimi rešitvami zagotoviti olajšave oziroma spodbude za odpiranje lekarn v oddaljenih in demografsko ogroženih krajih. Nadalje ugotavlja, da je v Sloveniji število lekarn sorazmerno manjše kot v državah EU, znatno manjše pa je število magistrov farmacije.

Predlog ZLD predvideva, da se bo v vsaki od zdravstvenih regij organizirala vsaj ena lekarna, ki zagotavlja 24-urno preskrbo prebivalstva z zdravili. Področje neprekinjenega zdravstvenega varstva urejajo posebni predpisi. Do sprejetja novega zakona o lekarniški dejavnosti LZS za podajanje mnenja o uvrstitvi lekarne v mrežo in mnenja za organiziranje lekarniške podružnice uporablja kriterije iz ReNPZV, ki je veljala v obdobju 2008–2015 (LZS, 2016c).

Predlog ZLD uvaja nove pristope v opravljanju dejavnosti, saj so se v času od sprejetja sedaj veljavnega zakona v letu 1992 številne okoliščine spremenile, spremenil se je tudi način dela v lekarnah, predvsem v smislu celostne obravnave pacienta.

2 SISTEM OBVLADOVANJA KAKOVOSTI

2.1 Sistem obvladovanja kakovosti v zdravstvu

Z vstopom Slovenije v EU se je tudi naša država zavezala k izboljševanju kakovosti in varnosti na področju zdravstvenega varstva. Čeprav področja posebnega družbenega pomena vsaka država članica EU regulira samostojno in so ta področja izvzeta iz načel prostega pretoka blaga in storitev, pa obstaja skupna zaveza članic k nenehnemu izboljševanju kakovosti. Žal Slovenija na tem področju precej zaostaja. Razlogov je več, med njimi nerazvita kultura učenja iz napak, nekoordiniranost med nivoji in izvajalci v zdravstvenem varstvu, nimamo krovne državne institucije za kakovost v zdravstvu, kakovost ni vključena v izobraževalne procese ipd.

Kakovost je vpeta v vse novejšje dokumente, tako na nivoju Svetovne zdravstvene organizacije (angl. *World Health Organisation*, v nadaljevanju WHO), kot na nivoju Sveta Evrope, Evropske komisije in Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, v nadaljevanju OECD). Zadnja leta Slovenija vključuje kakovost in varnost v nove dokumente na področju zdravstvenega varstva, kot sta ReNPZV in predlog novega ZLD.

WHO in OECD zanima zdravstveno varstvo in druge determinante zdravja. Pod »zdravstveno varstvo« OECD in WHO smatrata kombinacijo aktivnosti na področju javnega zdravstva in storitve za zdravje posameznika, pod termin »zdravstveni sistem« pa

vse aktivnosti, katerih namen je promocija, izboljšanje ali ohranjanje zdravja (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006, str. 6). Projektna skupina pri OECD je cilje razdelila na ekonomske in socialne, in sicer (Arah et al., 2006, str. 7):

- makroekonomska učinkovitost ali finančna vzdržnost,
- mikroekonomska učinkovitost ali »vrednost denarja«,
- sistem financiranja ali do kakšne mere je plačilo usklajeno z možnostjo plačevanja,
- dostopnost ali do kakšne mere je dostopnost usklajena s potrebami.

Pri tem je sledila povezanosti oziroma soodvisnosti med zdravstvenim varstvom in zdravstvenim sistemom ter zdravstvenim varstvom kot eni od determinant zdravja (Arah et al., 2006, str. 12). Projektna skupina pri OECD, ki je pripravila ogrodje za kazalnike kakovosti zdravstvenega varstva (angl. *health care quality indicators* – HCQI) je izpostavila dve pomembni dejstvi, zaradi katerih bi si koncept kazalnikov, osredotočen samo na klinične izide, postavil preozke okvire:

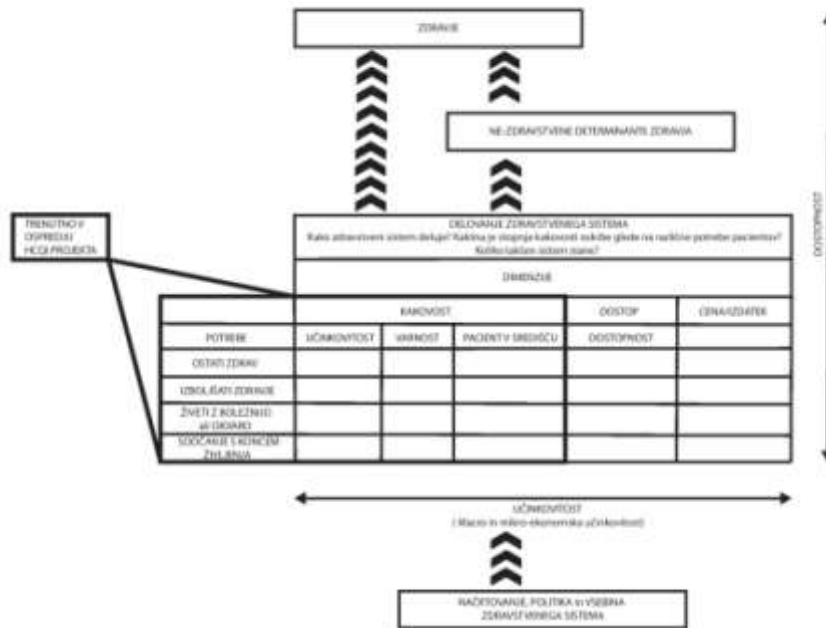
1. visoko kakovosten sistem zdravstvenega varstva lahko zagotavlja najboljše možne izide, vendar bodo kljub temu obstajale razlike med posamezniki, skupnostmi in zdravstvenimi sistemi, saj bodo vedno obstajale razlike v zdravstvenih politikah, odgovornostih, strukturah in ne-zdravstvenih determinantah zdravja;
2. obstajajo dejavniki izven sistema zdravstvenega varstva, ki vplivajo na zdravje.

Pregled stanja v več državah pokaže na najbolj pogosto spremljane dimenzije kakovosti zdravstvenih sistemov. To so (Kelley & Hurst, 2006, str. 13):

- uspešnost (angl. *effectiveness*), ki pomeni, kako dobri izidi so doseženi za primerno plačilo na podlagi z dokazi podprte zdravstvene oskrbe, in to vsem, ki imajo od tega korist, in ne vsem, ki bi lahko imeli od tega korist,
- varnost (angl. *safety*), ki pomeni, koliko se procesi v zdravstvu napakam izognejo, jih preprečijo ali obvladujejo posledice teh napak,
- odzivnost (angl. *responsiveness*), ki pomeni, kako sistem obravnava ljudi v smislu njihovih pričakovanj. Odzivnost je sinonim za oskrbo, pri kateri je pacient v središču pozornosti,
- dostopnost (angl. *accessibility*), ki pomeni, kako dobro je zdravstveni sistem uporabnikom/pacientom dostopen. Dostopnost je lahko fizična, finančna ali psihološka,
- pravičnost (angl. *equity, equitability*), ki pomeni distribucijo zdravstvenega varstva in koristi za ljudi,
- učinkovitost (angl. *efficiency*), ki pomeni, kako optimalno so uporabljeni viri. Predhodni dokumenti OECD navajajo makroekonomsko in mikroekonomsko učinkovitost.

Na osnovi tega okvira (glej Sliko 4) države članice OECD spremljajo različne kazalnike zdravja.

Slika 4: Konceptualni okvir kazalnikov kakovosti zdravstvenega varstva – projekt pri OECD



Vir: Povzeto in prirejeno po E. Kelley & J. Hurst, *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*, 2006, str. 15.

Kazalniki nam omogočajo primerjavo med državami in primerjavo v časovni vrsti. Leta 2010 je OECD objavil dokument *Improving Value in Health Care: Measuring Quality*, ki je vsebinsko nadaljevanje projekta Kazalniki kakovosti zdravstvenega varstva (Kelley & Hurst, 2006) in kazalnike konkretizira. V zadnjem desetletju je izrazito narasla kompleksnost zdravstvene obravnave in sistema, zato je tudi merjenje kakovosti vedno bolj kompleksno, a tudi vedno bolj pomembno. Z merjenjem, spremljanjem in primerjanjem kakovosti obravnave lahko države zagotovijo, da bo zdravstveni sistem učinkovit, varen in da se bo odzival na potrebe pacientov (OECD, 2010). Pomembno pri oblikovanju kazalnikov je, da so podatki lahko dostopni, zanesljivi in vsebinsko pomembni. Za potrebe merjenja kakovosti države črpajo podatke iz registrov umrljivosti, registrov bolezni, elektronskih kartotek in administrativnih podatkov. Za benchmarking med državami je potrebno kazalnike postaviti pragmatično, jih standardizirati in opredeliti strateški fokus. Podatki niso namenjeni raziskovalcem, ampak bolj oblikovalcem zdravstvene politike. V dokumentu *Improving Value in Health Care: Measuring Quality* (OECD, 2010) je posebej izpostavljen pomen primarnega nivoja zdravstvenega varstva, njegova učinkovitost na področju preventive, njegova pravilna dostopnost za vse prebivalce regije oziroma države.

Tudi lekarniška dejavnost je pomemben segment primarnega nivoja zdravstvenega varstva in s strokovnim potencialom ter enostavno dostopnostjo lahko pomembno prispeva k boljšemu javnemu zdravju (SFD, 2012). Kazalniki kakovosti primarnega nivoja zdravstvenega varstva, oblikovani s pomočjo validacijskih študij, so močno osredotočeni na kakovost oskrbe kroničnih bolnikov in merijo preprečene sprejeme v bolnišnice, npr. zaradi poslabšanja astme ali kronične obstruktivne pljučne bolezni, zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni, zaradi amputacije uda pri sladkornem bolniku, zaradi srčnega popuščanja ali hipertenzije. Prioritetna področja, ki kažejo kakovost primarnega nivoja so (OECD, 2010, str. 40):

- družinska medicina,
- porodništvo in babištvo,
- skrb za ženske, otroke in mladostnike,
- domovi in družbena skrb za starostnike,
- specialna ambulantna obravnava kroničnih bolezni,
- lekarne.

Za vodenje zdravstvene politike so kazalniki zdravja, zdravstvenega varstva in kakovosti zdravstvene oskrbe, ki jih spremlja OECD, pomembni. Kažejo prednosti in slabosti sistema v državi članici in pomagajo pri postavljanju prioritet in sprejemanju odločitev. Zadnji objavljeni rezultati so dostopni na OECD pod naslovom Health at a Glance 2015. V dokumentu so primerjave med 34 državami članicami. Ugotovitev OECD je, da se zdravstveni sistemi ne prilagajajo dovolj hitro starajočemu prebivalstvu in povečevanju števila kroničnih bolnikov. Vključitev lekarniške stroke v sistem oskrbe kroničnih bolnikov, zlasti z uvajanjem novih storitev, bi to oskrbo izboljšala, saj je zdravljenje z zdravili najpomembnejši element v zdravljenju kroničnih bolnikov. OECD (2015, str. 19) spremlja kazalnike na 5 področjih:

- zdravstveno stanje, in sicer pričakovana življenjska doba moških in žensk ter umrljivost dojenčkov,
- rizični dejavniki, in sicer kajenje pri odraslih, uživanje alkohola, debelost pri odraslih, debelost pri otrocih in mladostnikih,
- dostopnost zdravstvene oskrbe, in sicer mreža zdravstvene službe, delež plačil »out of pocket« v skupnih stroških gospodinjstev, neizpolnjene zdravstvene potrebe, neizpolnjene potrebe v zobozdravstvu, čakanje na operacijo kolena, čakanje na operacijo sive mreže,
- kakovost zdravstvene oskrbe, in sicer hospitalizacija zaradi poslabšanja astme in kronične obstruktivne pljučne bolezni, hospitalizacija zaradi diabetesa, smrtnost pri akutnem koronarnem infarktu, smrtnost pri možganski kapi, preživetje pri raku materničnega vratu, preživetje pri kolorektalnem raku,
- viri, in sicer stroški zdravstvenega varstva na prebivalca, število zdravnikov na

prebivalca, število medicinskih sester na prebivalca, število bolnišničnih postelj na prebivalca, število enot za magnetno resonanco (MRI) na prebivalca, število naprav za računalniško tomografijo (CT skenerji) na prebivalca.

Po podatkih, ki jih je za leto 2015 objavil Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), se Slovenija po kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva uvršča v sredino med državami članicami OECD. Med uspešnejšimi državami smo pri umrljivosti novorojenčkov, hospitalizacijah zaradi astme in kronične obstruktivne pljučne bolezni ter umrljivosti zaradi akutnega miokardnega infarkta. V spodnji tretjini smo glede preživetja zaradi raka materničnega vratu, dojke, debelega črevesa in danke ter 30-dnevne umrljivosti zaradi ishemičnega srčnega infarkta. Zelo slaba je v Sloveniji precepljenost proti gripi. Število hospitalizacij zaradi diabetesa ter kazalniki življenjskega sloga, kot so kajenje, uživanje alkohola in debelost, uvrščajo Slovenijo v povprečje držav članic OECD (NIJZ, 2015). Na mnogih področjih, kjer kazalniki Slovenijo uvrščajo v sredino ali celo spodnjo tretjino, obstajajo možnosti vključevanja lekarniške dejavnosti, kot na primer v programe promocije zdravja, odvajanja od kajenja, izvajanje farmacevtske skrbi za diabetike (SFD, 2012, str. 36).

V letu 2015 je v dokumentu OECD Health at a Glance dodano poglavje o stroških za zdravila. Vsak peti dolar v zdravstvu se porabi za zdravila, če seštejemo stroške zdravil, izdanih v lekarni, in stroške zdravil, ki jih porabijo bolnišnice. Realno je pričakovanje, da bo že samo zaradi staranja populacije in povečevanja števila kroničnih bolnikov potrošnja zdravil naraščala. Klub temu strošek za zdravila narašča počasneje, ker države uvajajo različne načine nadzora cen in ker so potekli patenti številnim zdravilom z visokim prodajnim deležem. Narašča pa poraba novih, dragih zdravil. Nekatera od teh ne samo podaljšajo preživetje, ampak tudi bistveno izboljšajo kakovost življenja bolnikov. Spet druga imajo zelo majhen učinek. Narašča tudi delež privatnih plačil za zdravila.

Področje varne in učinkovite uporabe zdravil, farmakoeconomike, uvajanja novih zdravil na liste za reimbursiranje, spremljanje varnostnega profila zdravil ipd. so področja, kjer se mora nujno vključiti ekspert za zdravila, to je magister farmacije. Prav tako je nujna vključitev magistra farmacije pri opolnomočenju pacientov, zlasti pri obvladovanju kroničnih bolezni.

Pregled stanja kakovosti v evropskih državah, ki ga je opravila WHO leta 2002 (Robida, 2006, str. 26) navaja slabosti in priporočila za izboljšave. Prevladujoče mnenje med izvajalci v zdravstvu je, da povečanje zdravstvenega denarja in povečanje števila zdravstvenih strokovnih delavcev samo po sebi zagotavlja izboljšanje kakovosti. Izvajalci ne zaznajo potrebe po spremenjenem načinu dela, reorganizaciji procesov in reorganizaciji porabe kadrovskih in finančnih virov. V večini evropskih držav so zdravstvene institucije organizirane hierarhično, upravljanje pa je organizirano na podlagi ukazovanja in ne

vodenja. Strokovni delavci doživljajo upravljanje celovite kakovosti in sistem nenehnega izboljševanja kakovosti kot inšpekcijski nadzor in ne kot spodbudo za izboljševanje.

Leta 2010 je delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS oblikovala Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) (Simčič, 2010). Ta dokument se veliko bolj kot predhodni dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (Robida, 2006) osredotoča na celovit razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu. Na podlagi tega dokumenta bi naj Ministrstvo za zdravje vsako leto pripravilo programe s ciljnim vrednostmi za različne ravni zdravstva, različne stroke in specialnosti. Nacionalna strategija postavi 4 strateške cilje (Simčič, 2010, str. 13):

1. razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti,
2. razvoj kulture varnosti in kakovosti,
3. vzpostavitev sistema usposabljanja in izobraževanja s področja kakovosti in varnosti,
4. razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe.

Morda zaradi odsotnosti kulture nenehnega izboljševanja kakovosti, morda zaradi neustanovitve nacionalnega organa za kakovost in varnost, so v dokumentu zastavljeni cilji doseženi v manjši meri, na področju lekarniške dejavnosti pa na Ministrstvu za zdravje ali na Lekarniški zbornici niso potekale aktivnosti za sistematično izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov. V istem letu je ministrstvo izdalo Priročnik o kazalnikih kakovosti, v katerem so kazalniki razdeljeni na 4 področja (Poldrugovac & Simčič, 2010, str. 15):

- osredotočenost na pacienta,
- promocija, preventiva, primarno zdravje,
- učinkovitost zdravstvene oskrbe,
- varnost pacientov in osebja.

Skupno je postavljenih 73 kazalnikov, ki spremljajo kakovost izvajanja storitev v bolnišnicah, klinikah in inštitutih. Pri postavljanju predloga kazalnikov za lekarniško dejavnost na primarnem nivoju zdravstvenega varstva bomo smiselno vključili ta področja.

2.1.1 Standardi kakovosti in akreditacije

Standardi kakovosti in akreditacije so formalne poti za vzpostavitev sistema kakovosti v zdravstvenih organizacijah, pospeševalec razvoja dobrih praks in spodbuda za razvoj kulture nenehnih izboljšav (Nemec, 2016, str. 5). K dvigu kakovosti prispevajo še notranje presoje kakovosti, verifikacije izvajalcev, licence strokovnih delavcev, uvajanje kliničnih poti in standardnih operativnih postopkov, sistem poročanja o neželenih dogodkih in učenja na napakah, izobraževanje zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Akreditacija je formalni proces zunanje presoje, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod ali drugi izvajalec v zdravstvu izpolnjuje v naprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti. Akreditacija pokriva vsa področja dela zdravstvene institucije oziroma izvajalca (MZ, b.l.). Akreditacija ni samo ocena skladnosti, je tudi pregled zavezanosti k izboljševanju kakovosti na vseh področjih delovanja. V Sloveniji je bilo dne 24. 2. 2016 akreditiranih 59 izvajalcev, od tega pretežno bolnišnice ter nekateri drugi izvajalci s koncesijo.

Tajnikar in Došenović Bonča (2016, str. 18) menita, da morajo izvajalci zdravstvenega varstva, ne glede na lastninski značaj, za opravljanje dejavnosti pridobiti ustrezno akreditacijo. Ta bi bila dovoljenje za opravljanje dejavnosti, ne pa tudi za financiranje. Predlagata tudi, da akreditacijo v zdravstvu izvaja poseben akreditacijski organ, ki ga ustanovi Vlada RS, ki bi akreditacije tudi financirala.

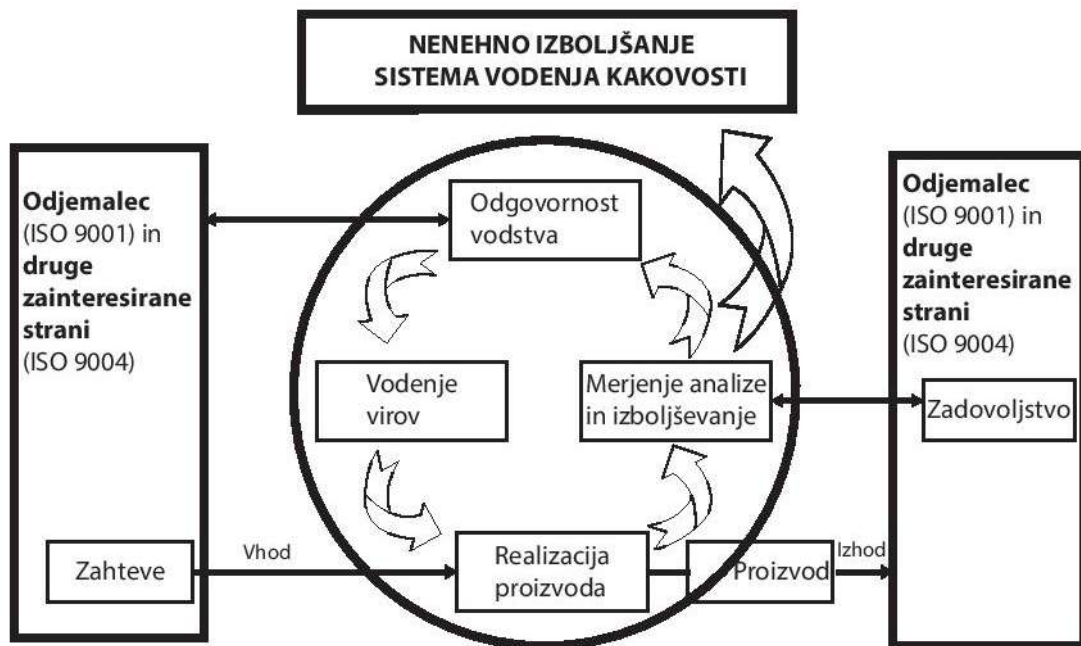
Certificiranje je postopek, s katerim neodvisna institucija poda pisno zagotovilo, da je proizvod, proces ali storitev v skladu s specifičnimi zahtevami. V Sloveniji se je za certificiranje po sistemu ISO (angl. *International Organization for Standardization*, v nadaljevanju ISO), večinoma ISO 9001:2008, odločilo 12 javnih lekarniških zavodov, vsaj 4 so v procesu pridobivanja certifikata. ISO standardi so mednarodni standardi, sprejeti v okviru Mednarodne organizacije za standardizacijo. Lekarniški javni zavodi si prizadevajo za izboljševanje kakovosti v skrbi za pacienta. Standard kakovosti ISO so prepoznali kot orodje v sistemu nenehnega izboljševanja kakovosti. Standardi družine ISO so zasnovani na 8 načelih vodenja kakovosti (Tomšič et al., 2015, str. A32):

- osredotočenost na odjemalce (pacienti, ZZZS, zavarovalnice),
- vodenje z jasno opredeljenimi cilji in strategijo,
- sodelovanje zaposlenih,
- procesni pristop,
- sistemsko urejeno vodenje,
- stalno izboljševanje procesov,
- odločanje na podlagi zbiranja in analiziranja podatkov (dejstev),
- sodelovanje z dobavitelji.

S pomočjo certifikata ISO so lekarne opredelile procese, njihovo povezanost, spremljajo njihovo izvajanje in uspešnost. Za spremljanje uspešnosti so lekarne pri procesih definirale kazalnike kakovosti, ki jih spremljajo mesečno, četrletno ali letno.

Standard ISO 9001:2008 spodbuja prevzem procesnega pristopa, kar pomeni, da organizacija opredeli procese za sistem vodenja kakovosti, medsebojne vplive procesov in njihovo vodenje, z namenom ustvariti želeni rezultat.

Slika 5: Model sistema vodenja kakovosti, ki je osnovan na procesih



Vir: Sistemi vodenja kakovosti - Zahteve (ISO 9001-2008), 2008, str. 7.

Licenciranje je izdajanje dovoljenja regulatorja posamezniku ali organizaciji, da izvaja dejavnost ali aktivnost, katere izvajanje je brez podeljene licence nezakonito. Pri nas v zdravstvu licence izdajajo od države pooblašene stanovske ali profesionalne organizacije na podlagi izobrazbe in izpitov in ne na podlagi uspešnosti delovanja. Obnavljanje licenc poteka na podlagi dokazov o nenehnem profesionalnem razvoju. (MZ, b.l.). ZZDej2 v svojem 64. členu navaja, da morajo biti za samostojno opravljanje dejavnosti izvajalci posameznih zdravstvenih poklicev vpisani v register in imeti veljavno licenco. Kljub temu določilo, ki velja že od leta 2005, magistri farmacije v Sloveniji še nimajo licenc. To dejstvo je posledica dolgo pričakovane spremembe zakona o lekarniški dejavnosti, v katerem bi lekarniška zbornica pridobila javno pooblastilo za vodenje registra magistrów farmacije za podeljevanje licenc.

Verifikacija pri nas v zdravstvu pomeni postopek, pri katerem se ugotavlja in potrjuje, ali posamezni izvajalec opravlja zdravstvene dejavnosti in programe v skladu s standardi in normativi, določenimi v ustrezni zakonodaji. V lekarniški dejavnosti ministrstvo ugotavlja ustreznost prostorov, kadra in opreme ter ustreznost vodenja dokumentacije in zaloge zdravil (Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Ur.l. RS, št. 39/2006). Z odločbo ministrstvo ugotovi, ali lekarna izpolnjuje pogoje in katera strokovna dela lahko opravlja. Verifikacija se opravi pred pričetkom dela in nato vsakih 5 let.

2.1.2 Uravnotežen sistem kazalnikov za merjenje kakovosti izvajanja zdravstvene dejavnosti

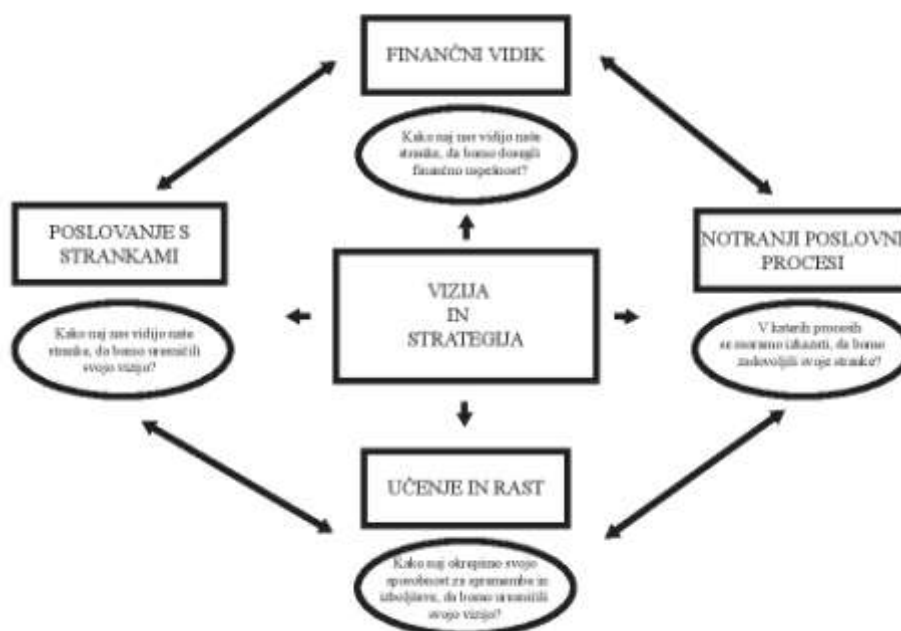
Izbira primernih kazalnikov za spremljanje uspešnosti poslovanja in za načrtovanje je težka naloga. Dober kazalnik bi moral imeti naslednje karakteristike: jasen namen, definirane cilje, dimenzije, tip in komu je namenjen (Santiago, 1999). Kaplan in Norton sta sistem uravnoteženih kazalnikov prvič predstavila leta 1992. Sistem uravnoteženih kazalnikov je nastal kot posledica dejstva, da management potrebuje celovit pregled nad poslovanjem, saj česar ne moreš izmeriti, tudi ne moreš izboljšati (Žličar, 2006, str. 7). Kmalu so sistem uravnoteženih kazalnikov povzela številna podjetja in organizacije, tako v gospodarstvu kot v neprofitnem sektorju (Kaplan, 2010, str. 3). Najpogostejši kriterij za ocenjevanje uspešnosti je bil in je še vedno finančni rezultat. Vodstvo pa potrebuje tudi druge podatke, s pomočjo katerih načrtuje optimalno uporabo vseh virov, finančnih, kadrovskih, opreme, prostorov in ostale infrastrukture. Zato s sistemom uravnoteženih kazalnikov oblikuje niz meril, ki kažejo medsebojno odvisnost med zunanjimi kazalniki, notranjimi kazalniki ključnih poslovnih procesov ter kazalniki učenja in rasti. Finančni kazalniki kažejo sliko preteklih rezultatov, kazalniki vidika notranjih procesov, znanja, zadovoljstva strank in zaposlenih pa opišejo dejavnike, ki vplivajo tudi na prihodnje dosežke (Žličar, 2006, str. 8). Ne nazadnje so nefinančni kazalniki uspeha tudi ključni kazalniki uspešnosti delovanja celovitega sistema upravljanja kakovosti.

Tudi v javnem sektorju se kultura organizacij spreminja in uspešnost postaja pomemben dejavnik delovanja javnih zavodov. Ker javni zavodi opravljajo dejavnosti posebnega družbenega pomena in zaradi tega načela trga niso vedno smiselna, se pri vodstvih in zaposlenih še vedno pojavlja vprašanje smiselnosti merjenja uspešnosti in finančne učinkovitosti. Ministrstvo za zdravje vsako leto objavi poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov po področjih, to so bolnišnice, zdravstveni domovi, ostali javni zdravstveni zavodi in lekarne. Poročilo vsebuje finančni pregled poslovanja ter plače in zaposlenost, pri bolnišnicah pa še likvidnost, investicijska vlaganja in realizacijo delovnega programa, sklepanje podjemnih pogodb ter kazalnike poslovne učinkovitosti (MZ, 2016a).

Z uravnoteženim sistemom kazalnikov bi bile tudi zdravstvene organizacije prisiljene definirati svoje poslanstvo, vizijo in cilje. Uravnotežen sistem kazalnikov je orodje za obvladovanje strategije in prioriternih ciljev skladno s poslovnimi načrti vsake organizacije. Neprofitne organizacije obstajajo zaradi svojega poslanstva, vendar ugotavljamo, da podcenjujejo pomen strategije in ciljev. Neprofitne organizacije se med sabo tudi razlikujejo, zato lahko sicer sledijo nekim skupnim načelom, konkretni cilji in kazalniki za cilje pa morajo izhajati iz poslanstva vsakega zavoda.

Uravnoteženi sistem kazalnikov ohranja finančni vidik uspešnosti, ki mu doda vidik poslovanja s strankami (v lekarništvu uporabljamo izraz uporabniki lekarniških storitev), vidik notranjih poslovnih procesov in vidik učenja in rasti.

Slika 6: Uravnoteženi sistem kazalnikov



Vir: R. S. Kaplan & D. P. Norton, *Uravnoteženi sistem kazalnikov: preoblikovanje strategije v dejanja*, 2000, str. 21.

Finančni vidik vključuje finančne kazalnike, kot so: obseg storitev, rast prihodkov, zmanjševanje stroškov, izraba sredstev, produktivnost. Rast prihodkov pomeni, da organizacija širi ponudbo, ohranja uporabnike in pridobiva nove, ustvarja izdelke in storitve z višjo dodano vrednostjo. V lekarniški dejavnosti so to na primer (Lekarne Ptuj, 2016):

- obseg storitev, izražen v številu točk in številu receptov, vrednost točke ter primerjava s preteklimi leti,
- celokupni prihodki in celokupni stroški, presežek prihodkov nad odhodki ter primerjava s preteklimi leti,
- realizacija plana investicij,
- število receptov na farmacevta na leto ter primerjava s preteklimi leti,
- vrednost zalog in trend obračanja zalog,
- gospodarnost poslovanja,
- stopnja stroškovnosti dela,
- prihodki na delavca,
- odhodki na delavca,
- delež terjatev v celotnem prihodku,
- kazalnik zadolženosti.

Javni zavodi, ki opravljajo lekarniško dejavnost, veliko pozornosti namenijo spremljanju finančnih kazalnikov. Eden pomembnih razlogov je podfinanciranost dejavnosti, zaradi česar zavodi približno tretjino zaposlenih ter pretežni del investicij in izobraževanja zaposlenih financirajo s prihodki iz opravljanja tržne dejavnosti.

Vidik poslovanja s strankami opišejo naslednji kazalniki: zadovoljstvo strank, pridobivanje novih strank, tržni delež. Stranke so tako kupci oziroma uporabniki kot dobavitelji. Vidik poslovanja s strankami posredno odraža kakovost, funkcionalnost in ceno izdelkov in storitev, ki jih organizacija ponuja ter ugled in podobo podjetja (Žličar, 2006, str. 11).

V lekarniški dejavnosti med kazalnike, ki opisujejo vidik poslovanja s strankami, uvrstimo:

- merjenje zadovoljstva uporabnikov,
- uvajanje novih storitev,
- izvajanje projektov promocije zdravja in varne uporabe zdravil,
- število upravičenih pritožb uporabnikov.

Vidik notranjih poslovnih procesov se osredotoči na tiste poslovne procese, ki najbolj vplivajo na zadovoljstvo strank in lastnikov ter s tem najbolj vplivajo na doseganje finančnih ciljev. To so medsebojno odvisni poslovni procesi, ki tvorijo verigo vrednosti. S pomočjo analize verige vrednosti organizacija določi ključne procese in cilje. Kaplan-Nortonov osnovni model verige vrednosti lahko organizacija uporabi kot izhodišče, mora pa ga prilagoditi svojim značilnostim. Trije glavni procesi so (Kaplan & Norton, 2000):

- proces inovacij,
- operativni proces,
- proces prodajnih storitev, ki zajame tudi poprodajne storitve.

Za lekarniško dejavnost lahko opredelimo verigo vrednosti, kot kaže Slika 7. Začne se z opredelitvijo potreb strank – uporabnikov, nadaljuje s procesom inovacij, sledi operativni proces z izvajanjem storitev in zaključí s poprodajnimi storitvami. V Lekarnah Ptuj smo definirali pet procesov, njihovo kakovost in uspešnost spremljamo z navedenimi kazalniki:

- proces vodenja spremljamo z merjenjem organizacijske kulture, realizacijo plana (recepti, točke, presežek), sestanki kolegijev,
- proces vodenja kakovosti spremljamo s številom ugotovljenih neskladnosti pri zunanji presoji, nadzorom nad arhiviranimi dokumenti – pravočasno oddajanje v arhiv in dostopnost dokumentacije, ugotovljenimi neskladnosti in priporočili pri strokovnem nadzoru s svetovanjem, izvajanjem internih strokovnih nadzorov,
- proces vodenja virov spremljamo z realizacijo plana izobraževanja, izvajanjem popisa

in priprava inventurnega elaborata v skladu s postavljenimi roki, realizacijo plana vzdrževanja opreme in objektov,

- proces realizacije storitve spremljamo z ocenjevanjem dobaviteljev – izdelava ocene 1 mesec po zaključenem poslovnem letu, številom pritožb uporabnikov, številom reklamacij kupcev, beleženjem farmacevtskih intervencij,
- proces merjenja, analiz in izboljšav spremljamo z izvajanjem korektivnih in preventivnih ukrepov ter ocenjevanjem njihove uspešnosti, internimi strokovni nadzori, letnim revidiranjem registra tveganj.

Slika 7: Model osnovne verige vrednosti notranjih poslovnih procesov



Vir: R. S. Kaplan & D. P. Norton, *Uravnoteženi sistem kazalnikov: preoblikovanje strategije v dejanja*, 2000, str. 39.

Vidik učenja in rasti opredeli celotno infrastrukturo, ki jo mora organizacija zagotoviti, da zadovolji potrebe strank in finančne cilje. Tega namreč ne more narediti brez strokovne usposobljenosti zaposlenih, ustrezne organizacije procesov in dela in ustrezne informacijske in druge infrastrukture. Po Kaplanu in Nortonu so kazalniki vidika učenja in rasti naslednji (Kaplan & Norton, 2000, str. 136):

- sposobnosti zaposlenih,
- zmogljivost informacijskih sistemov,
- motivacija, avtonomnost in usklajevanje.

Večina organizacij danes že meri zadovoljstvo zaposlenih, nekateri merijo organizacijsko kulturo. Večina organizacij si prizadeva, da uspešni zaposleni ostajajo v organizaciji, jih motivira k vseživljenjskemu učenju in si prizadeva, da njihova produktivnost dosegajo cilje.

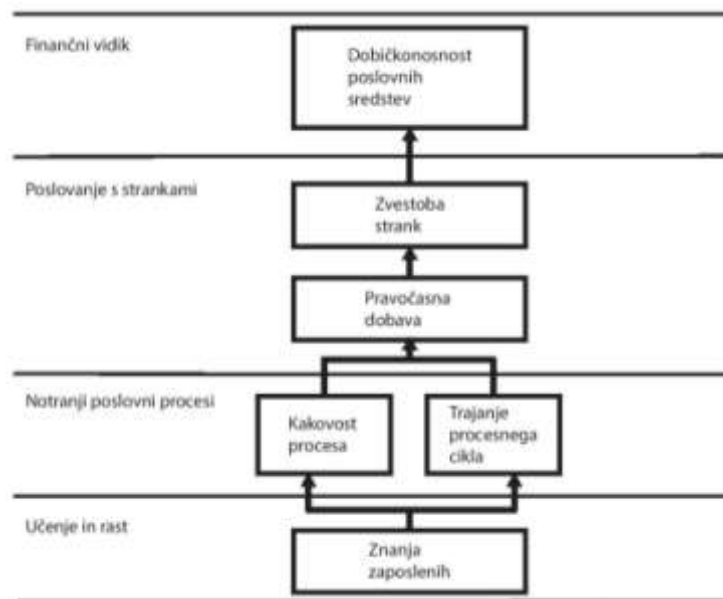
V lekarniški dejavnosti med kazalniki, ki merijo vidik učenja in rasti, spremljamo:

- stopnjo zadovoljstva zaposlenih in organizacijsko kulturo,
- izpolnjevanje plana izobraževanja,
- uvedbo novih storitev,
- opravljene letne razgovore in pregled ciljev zaposlenih,

- opravljene zdravniške preglede.

Uravnoteženi sistem kazalnikov je medsebojno vzročno povezan, kot kaže Slika 8. Zaposleni so ključni pri izvajanju procesov in zagotavljanju kakovosti, kar neposredno vpliva na zadovoljstvo in zvestobo strank. Ker lekarniška dejavnost ni financirana z avansi ali pavšalnimi plačili, ampak so prihodki neposredno odvisni od števila receptov, ki se v zavodu realizirajo in od količine in cene prodanih izdelkov, je ohranjanje zvestobe strank in pridobivanje novih ključno za finančni rezultat poslovanja.

Slika 8: Povezava uravnoteženih kazalnikov



Vir: R. S. Kaplan & D. P. Norton, *Uravnoteženi sistem kazalnikov: preoblikovanje strategije v dejanja*, 2000, str. 42.

2.2 Sistem obvladovanja kakovosti v lekarniški dejavnosti

2.2.1 Izboljševanje kakovosti v izvajanju lekarniške dejavnosti v svetu

Zdravje je pomembno za vsakega posameznika in za družbo. Zdravila imajo pri izboljšanju zdravja in preprečevanju bolezni pomembno vlogo. Po Zakonu o zdravilih (Ur.l. RS, št. 17/2014-ZZdr-2) je zdravilo vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh in pri živalih. Učinkovitost in varnost zdravil je dokazana s kliničnimi študijami. Na področju uporabe zdravil pa prihaja do razkoraka med s študijami dokazano učinkovitostjo in učinkovitostjo pri posameznem pacientu. Razlogi so v izbiri primerne zdravila, pravilnem doziranju, pacientovi zavzetosti za zdravljenje z zdravili (angl. *adherence*), interakcijah z drugimi zdravili ter s hrano in v neželenih učinkih zdravil. Zdravila na recept v zdravstvenem proračunu predstavljajo 11,6 % vseh stroškov. K temu je potrebno dodati še strošek z zdravili

povezanih težav, kot so: nezadostni učinek zdravila, napačno zdravilo, neželeni učinki, medsebojno delovanje zdravil, težave pri uporabi zdravil, predoziranje ali prekomerna raba zdravil in nezdravljene indikacije.

Magister farmacije je kompetenten strokovnjak za zdravila. Temeljno poslanstvo farmacevtov v lekarniški dejavnosti, v javnih lekarnah in bolnišničnih lekarnah, je zagotavljanje učinkovitega in varnega zdravljenja z zdravili. Z razvojem zdravstvenega varstva, novih tehnologij in novih zdravil se spreminja tudi vloga magistra farmacije. V preteklosti je bil glavni namen lekarniške dejavnosti priskrbeti pravo zdravilo pravočasno. Potrebe pacientov so se spremenile. Danes lekarniški strokovni delavci skrbijo za kronične bolnike, bolnike z redkimi težkimi boleznimi, otroke s težjimi zdravstvenimi težavami, bolnike z velikim številom sočasno uporabljenih zdravil, bolnike s slabo adherenco oziroma zavzetostjo za zdravljenje ipd. Farmacevti morajo svojo pozornost od zdravila preusmeriti k pacientom, za kar pa potrebujejo nova znanja in veščine, hkrati pa morajo prevzeti tudi polno odgovornost za management zdravljenja z zdravili. Pacienti, ki so obiskali več specialistov, praviloma pridejo v lekarno prej kot k svojemu izbranemu zdravniku, zato morajo farmacevti prevzeti vlogo in odgovornosti za pregled terapije z zdravili in ustrezno ukrepati. V lekarnah pripravljajo zahtevna magistralna zdravila, kot so sirupi in praški za otroke, očne kapljice, raztopne za protibolečinske črpalke ipd. Vedno bolj je pomembno tudi svetovanje na področju samozdravljenja in samomedikacije. V lekarni iščejo pomoč in nasvet bolniki z blažjimi zdravstvenimi težavami in strokovni lekarniški delavci morajo pravilno presoditi, ali je samozdravljenje primerno ali ne.

Smernice za dobro lekarniško prakso, ki sta jih skupaj oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija in Mednarodno farmacevtsko združenje (angl. *International Pharmaceutical Federation*, v nadaljevanju FIP) (WHO & FIP, 2011), so na novo opredelile poslanstvo farmacevtov, in sicer kot prispevek k izboljšanju zdravja in pomoč pacientom pri zdravstvenih težavah v smislu zagotavljanja najboljših možnih izidov zdravljenja z zdravili. Smernice so podlaga in pomoč stanovskim organizacijam in vladam, da bi integrirale v sistem izvajanja lekarniške dejavnosti v vsaki državi elemente, ki zagotavljajo višjo kakovost in varnost pacientov in vlogo lekarn in lekarniških farmacevtov uskladijo s potrebami sodobne družbe. Dobra lekarniška praksa (angl. *Good Pharmacy Practice –GPP*) ima po smernicah WHO in FIP (2011) 4 glavne zahteve:

1. farmacevt mora postaviti dobrobit pacienta na prvo mesto,
2. glavno poslanstvo farmacevta je zagotoviti optimalno uporabo zdravil. Zagotoviti mora kakovostna zdravila pravočasno, in zdravilo vročiti pacientu z nasvetom o njegovi varni in učinkoviti uporabi ter spremljati izide zdravljenja z zdravili,
3. farmacevt mora sodelovati pri racionalnem predpisovanju in izdajanju zdravil,
4. sodelovanje farmacevta v multidisciplinarnem zdravstvenem timu je ključno za izboljševanje varnosti pacientov.

Napredek je prinesel številna nova zdravila, med njimi zares inovativna, prinaša pa tudi dejstva, kot je naraščanje stroškov v zdravstvu, omejene finančne zmožnosti zdravstvenega sistema, omejene kadrovske vire v zdravstvu, težave z zagotavljanjem učinkovitosti zdravstvenega sistema, veliko breme bolezni, ki ni samo ekonomsko, ampak tudi socialno, ter nove socialne, tehnološke, ekonomske in politične okoliščine (WHO & FIP, 2006, str. 3). Svet se sooča z izzivom zagotavljati kakovostna zdravila, ki so dokazano varna in učinkovita. Enako velik izziv je zagotavljati racionalno uporabo zdravil, torej zmanjšati napake pri predpisovanju in pri uporabi zdravil.

V nekaterih državah so zdravila, zlasti zdravila brez recepta, dostopna izven lekarniške mreže. Ponekod zdravila izdajajo ne-farmaceuti, zdravila na recept in brez recepta so dostopna preko interneta. Na strani pacientov se srečujemo s slabo adherenco, težavami, povezanimi z uporabo zdravil, napakami pri predpisovanju, izdajanju in uporabi zdravil. Vse to dodatno povečuje tveganje in nas opozarja, da so se potrebe pacientov spremenile, in temu se mora prilagoditi tudi lekarniška stroka. Nujno je potrebno izboljšati varnost na vseh področjih: proizvodnja in magistralna izdelava zdravil, naročanje, vzdrževanje zalog, zagotavljanje pogojev shranjevanja, ki zagotavljajo kakovost, izdajanje, dajanje navodil in uporaba zdravil. Za to je v lekarnah potrebno zagotoviti drugačen način dela, drugačno organizacijo dela, nove pristope ter spremljati, meriti in izboljševati kakovost izvajanja lekarniške dejavnosti.

Prvo veliko spremembo v izvajanju lekarniške dejavnosti pomeni koncept **farmacevtske skrbi** (angl. *pharmaceutical care*), uveden po letu 1970 v okviru EuroPharm Foruma¹. Farmacevtska skrb je »odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili z namenom doseganja načrtovanih terapevtskih izidov, ki izboljšajo bolnikovo kakovost življenja«. Farmacevtska skrb je lahko namenjena posameznemu bolniku in/ali družbi. Z demografskimi in epidemiološkimi podatki farmacevt sodeluje pri oblikovanju nacionalnih list zdravil, razvoju in sprejemanju predpisov na področju zdravil in zdravljenja z zdravili, pripravi podatkov o porabi zdravil in o stroških za zdravila, izobraževanju izvajalcev ter nadzoru in upravljanju farmacevtskih omrežij (WHO & FIP, 2006, str. 7).

Za izvajanje farmacevtske skrbi pri posameznem pacientu pa farmacevt potrebuje pacientove zdravstvene podatke in v sodelovanju s pacientom in drugimi izvajalci v zdravstvu oblikuje načrt zdravljenja in spremlja izide. Farmacevtska skrb je v Sloveniji tudi zakonsko opredeljena v Pravilniku o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti

¹ EuroPharm Forum: The European Forum of Pharmaceutical Associations and WHO je bil ustanovljen z namenom vzpostaviti sodelovanje med nacionalnimi farmacevtskimi združenji Evrope za izboljšanje zdravja v Evropski regiji na osnovi ciljev Zdravje za vse do leta 2000. Združuje farmacevtska združenja vse Evrope, tudi novonastale države centralne in vzhodne Evrope. Program EuroPharm Foruma vključuje: izboljšati zdravljenje z zdravili, izboljšati informiranost zdravstvenih delavcev, pacientov in družbe nasploh o zdravilih, učvrstiti sodelovanje med zdravstvenimi delavci, izboljšati organiziranost preskrbe z zdravili od proizvajalca do končnega uporabnika.

(Ur.l. RS, št. 39/2006). Uvedena je bila kot projekt, a je danes farmacevtska skrb v veliki meri del vsakdanje farmacevtske skrbi za pacienta. Pri izvajanju farmacevtske skrbi je pomembna tudi kakovost, ki jo WHO opredeli kot vse aktivnosti, ki prispevajo k definiranju, oblikovanju, doseganju, spremljanju in izboljšanju kakovosti zdravstvene obravnave (WHO & FIP, 2006, str. 10).

Uvajanje klinične farmacije je naslednja velika sprememba v razvoju lekarniške stroke. Klinična farmacija vključuje aktivnosti farmacevta v zdravstvenem timu. Farmacevt ima neposreden stik s pacientom in vpogled v njegovo zdravstveno dokumentacijo, pripravlja priporočila glede terapije, spremlja uspešnost zdravljenja z zdravili in zagotavlja podatke o zdravilih (WHO & FIP, 2006, str. 11). Klinična farmacija je bila najprej prisotna v bolnišnicah. Zaradi potreb pacientov in drugih izvajalcev v zdravstvu pa so magistri farmacije, specialisti klinične farmacije, vedno več prisotni tudi v javnih lekarnah. Med storitve klinične farmacije uvrščamo tudi farmakoterapijski pregled (angl. *pharmacotherapeutical review*), ki ga izvajajo magistri farmacije, specialisti. Pregled uporabe zdravil (angl. *medicines use review* – MUR) pa je storitev optimizacije in racionalizacije terapije, ki jo izvaja magister farmacije z dodatnimi kompetencami.

Na dokazih temelječa farmacija (angl. *evidence-based pharmacy*) pomeni, da se dejavnost izvaja na podlagi trdnih dokazov in na podlagi smernic. Področje farmakoekonomike proučuje klinično-terapevtske alternative na osnovi ekonomskih izhodišč. V kombinaciji s profesionalno ekspertizo, ki jo farmacevt zagotavlja s kontinuiranim profesionalnim razvojem (angl. *continuing professional development* – CPD), in ob upoštevanju individualnih posebnosti dosežemo najbolj kakovostno skrb za pacienta (WHO & FIP, 2006).

PGEU je glas farmacevtov v EU. Prizadeva si uveljaviti pomembnejšo vlogo farmacevtov v evropskem in nacionalnih zdravstvenih sistemih v smislu vključevanja znanja in sposobnosti za boljše zdravje ljudi. European Community Pharmacy Blueprint je povzetek pripravljenih aktivnosti lekarniških farmacevtov za izboljšanje izidov zdravljenja z zdravili in učinkovitosti zdravstvenih sistemov. Aktivnosti so razdeljene na štiri področja (PGEU, 2012):

1. izboljšati varnost zdravil in dostopnost do zdravil: vzdrževati primerne zaloge zdravil pod predpisanimi pogoji, zagotoviti kakovostna zdravila, preprečiti vstop ponarejenim zdravilom, zagotoviti kakovostna magistralna izdelana zdravila, zagotoviti preskrbo z zdravili v nujnih primerih, izdajati zdravila z nasvetom,
2. izboljšati izide zdravljenja z zdravili pri posameznem pacientu: zagotoviti informacije o pravilni uporabi, možnih neželenih učinkih, preveriti interakcije, razložiti generično substitucijo, sodelovati s predpisovalci, maksimirati koristi in minimirati tveganja (denimo s pregledom uporabe zdravil ali preverjanjem interakcij med zdravili), sodelovati pri zdravljenju kroničnih bolnikov, prepoznati potrebe pacientov,

3. izboljšati javno zdravje: podpora samozdravljenju, farmakovigilanca, širjenje informacij, pomembnih za javno zdravje, promocija zdravja, sodelovanje pri nadzoru bolezni, zgodnjem odkrivanju in preventivi, zbiranje odpadnih zdravil,
4. prispevati k učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega sistema: izboljšati dostopnost in razpoložljivost storitev, strokovno neodvisno svetovanje, stroškovna učinkovitost storitev in vzdržnost zdravstvenega sistema, biti del zdravstvenega ekosistema.

Zdravila, predpisana na recept, so najpogostejša klinična intervencija v zdravstvu. V povprečju znaša strošek za zdravila v državah EU 17 % stroškov za zdravstvo. Na območju Evrope je skrb za kakovost in varnost zdravil regulirana. Praktično vse države so sprejele Evropsko farmakopejo, načela Dobre lekarniške prakse, Dobre proizvodne prakse, Dobre klinične prakse, Dobre distribucijske prakse. Na področju varne in učinkovite uporabe zdravil pa nimamo dovolj podatkov (European Directorate for Quality of Medicines & Healthcare, 2015, str. 5).

WHO in OECD zbirata podatke o zdravstvenem stanju in o zdravstvenem sistemu. Med temi ni podatkov o uporabi zdravil oziroma o njihovi varni in učinkoviti uporabi. Razpolagamo pa s podatki o nekaterih nepotrebnih stroških, povezanih z uporabo zdravil. Po podatkih WHO je v nekaterih državah cena neželenih učinkov zdravil, vključno s hospitalizacijami in izgubljenimi delovnimi dnevi, večja od stroška za zdravila. 194.500 smrti na leto v EU je posledica napačnega doziranja ali ne-adherence pri uporabi predpisanih zdravil. Strošek ne-adherence je ocenjen na 125 bilijonov EUR letno (PGEU, 2012). Pregled podatkov po različnih državah kaže, da bi lahko preprečili 3,7 % vseh sprejemov v bolnišnico, saj je to delež sprejemov zaradi napak pri uporabi zdravil. Izstopajo zdravila v terapevtskih skupinah: kardiovaskularna zdravila, antikoagulantni in antitrombotiki, nesteroidna protivnetna zdravila, neopioidni analgetiki, hipoglikemična zdravila in kortikosteroidi. Na strani pacientov so rizični faktorji: starost, multimorbidnost in polifarmakoterapija, zmanjšane kognitivne sposobnosti, slaba adherenca, zmanjšano delovanje ledvic. Tveganje predstavlja tudi odpust iz bolnišnice, saj pacienti po prihodu domov ob novi terapiji uporabijo še ukinjena zdravila. Ekspertna skupina Sveta Evrope je izdala naslednja priporočila državam članicam: zgodnje odkrivanje neželenih učinkov zdravil, sistem za prijavljanje neželenih učinkov zdravil, izobraževanje strokovnjakov, uvajanje elektronskega predpisovanja, izboljšanje označevanja zdravil, pakiranje in načina uporabe ter izboljšanje navodil za uporabo, namenjenih pacientom.

Na osnovi teh ugotovitev in priporočil je smiselno postaviti ključne kazalnike kakovosti. Najpogosteje se omenja klasifikacija, ki jo je predlagal Donabedian, in sicer (v Detiček & Kos, 2015, str. 373):

- kazalniki strukture, kot na primer fizični prostori, orodja in tehnologija, oprema,
- kazalniki procesov, kot na primer izvajanje praks, protokolov in navodil, vodenje evidenc, izdajanje zdravil, beleženje napak in intervencij,

- kazalniki izidov, ki so klinični, humanistični in ekonomski izidi zdravljenja, kot na primer znižanje krvnega tlaka, prijavljen neželen učinek zdravila.

2.2.2 Elementi obvladovanja kakovosti v lekarniški dejavnosti v Sloveniji

Lekarniška dejavnost v Sloveniji deluje v skladu z določili Zakona o lekarniški dejavnosti, Pravilnika o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Dobre lekarniške prakse, Kodeksa lekarniške deontologije in vsemi drugimi predpisi, ki urejajo področje zdravstvene dejavnosti.

Lekarniška zbornica je ustanovljena za učinkovito izvajanje lekarniške dejavnosti in za zagotavljanje njene strokovnosti ter za izpolnjevanje drugih skupnih nalog (ZLD, 38. člen). Med nalogami LZS je podajanje mnenj glede preskrbe z zdravili, sprejemanje kodeksa etike, sodelovanje pri predpisih, ki urejajo področje lekarniške dejavnosti, sprejemanje pravil dobre lekarniške prakse, izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem, sodelovanje z industrijo in veletrgovinami s ciljem zagotavljanja preskrbe s kakovostnimi zdravili, sodelovanje z izobraževalnimi institucijami in strokovnimi društvi (ZLD, 39. člen).

LZS je sprejela **Pravila dobre lekarniške prakse** na skupščini leta 2012. Pravila se nanašajo na farmacevtske strokovne delavce in njihovo strokovno odgovornost, prostore in opremo ter vodenje strokovne dokumentacije (LZS, 2012). Pravila dobre lekarniške prakse močno izpostavijo načelno usmerjenost h kakovosti preskrbe, izvajanje storitev celostne obravnave pacienta, zagotavljanje zdravja in preprečevanja bolezni, usmerjenost v doseganje največje možne koristi predpisanega zdravila za konkretnega pacienta ob sočasnem zmanjševanju neželenih učinkov in drugih z zdravili povezanih težav ter prevzemanje odgovornosti za izide zdravljenja. Pravila dobre lekarniške prakse pa ne dajejo konkretnih usmeritev in ne postavijo načinov merjenja in spremljanja kakovosti zdravil in kakovosti storitev. Stroka se zaveda pomena beleženja in dokumentiranja v sistemu zagotavljanja in izboljševanja kakovosti, zato je natančno opredeljena dokumentacija, primarna in sekundarna, ter evidence. Predpisan je nabor obveznih standardnih operativnih postopkov, kar prav tako prispeva k dvigu kakovosti in k zagotavljanju kakovosti na nacionalnem nivoju.

Pravila dobre proizvodne prakse je LZS sprejela aprila 2016. Pravila se uporabljajo v galenskih laboratorijih in vključujejo sistem kakovosti, zahteve za kader, prostore in opremo, potrebno dokumentacijo, ki zagotavlja kakovost in sledljivost, procese izdelave, kontrolo kakovosti, reklamacije in odpoklice, interni nadzor ter shranjevanje in distribucijo.

Pomemben segment izvajanja dejavnosti je izdelava galenskih in magistralnih zdravil. Zlasti na področju magistralnih zdravil se zahtevnost izdelave in zagotavljanja kakovosti povečuje. V lekarnah izdelujemo pripravke po aseptičnem postopku, peroralne praške za

otroke, različne dermalne oblike, zdravila z morfinom in konopljo ipd. Za zagotavljanje kakovosti teh zdravil je LZS pripravila in izdala **Kodeks galenskih zdravil** in **Kodeks magistrálnih zdravil**. Slednji se redno dopolnjuje z novimi magistrálnimi zdravili. Slovenija zaradi majhnosti trga nima na voljo vseh industrijsko izdelanih zdravil, zlasti ko gre za pediatrično populacijo. Zato je pomembno, da magistrálna zdravila lekarne zagotovijo, saj z njimi med drugim tudi pokrijemo primanjkljaj industrijsko izdelanih zdravil. Tega se zaveda tudi zakonodajalec, ki v predlogu novega ZLD v desetem poglavju podrobno opredeli izdelavo in zagotavljanje magistrálnih zdravil v lekarni (MZ, 2016a).

Farmacevtska skrb kot način dela pomeni vsa prizadevanja in aktivnosti v lekarniški dejavnosti, s katerimi strokovni delavci zagotavljajo najboljše izide zdravljenja z zdravili. Projekti farmacevtske skrbi, uvedeni na osnovi projektov EuroPharm Foruma, so namenjeni določenim skupinam pacientov. V Sloveniji smo vpeljali farmacevtsko skrb za sladkorne bolnike, farmacevtsko skrb za hipertenzijo in farmacevtsko skrb vprašajte o svojem zdravilu. Projekte vodijo nacionalni koordinatorji, v lekarnah pa posebej usposobljeni moderatorji. Farmacevtska skrb je tudi zakonsko opredeljena (Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Ur.l. RS 36/2006, 3. člen), vendar nikoli ni bila del Splošnega dogovora in uvedena v slovenski zdravstveni sistem kot plačana storitev lekarniške dejavnosti. Razlog je, sicer težko razumljivo, odklonilno stališče zdravniške stroke. Težko razumljivo zato, ker številne raziskave in podatki potrjujejo višino stroškov zdravstvenih sistemov zaradi težav, povezanih z zdravili, in na drugi strani prihranke in izboljšano kakovost življenja pacientov, ki jih vključenost farmacevta v zdravstveni tim prinese na področju zdravljenja z zdravili (European Directorate for Quality of Medicines & Healthcare, 2015, str. 6).

Razvoj lekarniške stroke sledi potrebam pacientov. Zato v zadnjih letih uvajamo **nove kognitivne storitve**, pregled uporabe zdravil in farmakoterapijski pregled. Obe storitvi je potrdila skupščina LZS v marcu 2016 (LZS, 2016d). Storitve farmakoterapijski pregled je kot pilotni projekt vpeljal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v okviru projektne naloge »Varno predpisovanje zdravil«. V pomurski in ljubljanski regiji so v zdravstvenih domovih delovale ambulate farmacevtov svetovalcev. K njim so, po analogiji napotitev na specialistične preglede, zdravniki napotili paciente z več kot 10 predpisanimi zdravili, in paciente, pri katerih je obstajal sum na težave, povezane z zdravili. Ambulate so delovale od novembra 2012 do decembra 2015 (Premuš Marušič, 2016, str. 40). Zaradi pozitivnih terapevtskih in ekonomskih izidov je storitev v letu 2016 uvrščena v splošni dogovor (ZZZS, 2016b) in se bo v naslednjih treh letih postopoma uvajala v slovenski zdravstveni sistem. Storitve pregled uporabe zdravil, izdelavo osebne kartice zdravil, farmacevtske intervencije pa so kot logično nadgradnjo farmacevtske skrbi uvajale številne lekarne po Sloveniji. Z razlogom poenotiti izvajanje in zagotoviti kakovostno storitev je, enako kot za farmakoterapijski pregled, LZS pripravila standardni operativni postopek, ki vključuje način izvajanja storitve, opredeli paciente, ki jim ta storitev najbolj koristi, opredeli

zahteve oziroma kompetence za izvajalce ter ravnanje z dokumentacijo (Potočnik Benčič & Bernik Golubič, 2015, str. 17).

Farmacevtske intervencije so sistem beleženja ob ugotovljenih nepravilnostih, nepopolnostih ali nejasnostih na administrativnem ali strokovnem delu recepta. Beleženje se izvaja v računalniškem sistemu ob izdajanju zdravila. Ugotovljena nepravilnost se zabeleži opisno in s slovensko verzijo PCNE šifre, tj. DRP-SLO-V1 (Priloga 4), kar omogoča nadaljnjo obdelavo podatkov in analize. Z beleženjem intervencij farmacevti spremljajo kakovost svojega dela in kakovost predpisovanja zdravil.

Na **zagotavljanje kakovostnih zdravil** najbolj vplivata preprečitev vstopa ponarejenih zdravil in pravična geografska in finančna dostopnost. Na področju preprečevanja vstopa ponarejenih zdravil Slovenija upošteva evropske direktive. LZS je podpisala sporazum in postala pridružena članica National Medicine Verification Organisation (v nadaljevanju NMVO) (LZS, 2016d). Z direktivami EU² uvajamo QR kodo. To je unikatni zapis na zunanji embalaži zdravil, ki vključuje podatke o zdravilu: serija, datum proizvodnje, rok uporabe. S sistemom izdajanja zdravil bo zagotovljena dostopnost do končnega uporabnika. Predhodno bo potrebno v javnih in bolnišničnih lekarnah zagotoviti tehnično podporo za sprejem in izdajanje zdravil s QR kodo. Sistem se bo vzpostavil predvidoma s 1. 1. 2017.

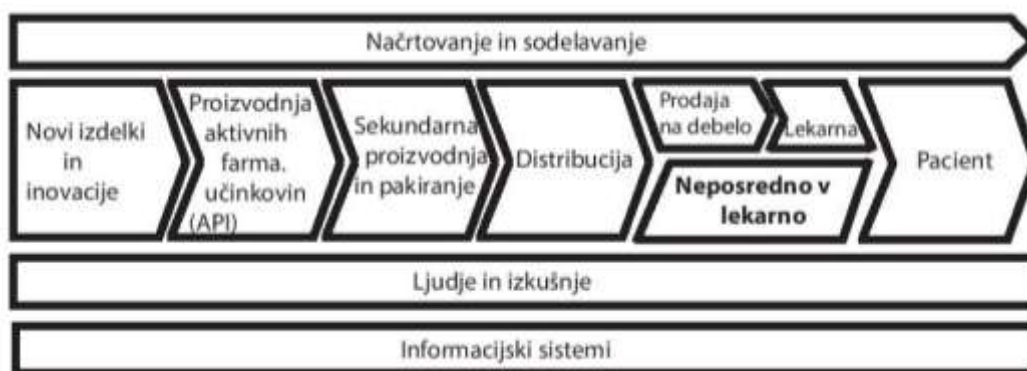
Predlog Zakona o lekarniški dejavnosti (MZ, 2016b), postavlja kriterije za lekarniško mrežo, kot je že opisano v predhodnih poglavjih, in s tem zagotovi geografsko dostopnost. Finančna dostopnost pa je področje Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. V Sloveniji imamo solidarni sistem, ki pomeni, da v zdravstveni proračun vplačujemo v skladu z osebnimi prihodki, zdravstvene storitve pa koristimo v skladu s potrebami. Priznati je potrebno, da na področju zdravil to ni popolnoma točno. Brez prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga zavarovanci plačujejo ne glede na višino osebnih prihodkov, bi morali veliko večino zdravil doplačati. Predlog ZLD (MZ, 2016b) je osredotočen na potrebe prebivalcev. Z določili zakona skuša zakonodajalec zaščititi strokovno neodvisnost lekarniških farmacevtov, saj prepoveduje vertikalno povezovanje med veletrgovino in lekarno ter proizvajalcem in lekarno. Prepozna tudi potrebo po celostni obravnavi v lekarni, zagotavljanju varnosti pri prehodu pacientov med različnimi nivoji zdravstvenega varstva in prihodu v domače okolje (brezšivna skrb), uvaja nove storitve, ki bodo izboljšale varnost in izide zdravljenja z zdravili (farmakoterapijski pregled, pregled uporabe zdravil), daje poudarek na lekarniških storitvah s tem, ko uvaja

² Gre za Direktive 2011/62/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 8. junija 2011 o spremembi Direktive 2001/83/ES o zakoniku Skupnosti o zdravilih za uporabo v humani medicini glede preprečevanja vstopa ponarejenih zdravil v zakonito dobavno verigo in Delegirane uredbe Komisije (EU) 2016/161 z dne 2. oktobra 2015 o dopolnitvi Direktive 2001/83/ES Evropskega parlamenta in Sveta z določitvijo podrobnih pravil za zaščitne elemente na ovojnicah zdravil za uporabo v humani medicini.

klinično farmacijo in konziliarnega farmacevta, ter uzakonja in regulira spletno lekarno. Spremenjeni pogoji bodo vplivali tudi na veletrgovine in na proizvajalce.

Tudi na proizvajalce vplivajo naraščajoča pričakovanja kupcev, padajo patenti, manjša je produktivnost raziskav in razvoja, v vseh državah se krepi regulacija in kontrola cen. Po drugi strani pa trg farmacevtskih proizvodov neprenehoma raste. Veletrgovci se pritiskom prilagajajo s konsolidiranjem in evropski prostor obvladujejo tri velike verige, ki imajo v nekaj evropskih državah tudi mrežo lekarn. V vrednostni verigi farmacevtske dejavnosti igrajo lekarne pomembno vlogo, saj so vezni člen med končnim uporabnikom in preostalim delom vrednostne verige, to je razvojem, proizvodnjo in distribucijo, kot je prikazano na Sliki 9.

Slika 9: Struktura vrednostne verige v lekarniški dejavnosti

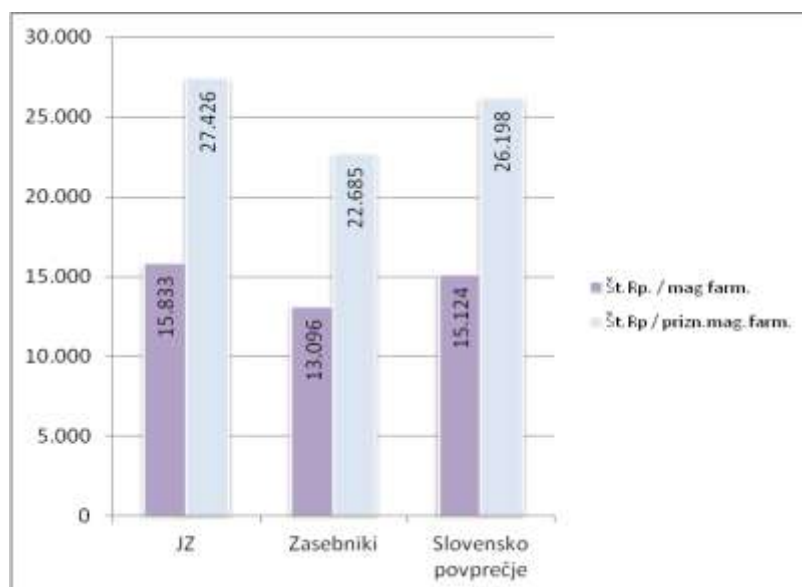


Vir: MZ, Predlog Zakona o lekarniški dejavnosti, 2016, str. 32, slika 3.

Strokovni farmacevtski delavci, po strokovni usposobljenosti in po številu, so najpomembnejši element za zagotavljanje kakovosti. Strokovna usposobljenost je pomembna na področju zagotavljanja kakovostnih zdravil, fizične preskrbe in skrbi za paciente. Izraz strokovna usposobljenost ne pokriva vseh zahtev za kakovostno izvajanje dejavnosti, zato danes govorimo o kompetencah. V najširšem pomenu kompetence opišemo kot sklop znanja, veščin, sposobnosti in tudi osebnostnih lastnosti, vrednot, motivacije, samopodobe, čustev, vzorcev razmišljanja ipd., ki vplivajo na to, kako bo posameznik deloval v konkretni delovni situaciji (Dunjić Lapuh, 2012, str. 34). LZS je izdelala kompetenčni model za magistre farmacije in pripravila nabor aktivnosti v javnih in bolnišničnih lekarnah. Pri kompetencah je definirana tudi stopnja njihove razvitosti, kar se določi s pomočjo ocenjevalne lestvice. Stopnja razvitosti kompetence je podlaga za razporeditev na določeno delovno mesto, za postavljanje osebnih in organizacijskih ciljev in za oblikovanje plana izobraževanja. Izobraževalnim institucijam kompetenčni model pomaga pri vsebinah dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja, zaposlenim v lekarniški dejavnosti in vodstvom organizacij pa kaže na potrebo po uvajanju koncepta vseživljenjskega učenja. Kompetenčni model in nabor aktivnosti sta jasno pokazala tudi potrebo po uvrstitvi novih delovnih mest oziroma nazivov v panožno kolektivno pogodbo.

Standardi in normativi v lekarniški dejavnosti izhajajo iz »Zelene knjige«. To je dokument iz leta 1982. Storitve v lekarniški dejavnosti so opisane s številom točk, ena točka pomeni 5 minut dela magistra farmacije. Nižanje vrednosti točke oziroma višanje produktivnosti, izraženo s številom točk na zaposlenega v lekarniški dejavnosti, je lekarniško dejavnost pripeljalo v situacijo, ko javne finance pokrijejo stroške dela za le dve tretjini zaposlenih (MZ, 2016b). Razvoj stroke, nova industrijsko izdelana zdravila, nova magistralna zdravila, potrebe pacientov in številni drugi razlogi jasno kažejo na neustreznost normativov v Zeleni knjigi. LZS je sprejela normative, ki pa bodo uveljavljeni, ko jih potrdi MZ. V dejavnosti se je število strokovnih delavcev povečevalo, vendar so javni zavodi in zasebniki s koncesijo za dodatni kader morali pridobiti sredstva z opravljanjem tržne dejavnosti. Razlika med priznanimi in dejansko zaposlenimi farmacevti je prikazana na Sliki 10.

Slika 10: Pogostnost izdaje zdravil v breme OZZ na slovensko povprečje glede na priznane in vse zaposlene magistre farmacije ter na pravno obliko, 2014, Slovenija



Vir: LZS, Normativi za magistra farmacije v lekarniški dejavnosti, 2015b.

3 NACIONALNA STRATEGIJA UVAJANJA KAZALNIKOV KAKOVOSTI V JAVNE LEKARNE

3.1 Opis stanja v Sloveniji

S kazalniki kakovosti želimo meriti in izboljševati kakovost izvajanja lekarniških storitev na področju varne in učinkovite uporabe zdravil za zagotavljanje optimalnih izidov zdravljenja in z zdravjem povezano kakovost življenja ljudi, izboljšati javno zdravje, zagotavljati kakovostno izdelavo magistralnih in galenskih zdravil ter zagotavljati pacientom in drugim uporabnikom lekarniških storitev kakovostna zdravila, medicinske

pripomočke ter druge izdelke za nego in varovanje zdravja. Tromp (2014) povzema razloge za uporabo kazalnikov kakovosti:

- izboljšanje kakovosti,
- benchmarking – primerjava v dejavnosti,
- izboljšanje izidov pri pacientih,
- izobrazba farmacevtskih strokovnih delavcev,
- predstavitev dokazov plačniku,
- obvladovanje in izboljšanje kakovosti,
- pomoč pri uveljavljanju in spremljanju standardov v dejavnosti,
- optimiziranje/nizanje stroškov,
- identifikacija goljufij in napak,
- večji profesionalizem farmacevtov.

Z nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) (Simčič, Kiauta, Poldrugovac, Rems, & Robida, 2010) so postavljene osnove za kazalnike kakovosti v zdravstvu, ki vključujejo evropska načela kakovosti, vrednote, namen in strateške cilje. Pri slednjih je delovna skupina na Ministrstvu za zdravje opredelila tudi nosilce. Lekarniška dejavnost lahko povzame osnovna izhodišča nacionalne strategije. Kot vsi drugi deležniki v zdravstvu bi morala opredeliti osnovna prednostna področja vidikov kakovosti in zanje uvesti kazalnike. Na podlagi ugotovitev o dejanski ravni kakovosti je nato potrebno postaviti minimalne standarde in ko izmerjene vrednosti od teh standardov odstopajo, poiskati vzroke ter ukrepati. Prepoznati je potrebno tudi primere izstopajočih nadpovprečnih praks in na tej podlagi pripraviti smernice za izboljšave. Nacionalna strategija prepozna tudi pomen ustrezne informacijske podpore in pomen povezovanja izvajalcev v zdravstvu ter partnerskega odnosa. Priročnik o kazalnikih kakovosti (Poldrugovac & Simčič, 2010) je oblikovala delovna skupina na Ministrstvu za zdravje in povzema kazalnike OECD in kazalnike kakovosti zdravstvenega varstva – HCQI ter ugotovitve projekta Zdravniške zbornice Slovenije »Kakovost v zdravstvu Slovenije«. Pri pregledu nacionalne strategije in kazalnikov v vseh omenjenih dokumentih ugotovimo, da so namenjeni prvenstveno spremljanju kakovosti v bolnišnicah, klinikah in institutih.

V lekarniški dejavnosti v Sloveniji javni zavodi spremljajo nekatere kazalnike kakovosti. Največ na področju finančnega poslovanja, pa tudi na področju učenja in rasti, manj na področju vidika strank in notranjih procesov. Na Lekarniški zbornici Slovenije je bila imenovana delovna skupina za kazalnike kakovosti, ki je z delom šele pričela. Skupino sestavljajo magistri farmacije in kot prednostne kazalnike so opredelili (LZS, 2013):

- farmacevtska intervencija v zvezi z ravnanjem ob neustrezno predpisanem receptu: napačen odmerni režim, pomanjkljivimi podatki v strokovnem delu recepta, sprememba terapije,

- farmacevtska intervencija ob napačno izdanem zdravilu,
- kakovost magistralnih zdravil,
- skladnost svetovanja s protokoli (samozdravljenje),
- skladnost svetovanja s smernicami in povzetkom temeljnih značilnosti zdravila (angl. *summary of product characteristics* – SmPC), kot na primer opozorilo glede vožnje, najpogostejši neželeni učinki zdravila,
- pritožbe uporabnikov, zadovoljstvo uporabnikov,
- izvajanje programov farmacevtske skrbi,
- število izdanih osebnih kartic zdravil,
- število opravljenih pregledov uporabe zdravil in farmakoterapijskih pregledov,
- število prijavljenih neželenih učinkov.

Javni zavodi, ki opravljajo lekarniško dejavnost, so prepoznali potrebo po spremljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti ter prednosti benchmarkinga. Vedno več zavodov sodeluje v razvojnih projektih Sekcije javnih zavodov pri LZS, ki so namenjeni prav izboljševanju kakovosti in varnosti preskrbe z zdravili in storitvami. To so projekti: farmacevtske intervencije, celovita farmacevtska obravnava, storitve klinične farmacije v domovih starejših občanov, druge kognitivne storitve in biometrije, vrednotenje storitev, sistem upravljanja z izdelki in storitvami, trženje promocijskih kapacitet lekarne, optimizacija poslovanja galenskih laboratorijev, strokovno svetovanje drugim zdravstvenim delavcem, sistem merjenja kakovosti lekarniških storitev s kazalniki kakovosti in primerjava v dejavnosti.

3.2 Vloga novih storitev pri razvoju in implementaciji kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti

Z uvajanjem projektov farmacevtske skrbi smo prvič naredili velik vsebinski in kakovostni premik v izvajanju lekarniške dejavnosti. Stroka je svojo pozornost preusmerila od zdravila k pacientu. Nadaljnji razvoj stroke in spremljanje potreb pacientov je pripeljal do novih storitev, ki jih lekarne izvajajo kot nadstandardne storitve za svoje paciente, saj nobena od teh ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To so: osebna kartica zdravil, merjenje glukoze in/ali holesterola s testi, ki se izvajajo izven laboratorija (angl. *point-of-care testing* – POCT), merjenje telesne mase, višine in izračun indeksa telesne mase, merjenje krvnega tlaka, pregled uporabe zdravil in farmakoterapijski pregled. Lekarniški farmacevti izvajajo tudi storitve klinične farmacije v domovih starejših občanov in drugih socialnovarstvenih zavodih. S farmacevtskimi intervencijami pa farmacevti najbolj neposredno izboljšujejo varnost uporabe zdravil oziroma preprečujejo in razrešujejo težave, povezane z zdravili.

Pri uvajanju novih storitev se lekarne srečujejo s številnimi ovirami, kot so (Grm, 2012, str. 48):

- storitve niso plačane,
- pomanjkanje strokovnega kadra v lekarnah,
- ni pripravljenih standardov in normativov,
- ni protokolov in smernic,
- nezainteresiranost farmacevtov,
- neustrezni prostori za izvajanje teh storitev,
- ni usposabljanja za nove storitve,
- majhne možnosti za spodbujanje zaposlenih.

Kljub oviram so nove storitve, v večjem ali manjšem obsegu, prisotne v lekarnah. Storitve farmakoterapijski pregled pa je uvrščena v Splošni dogovor 2016 (ZZZS, 2016b).

3.2.1 Farmacevtske intervencije

Farmacevtska intervencija je strokovni poseg lekarniškega farmacevta v primeru nepopolnosti, nejasnosti ali napak na predpisanem receptu, ki so lahko administrative ali strokovne narave in bi lahko povzročile ekonomske ali/in zdravstvene posledice za uporabnika ali zdravstveni sistem in ki niso skladne s temeljnim namenom zdravljenja in/ali zdravstvenimi pravili (MZ, 2016b). Farmacevtske intervencije:

- izboljšujejo varnost zdravljenja z zdravili,
- so kazalnik kakovosti dela farmacevtov,
- so kazalnik kakovosti dela zdravnikov,
- so kazalnik pomena farmacevtov za varnost in kakovost zdravstvenih storitev,
- uveljavljajo vlogo farmacevtov v zdravstvenem timu,
- so pomemben element za vrednotenje dela v lekarnah v pogajanjih z ZZZS.

Ob ugotovljeni napaki, nepopolnosti ali nejasnosti farmacevt v računalniškem sistemu ob samem procesu izdajanja zdravil intervencijo zabeleži v skladu s klasifikacijo DRP-SLO-V1 (Priloga 4) (LZS, 2016d). Projektna skupina Sekcije javnih zavodov pri LZS spremlja in analizira farmacevtske intervencije. Rezultati za obdobje oktober–december 2015 so za 13 javnih zavodov (v nadaljevanju JZ) prikazani v Tabeli 1. Potreba po intervenciji je po podatkih 13 JZ v 0,2–1,7 % vseh receptov. V Sloveniji smo v letu 2015 izdali zdravila na 17.053.909 receptov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, 2016), kar bi pomenilo, da najmanj 34.000 receptov potrebuje posredovanje farmacevta.

Postopek beleženja intervencij je potrebno poenotiti in vpeljati v vse slovenske lekarne, v nadaljevanju pa vzpostaviti sistem učenja na napakah in tako prispevati k večji varnosti pri predpisovanju in izdajanju zdravil. Zato je v postopku sprejemanja Standardni operativni postopek za farmacevtske intervencije. Po potrditvi pričakujemo, da bodo sistem beleženja intervencij uvedle vse lekarne, tako v javnih zavodih kot zasebne lekarne s koncesijo.

Tabela 1: Intervencije v 13 JZ, oktober–december 2015 (v %)

| Ime JZ | Delež intervencij v vseh receptih v % | Delež kritičnih intervencij v vseh intervencijah v % | Delež strokovnih intervencij v vseh intervencijah v % | Delež kritičnih intervencij v vseh strokovnih int. v %. |
|----------------------|--|---|--|--|
| Lekarna Ajdovščina | 0,50 | 56,30 | 86,20 | 65,30 |
| Celjske lekarne | 1,70 | 7,60 | 56,50 | 13,40 |
| Kraške lekarne | 0,40 | 9,60 | 61,60 | 15,60 |
| Lekarna Kočevje | 1,00 | 8,90 | 71,90 | 12,40 |
| Obalne lekarne Koper | 0,20 | 3,50 | 14,00 | 25,00 |
| Lekarna Krško | 1,30 | 4,60 | 1,30 | 4,60 |
| Lekarne Maribor | 0,20 | 29,00 | 73,10 | 39,70 |
| Goriška lekarna | 1,40 | 3,10 | 31,40 | 9,90 |
| Dolenjske lekarne | 0,70 | 23,70 | 28,20 | 83,80 |
| Lekarne Ptuj | 1,40 | 6,90 | 32,30 | 21,50 |
| Gorenjske lekarne | 0,70 | 2,30 | 35,20 | 6,70 |
| Lekarna Ribnica | 1,00 | 26,60 | 60,60 | 43,90 |

Vir: LZS, Sekcija javnih zavodov, Intervencije v 13 javnih zavodih, 2016e.

3.2.2 Osebna kartica zdravil

Osebna kartica zdravil (v nadaljevanju OKZ) je tabela, v kateri so zabeležena vsa zdravila na recept, zdravila brez recepta, prehranska dopolnila in medicinski pripomočki, ki jih pacient trenutno uporablja (glej Prilogo 5). Kot vir informacij za izdelavo OKZ se uporabi zdravstvena kartica pacienta in vsi podatki o uporabi zdravil in drugih izdelkov, ki jih farmacevtu poda pacient ali njegov skrbnik.. Pri vsakem zdravilu in drugem izdelku je zapisano, koliko, kako in kdaj ga je potrebno uporabiti. Podana so tudi ključna kratka opozorila in previdnostni ukrepi, kot na primer uporabiti pred jedjo, ob uporabi se izogibajte soncu ipd. Zdravila v tabeli so napisana po vrstnem redu, kot jih pacient uporablja. OKZ je koristen pripomoček zlasti za tiste paciente, ki uporabljajo več zdravil sočasno, pa tudi ta tiste, ki zdravil ne uporabljajo redno ali skladno z navodili, v primeru spremembe terapije. OKZ je koristen pripomoček tudi za skrbnike pacientov in v primeru, ko pacient obišče specialista ali je obravnavan v urgentni zdravstveni službi.

3.2.3 Pregled uporabe zdravil

Pregled uporabe zdravil (v nadaljevanju PUZ) je po definiciji storitev optimizacije in racionalizacije uporabe zdravil posameznega pacienta s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati njegovo z zdravjem povezano kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o uporabljenih zdravilih in informacij, ki mu jih poda pacient oziroma njegov skrbnik, opravi magister farmacije z ustreznimi kompetencami. Storitve je primarno namenjena pacientu za njegovo opolnomočenje pri zdravljenju z zdravili, poleg tega pa tudi zdravstvenim

delavcem za učinkovito, varno in racionalno zdravljenje z zdravili (LZS, 2016d). Storitve izvajajo magistri farmacije s pridobljenimi ustreznimi kompetencami.

Pri PUZ farmacevt:

- preveri pacientovo trenutno seznanjenost z zdravili, način uporabe, izkušnje pri uporabi ter sodelovanje pri zdravljenju z zdravili,
- prepozna težave, ki izvirajo iz pacientove trenutne seznanjenosti z zdravili, načina uporabe, izkušenj pri uporabi ter zavzetosti za zdravljenje z zdravili, zlasti pri neustreznih ali neučinkoviti uporabi ter neželenih učinkih in interakcijah med zdravili, ki lahko vplivajo na zavzetost za zdravljenje z zdravili,
- predlaga ukrepe za rešitev prepoznanih težav in izboljšanje pacientove seznanjenosti z zdravili, načina uporabe in zavzetosti pri zdravljenju z zdravili.

Če farmacevt med pregledom uporabe zdravil zazna težavo s farmakoterapijo, ki zahteva posvet z zdravnikom, tega ustrezno obvesti.

PUZ se konča z izdelavo OKZ. Praksa kaže, da je v današnji dobi informatizacije osebna kartica zdravil zelo dobrodošla pomoč, ki razreši veliko težav, povezanih z nepravilno uporabo zdravil. S tem se pomembno izboljša aderenza, ki je pri kroničnih bolnikih velika težava.

3.2.4 Farmakoterapijski pregled

Farmakoterapijski pregled (v nadaljevanju FTP) je definiran kot storitev optimizacije in racionalizacije zdravljenja z zdravili posameznega pacienta s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati njegovo z zdravjem povezano kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o predpisanih oziroma uporabljenih zdravilih ter vseh relevantnih kliničnih informacij o pacientovem zdravstvenem stanju in informacij, ki jih poda zdravnik in/ali pacient (oziroma skrbnik pacienta), opravi magister farmacije specialist klinične ali lekarniške farmacije z ustreznimi kompetencami (v nadaljevanju besedila magister farmacije specialist). Farmakoterapijski pregled temelji na prepoznavanju težav, povezanih z zdravili, ter ukrepov in priporočil zdravniku za njihovo preprečevanje in razreševanje. Pri tem gre za obravnavo dejanskih in potencialnih težav s stališča učinkovitosti in varnosti oz. težav, ki so posledica bremena, ki ga uporaba zdravil predstavlja za paciente. Poleg tega so za slovenski zdravstveni sistem pomembni tudi ekonomski izidi neustreznega zdravljenja z zdravili (LZS, 2016d).

FTP lahko izvajamo v različnih okoljih, pri čemer okolje določa način dela. Na primarni ravni zdravstvenega varstva zdravnik naroči farmakoterapijski pregled za pacienta na podlagi napotnice. Predlog lahko poda tudi farmacevt, ki opravlja storitev pregled uporabe zdravila (PUZ). Situacije, v katerih je farmakoterapijski pregled priporočljiv:

- ob sprejemu pacienta na bolnišnični oddelek,
- ob premestitvah na druge bolnišnične oddelke,
- ob odpustu pacienta iz bolnišnice (priporoča se tudi priprava osebne kartice zdravil),
- pri vseh osebah, ki imajo večje tveganje za težave, povezane z zdravili.

Za FTP potrebuje farmacevt podatke iz pacientove zdravstvene dokumentacije. V času razvojne naloge ZZZS »Varno predpisovanje zdravil«, v okviru katere so se v ambulantah Farmaceutov svetovalcev izvajali FTP, to ni bila težava. V omenjene ambulante so paciente napotili zdravniki, na napotnico zapisali vzrok napotitve in farmacevtu svetovalcu predali tudi vso relevantno zdravstveno dokumentacijo pacienta. Omenjen razvojni projekt je dal dobre rezultate, zato se ambulante farmaceutov svetovalcev uvajajo kot nova storitev in FTP bo v letu 2016 pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Iz zdravstvene dokumentacije farmacevt pridobi podatke o diagnozah (priporočljivo tudi leto postavitve), opravljenih preiskavah, izvidih (ki so povezani z zdravljenjem z zdravili ali diagnozami), predpisanih zdravilih in težavah, ki so lahko povezane z zdravljenjem z zdravili. Na podlagi zdravstvene dokumentacije, zdravnikove napotitve (ki praviloma vsebuje tudi razlog napotitve, npr. izražene težave) in pogovora s pacientom farmacevt pripravi farmakoterapijski izvid, ki ga vroči zdravniku. Pripravi lahko tudi OKZ za pacienta, vendar praviloma po spremembi terapije, če jo je v izvidu svetoval.

3.3 Raziskava o kazalnikih kakovosti v lekarniški dejavnosti

3.3.1 Podatki o kazalnikih kakovosti v evropskih državah

Evropska agencija za kakovost zdravil in zdravstvenega varstva (angl. *European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare* – EDQM) je direktorat znotraj Sveta Evrope, ki ima svoje poslanstvo: prispevati k osnovnim človekovim pravicam, ki se nanašajo na dostop do kakovostnih zdravil in zdravstvenega sistema. Cilj EDQM kazalnikov kakovosti je razvoj in validacija pragmatičnih kazalnikov, primernih za vlade v vseh državah, kazalnikov, ki pokrivajo 4 ključna področja farmacevtske skrbi za kontinuirano izboljševanje zdravstvenih izidov in kakovosti življenja pacientov. Odgovoren je Evropski komite za zdravila in farmacevtsko skrb (angl. *European Committee on Pharmaceuticals and Pharmaceutical Care*, CD-P-PH) (EDQM, 2015). Pričetek projekta sega v leto 2009, v obdobju 2013–2014 je potekala validacijska študija, ki jo je koordiniral EDQM. Postavljeni so kazalniki kakovosti na 4 področjih:

1. aderenza z nacionalnimi kliničnimi smernicami (antibiotiki),
2. spremljanje terapevtskih načrtov in varnosti zdravil s pomočjo izmenjave informacij o zdravstvenem stanju pacientov in v sodelovanju med zdravnikom in farmacevtom na področju uporabe antikoagulantov in antibiotikov,
3. strukturiran razgovor pacient – farmacevt s pomočjo »My Check List« (slov. kontrolni seznam),

4. implementiranje filozofije farmacevtske skrbi v redno delo:
 - a) število pisnih navodil pri prvi izdaji zdravila/vsi pacienti, ki so prvič dobili zdravila,
 - b) število pacientov, ki so pri samozdravljenju prejeli nasvet/število vseh pacientov, ki so prejeli OTC zdravilo.

EuroPharm Forum je bil ustanovljen leta 1992 s ciljem izboljšati vlogo farmacevta v zdravstvenem sistemu tako, da pomaga pri razvoju najboljših praks in sodeluje pri boljši izkoriščenosti potenciala farmacevtov in lekarn. Deluje v partnerstvu z WHO. V okviru EuroPharm Foruma so bili razviti projekti farmacevtske skrbi in način dela je danes del dnevne prakse v evropskih lekarnah.

Pogledali smo še podatke PGEU. Pregledna tabela (angl. *fact sheet*) iz leta 2015 je narejena na podlagi anket med državami članicami, ki so odgovorile na vprašanja (PGEU, 2015):

1. ali obstaja v državi regulatorno telo, ki uporablja kazalnike kakovosti za nadzor nad lekarnami,
2. če takšno telo obstaja,
 - a) kako se imenuje,
 - b) čemu so kazalniki kakovosti namenjeni,
 - c) so rezultati merjenja dostopni javnosti,
 - d) ali so kazalniki kakovosti povezani s financiranjem (angl. *reimbursement*),
 - e) ali se spremlja karkoli drugega,
3. če takšno telo ne obstaja,
 - a) ali je v državi prisoten namen za razvoj in implementacijo kazalnikov kakovosti,
 - b) če obstaja namen za implementacijo kazalnikov, kateri kazalniki so to,
 - c) ali obstaja kakšno drugo opazovano področje.

Regulatorno telo obstaja na Irskem. To je Irsko farmacevtsko društvo. Na Irskem obstajajo standardi, ne poimenujejo jih indikatorji. Na Portugalskem so farmacevti zakonsko dolžni vzpostaviti sistem upravljanja kakovosti. V Švici je nadzor kakovosti v lekarnah uzakonjen z nacionalno in lokalno zakonodajo. Obstajajo tudi priporočila farmacevtskih združenj po kantonih in sistem upravljanja kakovosti. Farmacevt, ki uspešno opravi revizijo, prejme QMS certifikat (angl. *Quality Management System*), ki ga lekarna objavi na vidnem mestu. Farmacevti, ki imajo sklenjeno pogodbo LOS IV, lahko k ceni zdravila zaračunajo dodatno storitev, ki jo zavarovalnica refundira.

V veliko evropskih državah razvijajo kazalnike kakovosti in se pripravljajo na njihovo implementacijo. Takšen primer je Belgija, kjer profesionalno združenje pripravlja kazalnike struktur, procesov in izidov. V Bolgariji farmacevtsko društvo pripravlja standard – koliko časa je potrebnega za izdajo predpisanega zdravila. V Estoniji je skupina,

sestavljena iz lekarniških farmacevtov, univerze in agencije za zdravila sestavila vodnik za usposobljenost, katerega vsebina obsega informiranje o neželenih učinkih, izvajanje različnih storitev, indikatorje samozdravljenja, MUR, lekarniško opremo, izdelavo ex tempore zdravil, izobraževanje – trening. V Nemčiji je delo lekarn pod nadzorom, vendar nimajo kazalnikov kakovosti. Tudi na Madžarskem potekajo aktivnosti. Imajo nacionalni projekt za farmacevtsko skrb, ki vključuje indikatorje za merjenje profesionalnih storitev. Zavarovalnica finančno spodbuja generično substitucijo. V Makedoniji je delo v lekarnah zakonsko regulirano. V skladu z zakoni bi morale kazalnike kakovosti predpisati ministrstvo, pristojno za zdravje, kar pa se še ni zgodilo. Norveška agencija za medicino ima nalogo, da oblikuje kazalnike kakovosti za lekarne.

Westerlund (2015) je za Švedsko iz javno dostopnih podatkov (članki, EDQM) zbral 450 kazalnikov. Izločil je podvojene kazalnike, kazalnike, ki ne ustrezajo pogojem lekarniške dejavnosti na Švedskem, kazalnike, ki bi jih težko merili, in prišel do 21 kazalnikov, od tega 5 + 2, ki bi jih poročali ministrstvu za zdravje in socialni službi. Za 5 kazalnikov je oblikoval 12 vprašanj. Odziv na spletni vprašalnik je bil 85 %. Vprašanja so bila naslednja:

1. ali ima lekarna sistem, dostopen preko spletne strani lekarne, preko katerega lahko pacient naroči predpisano zdravilo in prejme s stani lekarne povratno informacijo oz. zagotovilo, da ga bo zdravilo ob njegovem prihodu čakalo v lekarni,
2. ali ima lekarna pisna navodila, ki se nanašajo na svetovanje OTC zdravil (zdravila brez recepta, angl. *over-the-counter*) za ljudi in za živali,
3. ali lekarna zagotavlja individualno svetovanje v zasebnem, z invalidskim vozičkom dostopnem prostoru tako za zdravila na recept kot za zdravila brez recepta na način, da svetovanja ostali obiskovalci in zaposleni ne vidijo in ne slišijo,
4. ali lekarna zagotavlja svetovanje o zdravilih in njihovi uporabi po predhodni najavi,
5. ali ima lekarna pisna navodila za osebje glede ravnanja v primeru napak in ali ima vzpostavljen sistem učenja na napakah,
6. odstotek pacientov, katerih recepti so pregledani glede na doziranje, interakcije, podvajanje terapije, kontraindikacije, neprimerno uporabo za otroke ali starostnike s pomočjo elektronskih baz,
7. povprečno število ur kontinuiranega profesionalnega razvoja o uporabi zdravil na recept in OTC zdravil v zadnjih letih za vse strokovne delavce v lekarni.

Danska ima vzpostavljen nacionalni sistem za podporo nenehnemu izboljševanju kakovosti za celoten zdravstveni sistem. Postavila je standarde kakovosti in metode za njihovo merjenje in spremljanje. Za kakovost je zadolžen poseben organ znotraj ministrstva za zdravje (The Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare, 2010). Sistem temelji na akreditaciji, ki preverja skladnost s postavljenimi standardi. Za področje lekarniške dejavnosti imajo 34 standardov na področju managementa, obvladovanja kakovosti in tveganj, dokumentacije in podatkov, zaposlovanja in kompetenc, pripravljenosti v izrednih razmerah in zaloge, opreme in tehnologije, informacij in

komunikacije, koordiniranja in kontinuitete, zdravstvenih storitev. Meštrović (b.l.) za Hrvaško predlaga kazalnike, ki pokažejo na:

- razmerje med številom farmacevtov in številom pacientov,
- kontinuirano usposabljanje na področju farmacevtske skrbi,
- izdajanje zdravil in čas, namenjen pacientu in svetovanju,
- javno zdravje,
- pregled in revizija uporabe zdravil,
- dokumentiranje opaženih neželenih učinkov, interakcij in intervencij,
- interprofesionano sodelovanje,
- samozdravljenje, spremljanje izidov zdravljenja,
- dodatne storitve in kontrolna merjenja.

Nizozemska ima inšpektorat za javno zdravje (IGZ), kraljevo združenje farmacevtov (KNMP) in strokovno in poslovno združenje farmacevtov (Apotheek.nl). Spremljajo kazalnike kakovosti in varnosti v zdravstvenem varstvu. Kazalnike uporablja ministrstvo za zdravje, potrošniške organizacije, zavarovalnice. Rezultati so dostopni javnosti. Nekateri kazalniki so povezani s financiranjem. Nizozemska je v procesu razvoja in validacije oblikovala 42 kazalnikov, od tega 6 za področje svetovanje pacientom, 10 za področje kliničnega tveganja, 7 za magistralno izdelavo zdravil, 3 za izdajanje zdravil, 11 za spremljanje uporabe zdravil in 5 za vodenje kakovosti.

Kazalniki s področja svetovanje pacientom so:

1. pacientu ponuditi praktičen prikaz (inštrukcije) pravilne uporabe inhalatorja, ko mu je ta prvič predpisan,
2. odstotek pacientov, ki uporabljajo inhalatorje, ki so bili deležni praktičnega prikaza uporabe inhalatorja,
3. preverjanje pravilne uporabe merilcev glukoze v krvi pri diabetikih,
4. odstotek uporabnikov benzodiazepinov, ki so ob prvem predpisu zdravila dobili ustno informacijo o varni vožnji,
5. odstotek uporabnikov benzodiazepinov, ki so v primeru predpisa zdravila na ponovljivi recept prejeli informacijo o odvisnosti od zdravila,
6. odstotek uporabnikov antidepresivov, ki so ob prvem predpisu zdravila prejeli ustno informacijo o zamiku učinka.

Kazalniki s področja kliničnega tveganja so:

1. dokumentacija o trenutni uporabi zdravil, pred izdajanjem zdravil,
2. razpoložljivost protokolov, ki se nanašajo na preverjanje kontraindikacij,
3. kontakt z zdravnikom glede potrditve kontraindikacij,

4. odstotek diabetikov na inzulinu in/ali oralnih antidiabetikih z dokumentiranimi kontraindikacijami,
5. odstotek pacientov, starejših od 55 let, z dokumentiranimi kontraindikacijami zaradi srčnega popuščanja,
6. dostopnost protokolov, ki se nanašajo na preverjanje možnega neprenašanja (angl. *intolerabilities*) zdravila,
7. odstotek pacientov z dokumentirano alergijo na penicilinske antibiotike,
8. dokumentiranje interakcij med zdravili,
9. vodenje interakcij med peroralnimi antikoagulantami in kotrimoksazolom,
10. število pacientov, ki uporabljajo antikoagulate in kotrimoksazol ali mikonazol.

Kazalniki s področja magistralne izdelave zdravil so:

1. ocena farmakoterapevtske racionalnosti za ex tempore izdelavo zdravil,
2. odstotek izdelave kapsul z analizo teže,
3. odstotek magistralno izdelanih zdravil, poslanih v analizni laboratorij,
4. odstotek magistralnih zdravil, namenjenih sistemski uporabi, s kontrolo odmerka (doze),
5. odstotek magistralno izdelanih zdravil za sistemsko uporabo, za katera je bila narejena kontrola interakcij posameznih komponent,
6. končni nadzor magistralnega zdravila, ki ga je izdelal farmacevtski tehnik, s strani magistra farmacije,
7. vzpostavljen sistem preverjanja, v kolikor je bilo magistralno zdravilo izdelano v drugi lekarni.

Kazalniki s področja izdajanje zdravil so:

1. odstotek izdanih zdravil v skladu s protokolom, ki zagotavlja varnost procesa,
2. število dni, ko opozorila glede zdravil farmacevt ni pregledal isti dan,
3. odstotek pacientov v domovih, starejših od 65 let, ki so jim bila zdravila izdana v individualiziranih dozirnih sistemih.

Kazalniki s področja spremljanje uporabe zdravil so naslednji:

1. odstotek pacientov, ki redno uporabljajo diuretike zanke in inhibitorje renin-angiotenzin sistema in so prejeli nesteroidna protivnetna zdravila (NSAR),
2. odstotek uporabnikov COX-2 inhibitorjev s sočasno uporabo zdravil, ki so indicirana pri ishemični srčni bolezni,
3. odstotek uporabnikov benzodiazepinov, starejših od 65 let, ki kronično uporabljajo benzodiazepine,
4. odstotek uporabnikov NSAR, ki uporabljajo zdravila za zaščito želodčne sluznice,
5. odstotek pacientov, ki sočasno uporabljajo nitrate in antitrombotike,

6. odstotek pacientov, ki jemljejo opiatne analgetike in uporabljajo odvajala,
7. odstotek pacientov s prenizkim odmerkom inhalacijskih kortikosteroidov ob sočasni prekomerni uporabi bronhodilatatorjev,
8. odstotek pacientov diabetikov, ki imajo kot zdravilo prvega izbora predpisan metformin,
9. odstotek uporabnikov uspaval, ki kronično uporabljajo uspavala z daljšim razpolovnim časov,
10. odstotek izdanih kinolonov tretje generacije,
11. število pregledov uporabe zdravil, narejenih pacientom s polifarmakoterapijo (5 ali več zdravilnih učinkovin).

S področja vodenja kakovosti spremljajo naslednje kazalnike:

1. razpoložljivost postopka za beleženje napak pri izdajanju zdravil še znotraj lekarne,
2. število zabeleženih napak, narejenih pri izdajanju zdravil, še znotraj lekarne,
3. leto zadnjega preverjanja zadovoljstva pacientov,
4. število zabeleženih pritožb s strani pacientov,
5. število neželenih učinkov zdravil, prijavljenih državni agenciji.

3.3.2 Raziskava o spremljanju kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost v Sloveniji

3.3.2.1 Raziskava o spremljanju kazalnikov med javnimi zavodi, ki opravljajo lekarniško dejavnost

Z vprašalnikom (Priloga 1) smo raziskali, ali in s katerimi kazalniki javni lekarniški zavodi (v nadaljevanju JZ) merijo kakovost storitev, zdravil in drugih izdelkov. Vprašalnik je bil poslan po elektronski pošti vsem 24 lekarniškim JZ, in sicer direktorjem ali strokovnim direktorjem ter 87 zasebnim lekarnam. V celoti izpolnjen vprašalnik je vrnilo 23 JZ, žal nobena zasebna lekarna

Med 23 javnimi zavodi jih ima 12 certifikat ISO 9001:2008, 1 JZ ima procese opredeljene v skladu z načeli poslovne odličnosti, 5 JZ bo pristopilo k procesu certifikacije za ISO, 1 JZ bo pristopil k certificiranju ISO in pridobitvi poslovne odličnosti. JZ s certifikatom ISO vidijo prednosti sistema v procesnem pristopu. Opredeljeni procesi so medsebojno povezani, vsak proces ima svojega skrbnika. Druga prednost sistema ISO je proaktivni pristop, saj je potrebno vse procese redno spremljati in s preventivnimi in korektivnimi ukrepi slediti spremembam in vnašati izboljšave v celoten sistem poslovanja po principu Demingovega kroga PDCA, planiraj – izvedi – preveri – ukrepaj (angl. *Plan – Do – Check – Act – PDCA*). JZ, ki imajo ali bodo pridobili certifikat kakovosti ISO, so kot prednosti navedli:

- učinkovitejše vodenje in načrtovanje,
- pregledno in sistematično urejeni podatki,
- uporaba sistema vodenja kakovosti pri vsakodnevem delu, ustrezno dokumentiranje, redne presoje in stalno dopolnjevanje,
- ureditev poslovanja v lekarni,
- zadostitev vedno večjim pričakovanjem uporabnikov in zaposlenih – potrebno je nenehno izboljševati kakovost dela in storitev,
- urejen sistem kakovosti na nivoju zavoda, večja osredotočenost in angažiranost zaposlenih pri uvajanju izboljšav ter jasno definirani cilji zavoda,
- ISO dokumentira vse procese, sili k evidencam, ovrednotenju, reševanju problemov in slabosti, optimizaciji procesov; s tem dokazujemo pravilnost delovanja in dela v zavodu na vseh nivojih – poslovnih, strokovnih,
- ureditev dokumentacije interno in poenotenje dokumentov po vseh enotah,
- natančno popisani procesi, vzpostavljene enotne evidence, boljša preglednost, lažje spremljanje in nadzor; tako lažje stremimo k neprestanemu dvigu kakovosti in uvajanju izboljšav; želimo si večjo sledljivost vseh procesov zadovoljstvo strank in zaposlenih,
- dokazovanje urejenosti delovanja javnosti in ustanoviteljem,
- razvoj lekarniške dejavnosti, uvajanje stalnih izboljšav, kakovostno poslovanje, strokoven stik s strankami, izboljšanje poslovnega rezultata.

Zanimiva je navedba, da je JZ ISO uvedel zaradi pritiska okolice. Isti JZ meni, da bi lekarniška dejavnost potrebovala svoj standard kakovosti. 1 JZ podpira sistem kakovosti v skladu s poslovno odličnostjo. Meni, da je s tem zagotovljeno bolj celovito spremljanje poslovanja, izidov in uvajanje novosti ter nenehne izboljšave.

Nasprotniki uvedbe ISO certifikata pa navajajo kot razlog predvsem pomanjkanje kadra, saj uvedba procesa zahteva velik vložek vodstva in vseh zaposlenih. Drugi navedeni razlogi se nanašajo na urejenost in kakovost v dejavnosti, ki jo zagotavlja že upoštevanje predpisov, DLP in kodeksa etike, zato JZ ne vidijo potrebe po certificiranju.

Ključne ugotovitve raziskave so naslednje:

1. JZ spremljajo od 5 do 65 kazalnikov. Pri anketi namenoma nismo uporabili napotil, ker nas je zanimalo, kaj lekarne smatrajo kot kazalnike kakovosti dela in poslovanja. Imamo pa zato težavo pri interpretaciji rezultatov, saj so lekarne, po naši oceni, za vsebinsko enak kazalnik uporabile različne izraze. Zato v pregledu smiselno povzemamo ugotovitve. V primeru, da je JZ označil, da spremlja kazalnik mesečno, kvartalno in letno, smo to upoštevali kot mesečno, saj predvidevamo, da vse kazalnike, ki jih spremljajo mesečno, spremljajo tudi letno.
2. 20 JZ spremlja zadovoljstvo uporabnikov in zadovoljstvo zaposlenih; kazalnik spremljajo enkrat letno.

3. Izobraževanje zaposlenih spremlja 19 JZ. Vodijo evidence po številu dni in po finančnih stroških. JZ, z izjemo enega, ne navajajo spremljanja učinkovitosti izobraževanja in usposabljanja, 1 JZ navaja, da udeleženci izobraževanja ostalim sodelavcem poročajo.
4. Število receptov in število točk, ki izraža obremenjenost kadra, spremlja 13 JZ. 10 JZ spremlja število receptov in število točk mesečno. JZ primerjajo število receptov in storitev s preteklim letom. Zavodi vodijo ločene evidence privatnih receptov in veterinarskih receptov, saj to zahteva Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil (Ur.l. RS, št. 86/2008, 45/2010). Kazalnik število receptov na farmacevta na leto in število točk na farmacevta na leto je pokazatelj obremenjenosti. Pri tem praviloma upoštevajo število farmacevtov ali število zaposlenih iz ur. Število receptov in število storitev na priznanega farmacevta po Splošnem dogovoru pa je pokazatelj podfinanciranosti v dejavnosti. Pokazatelj obremenjenosti je tudi število izdaj na obnovljive recepte, za kar farmacevt porabi več časa in tudi svetovanje je strokovno bolj zahtevno, saj pacient celo leto ne pride do svojega zdravnika. 1 JZ navaja tudi spremljanje točk za zdravila, izdana brez recepta. 1 JZ preračuna tudi razliko v ceni pri prodaji drugega blaga v točke in tako oceni ustreznost razporeditve kadra v svojih lekarnah po izobrazbeni strukturi in po številu. Zanimiv je tudi podatek o povprečni vrednosti zelenega recepta.
5. Dneve vezave zalog spremlja 12 JZ. JZ vodijo tudi evidence zdravil in drugega blaga s slabim rokom uporabe.
6. Farmacevtske intervencije beleži 9 JZ, 1 JZ ima proces v uvajanju. 3 JZ navajajo ločene evidence o administrativnih, strokovnih in strokovnih kritičnih intervencijah ter število rešenih kritičnih farmacevtskih intervencij. Beleženje intervencij JZ spremljajo mesečno.
7. Reklamacije dobaviteljem spremlja 6 JZ.
8. Reklamacije kupcev beleži 6 JZ, in sicer smo upoštevali: stornacije računov, reševanje napak pri prodaji po protokolu, število neželenih dogodkov. 1 JZ navaja: število stornacij računov zaradi strokovnih razlogov pri izdaji zdravil, število stornacij računov zaradi kritičnih strokovnih razlogov, število vseh ugotovljenih neželenih dogodkov in število vseh kritičnih odstopanj v merjenem obdobju.
9. Knjiga pritožb, pohvale, pripombe in pritožbe uporabnikov so kot kazalnik kakovosti navedli 3 JZ.
10. JZ vodijo strokovne evidence v skladu z zahtevami Pravil dobre lekarniške prakse (LZS, 2013), Pravilnika o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil (Ur.l. RS, št. 86/08, 45/10) ter Pravilnika o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti (Ur.l. RS, št. 36/06). Te evidence so obvezne. JZ pa vodijo še dodatne evidence z namenom zagotavljanja kakovosti zdravil, ostalega blaga in storitev. Evidence kot kazalnik kakovosti so navedli 4 JZ. Predvidevamo, da je vodenje strokovnih in ostalih evidenc v JZ zaradi narave dela, upoštevanja predpisov ter internih in zunanjih nadzorov tako vpeljana, da JZ tega niso posebej izpostavili. Sami predpisi tudi določajo, ali se določena evidenca vodi dnevno, mesečno ali letno. Vse organizacije v Sloveniji vodijo

še evidence v skladu z delovnopravno zakonodajo, predpisi, ki urejajo varstvo in zdravje pri delu, predpisi, ki urejajo varovanje osebnih podatkov.

11. Izvajanje in ugotovitve internih nadzorov, vodstvenih pregledov, interne revizije, notranje in zunanje presoje kot kazalnik navaja 6 JZ.
12. Nove kognitivne storitve evidentira 5 JZ, večina navaja ločeno OKZ, PUZ in FTP, 1 JZ navaja kognitivne storitve skupaj.
13. Obremenjenost kadra merijo JZ z različnimi kazalniki. Omenili smo že število receptov in število točk, bodisi na farmacevta, na zaposlenega ali na priznan kader po Splošnem dogovoru. Pokazatelj obremenjenosti je še:
 - a. število prebivalcev na lekarno,
 - b. število zaposlenih farmacevtov na lekarno,
 - c. število izdelanih PUZ in FTP na število usposobljenih farmacevtov za izvajanje PUZ in FTP,
 - d. število ostalega blaga na farmacevta iz ur,
 - e. izdani računi na zaposlenega iz ur.

Finančne kazalnike poslovanja je navedlo 13 JZ. Med njimi najpogosteje navajajo:

- gospodarnost (celotni prihodki/celotni odhodki) enkrat letno spremlja 9 javnih zavodov;
- spremljanje poslovnega izida navaja 13 JZ, od tega jih 9 spremlja poslovni izid mesečno. Večina JZ spremlja poslovni izid posameznih lekarniških enot. Navajajo tudi primerjavo plana in realizacije;
- spremljanje prodaje (izločeno je izdajanje zdravil na recept) je navedlo 6 JZ. Prodajo spremljajo finančno, po številu izdanih računov, spremljajo še število računov na zaposlenega; JZ, ki imajo galenski laboratorij, spremljajo prodajo in razliko v ceni lastnih izdelkov, JZ, ki izvajajo merjenje glukoze in holesterola kot plačljivo storitev, spremljajo tudi te podatke;
- med finančnimi kazalniki JZ navajajo še naslednje:
 - delež amortizacije v celotnem prihodku,
 - stopnja odpisanosti opreme,
 - delež terjatev v celotnem prihodku,
 - koeficient plačilne sposobnosti,
 - koeficient zapadlih obveznosti,
 - kazalnik zadolženosti,
 - pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi,
 - prihodkovnost sredstev,
 - kazalniki stanja financiranja,
 - kazalniki investiranja,
 - kazalnik likvidnosti,
 - kazalnik donosnosti,
 - kazalnik produktivnosti,

- finančna analiza nabave po dobaviteljih,
- nivelacije cen,
- fakturiranje zavarovalnicam (OZZ in PZZ),
- evidenca obresti,
- rabati,
- donosnost sredstev,
- donosnost kapitala,
- prihodki in odhodki na zaposlenega, promet na zaposlenega,
- bruto dobiček na delavca,
- celotni prihodki in prihodki od poslovanja,
- celotni odhodki in odhodki od poslovanja,
- delež prihodkov javne službe,
- delež prihodkov trg,
- presežek (dobiček) iz poslovanja pred obdavčitvijo,
- čisti presežek (dobiček),
- presežek iz javne službe,
- presežek iz trga,
- finančni odhodki,
- sredstva,
- stalna sredstva,
- gibljiva sredstva,
- kapital, obratni kapital, celotni kapital,
- dolgoročne obveznosti,
- kratkoročne obveznosti,
- kazalnik ekonomičnosti,
- stroškovnost dela,
- stroški blaga, stroški materiala, stroški storitev,
- razlika v ceni skupna, v ročni prodaji,
- delež plačil največjega plačnika,
- plače in nadomestila plač.

Druga področja, ki so jih JZ navedli v anketi, so še:

- vodenje evidence o poročanju o neželenih učinkih zdravil,
- standardni operativni postopki so skladni s Pravili dobre lekarniške prakse,
- izvajanje dela v dežurni službi v skladu s protokolom,
- izvajanje oskrbe z metadonom v skladu s protokolom,
- rezultati inventure,
- promocija zdravja – število predavanj in člankov za laično javnost, predavanja v šolah in vrtcih, sodelovanje v raziskavah na področju javnega zdravja,
- realizacija zastavljenih projektov,
- cilji z vidika uporabnikov,

- svetovanje uporabnikom.

Na vprašanje, ali bi se strinjali z enotnimi kazalniki za dejavnost, je od 22 JZ odgovorilo pritrdilno, samo en JZ se s tem predlogom ne strinja.

Ugotavljamo, da JZ prednostno spremljajo finančne kazalnike. Razlog je v sistemu financiranja, ki ne zadošča za pokrivanje stroškov dela in ostalih stroškov, zato so JZ aktivni na področju iskanja drugih virov za financiranje dejavnosti. Ilustrativen je podatek o strukturi cene zdravila – primerjava med povprečjem EU in Slovenijo (Kemofarmacija, 2016):

- struktura končne cene v EU: 66,1 % proizvajalec, 18,8 % lekarna, 9,9 % država (davek), 5,2 % veletrgovec (MZ, 2016b, str. 36),
- struktura cene v Sloveniji: 76,5 % proizvajalec, 10,1 % lekarne³, 4,7 % veletrgovina, 8,7 % država.

Z anketo smo iskali tudi **namen uporabe kazalnikov**. Navedli so naslednje:

- za svet zavoda in strokovni svet;
- za sprejemanje poslovnih odločitev in ukrepanje;
- poskušajo narediti izboljšave v sodelovanju s strokovnimi delavci lekarne;
- za odločanje o upravljanju z viri;
- za izboljšanje poslovanja;
- za načrtovanje in poslovne odločitve (mreža lekarn, ureditev enot, zaloge, poslovni čas, plan izobraževanja);
- za načrtovanje izobraževanj;
- pri letnih razgovorih;
- za primerjavo med zaporednimi leti in primerjavo z drugimi zavodi;
- informacije posredujejo zaposlenim, obravnavajo jih na strokovnem svetu in svetu zavoda;
- za pravočasno prepoznavanje odstopanj od plana in sprejemanje ukrepov;
- sprejeti ukrepi so zavezujoči za kompetentne zaposlene po področjih;
- v dogovoru z vodji za sprejetje ukrepov za izboljšanje kakovosti;
- na podlagi rezultatov načrtujemo in korigiramo nadaljnje ukrepe;
- za nadzor in izboljšanje procesov;
- za merjenje in nadziranje učinkovitosti poslovanja in pripravo ukrepov;

³ Kot je razvidno iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2015, je iz naslova OZZ porabljenih 280,8 milijona evrov, od katerih 24,3 milijona za delo lekarn, kar pomeni, da je bil delež za delo lekarn 8,65 %. V kolikor pa upoštevamo celotni strošek za zdravila na zeleni in beli recept, ki je bil v letu 2015 446.039.856 EUR, ter celotni program za lekarniško dejavnost (PZZ + OZZ), ki je bil 40.911.411 EUR, pa je delež programa lekarniške dejavnosti v celotnih stroških za zdravila 9,17 %.

- podatki služijo vodstvu zavoda za spremljanje načrtovanega in sprejem nadaljnjih ukrepov;
- letni podatki za uvedbo izboljšav in načrtovanje, za usmerjanje poslovanja, določanje razlike v ceni, kreiranje kadrovske politike ipd.;
- za kontrolo uspešnosti poslovanja JZ kot celote in po enotah, so osnova za ukrepe;
- zapisani so v letnem poročilu, so osnova za program dela in finančni načrt.

2 JZ nista podala odgovora. Večina JZ meri in spremlja določene kazalnike z namenom izboljšanja poslovanja in kot podlago za sprejemanje poslovnih odločitev.

Na vprašanje, kako spremljajo uspešnost ukrepov, ki jih sprejemajo na podlagi kazalnikov, je odgovorilo 19 JZ, in sicer:

- letno pregledamo, če smo bili uspešni pri realizaciji zadanih ukrepov;
- s spremljanjem gibanja vrednosti kazalnikov v določenem obdobju;
- na podlagi primerjav;
- uspešnost poslovanja enote, obseg poslovanja in finančni izid; s primerjavo kazalnikov pred in po sprejetju ukrepov;
- s primerjavo tekočega obdobja glede na preteklo leto in plan;
- merjenje ključnih kazalnikov, pogovor z zaposlenimi, spremljanje realizacije storitev, prometa;
- po določenem časovnem obdobju ponovno pogledamo kazalnike in jih primerjamo s predhodnim stanjem ter ugotovimo uspešnost ukrepov;
- z evalvacijo rezultatov, ki so bili merjeni;
- ukrepe spremlja zadolžena oseba, poroča vodji, direktorju in ovrednoti ukrep glede na terminski plan za določen kazalnik;
- izboljšanje poslovnih rezultatov, pregled knjige pohval in pritožb, interni strokovni nadzor;
- preverimo, ali so bili ukrepi izvedeni in zabeležimo v ustrezne evidence;
- evidentiramo sprejete ukrepe na kolegiju in strokovnem svetu, kar nadalje spremljamo kot planiranje in izvajanje preventivnih in korektivnih ukrepov, tudi finančne kazalnike štejemo med kazalnike kakovosti;
- kvartalno pregledamo poslovne, finančne rezultate, število intervencij, pritožb in glede na primerjavo s planom pripravljamo usmeritve in korekcije pri delovanju zavoda;
- z anketami, z analizo rezultatov – primerjava s preteklim obdobjem pri letnih razgovorih zaposlenih, v registru tveganj, v izjavi o oceni notranjega nadzora.

Ugotovimo lahko, da JZ pretežno spremljajo uspešnost poslovanja, saj je največ kazalnikov usmerjenih na finančni vidik. Ti podatki so tudi najlažje dostopni. Varnost obravnave spremlja vedno več JZ preko beleženja farmacevtskih intervencij. Mreža lekarn v Sloveniji omogoča dobro dostopnost do lekarniških storitev, logistika dobave zdravil in

zaloge v lekarni pa zagotavljata, da pacient dobi pravo zdravilo pravočasno. Z nabavo v zakonsko predpisani poti (proizvajalec – veletrgovina – lekarna) in s strogim nadzorom nad pogoji shranjevanja lekarne pacientom zagotavljajo kakovostna in varna zdravila. Z uvajanjem novih storitev (OKZ, PUZ in FTP ter farmacevtska skrb) pa farmacevti svojo pozornost preusmerjajo od zdravila k pacientu.

3.3.2.2 Kazalniki, ki jih za lekarniško dejavnost spremlja Ministrstvo za zdravje

MZ v Poročilu o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov za lekarne spremlja naslednje kazalnike, ki jih primerja v časovni vrsti (MZ, 2016a):

- nominalni znesek plačila za delo lekarn iz proračuna ZZZS,
- presežek prihodkov nad odhodki v nominalnem znesku in odstotku napram celotnim prihodkom,
- davek od dohodka skupno ter ločeno glede na rezultat poslovanja na področju izvajanja javne službe in prihodkov iz opravljanja tržne dejavnosti,
- kumulativni presežek od leta 2009,
- rast celokupnih prihodkov,
- razmerje med prihodki javne službe in tržne dejavnosti,
- celotni odhodki, razdeljeni še na stroške blaga, materiala in storitev,
- presežek v skupni vrednosti ter presežek iz opravljanja javne službe,
- plače zaposlenih,
- število zaposlenih,
- povprečni mesečni strošek plač in nadomestil na zaposlenega.

Ugotavljamo, da MZ spremlja zgolj finančne kazalnike. Kot vse druge dejavnosti v zdravstvu, bi tudi lekarniška dejavnost morala postaviti standarde in normative, kar je naloga ministrstva v sodelovanju z LZS. Večkrat smo že omenili, da predstavljajo zdravila velik izdatek v zdravstvu, predstavljajo pa tudi pomemben element pri podaljševanju kakovostnih let življenja. Če upoštevamo še dostopnost lekarniških strokovnih delavcev, lahko ugotovimo, da je v slovenskih lekarnah neizkoriščen potencial znanja, ki bi lahko veliko prispeval k izboljšanju javnega zdravja.

3.4 Predlog kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost

Večina JZ (91 %) se strinja, da bi uvedli enotne kazalnike kakovosti za lekarniško dejavnost na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Lekarniška dejavnost v Sloveniji potrebuje sistem uravnoteženih kazalnikov. Iz ankete je razvidno, da JZ natančno spremljajo številne finančne kazalnike. Dosedanje delo farmacevtov v delovni skupini na LZS pa kaže na potrebo po kazalnikih, ki bodo merili kakovost struktur, procesov in izidov zdravljenja.

Tudi v Sloveniji lahko, enako kot Meštrović (b.l.) ugotavlja za hrvaške lekarne in farmacevte, kot prednosti navedemo visoko strokovnost zaposlenih v lekarnah, pripadnost in zavedanje, da morajo biti skrb in aktivnosti namenjene pacientom. Kot slabosti bi opredelili pomanjkanje kliničnega znanja, usmerjenost k zdravilom, pomanjkanje kadra, oprijemanje utečenega načina dela, težave pri uvajanju novih storitev zaradi pomanjkanja kadra in zaradi težav pri uvajanju sprememb. Imamo priložnosti, kot je bolj neposredno sodelovanje z zdravniki, dobra informacijsko podporo, urejeni prostori za svetovanje, koncept vseživljenjskega učenja. In še nevarnosti: odločevalci v zdravstvu ne prepoznajo vloge farmacevta v zdravstvenem timu, zakonodaja zaostaja za razvojem strok, delo farmacevtov prevzemajo drugi poklici v zdravstvu.

Pri razvoju bi upoštevali kriterije za kazalnike kakovosti (Meštrović, b.l.), ki naj bodo:

- smiselni in razumljivi,
- znanstveno utemeljeni,
- merljivi,
- validirani,
- interpretabilni,
- specifični,
- številčno omejeni,
- realno dosegljivi,
- pomembni za paciente.

Dodajamo še en kriterij, in sicer da so kazalniki pomembni tudi za izvajalce, saj so izvajalci ključni za izboljšanje kakovosti oskrbe.

Uravnotežen sistem kazalnikov v organizaciji lahko postavimo na osnovi poslanstva, vizije in strategije. Poslanstvo lekarniške dejavnosti imajo na spletnih straneh zapisno nekateri JZ. Vsebina je pretežno enaka in povzema ZLD: »posredujemo uporabnikom storitev in zdravstvenim sodelavcem najsodobnejše znanje, informacije, zdravila in izdelke za zagotavljanje in ohranjanje zdravja ter izboljšanje kakovosti življenja«. Kot vizijo navajajo JZ dostopnost do storitev, kakovost in znanje zaposlenih, partnerski odnos ipd., kot cilj pa nuditi kakovostne lekarniške storitve.

Kazalniki, ki jih navajajo JZ, ter pregled kazalnikov v državah EU, upoštevanje priporočil in usmeritev ter konkretnih kazalnikov OECD, WHO, in PGEU so osnova za prvi predlog nabora kazalnikov za lekarniško dejavnosti.

V sistem uravnoteženih kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost bomo smiselno uvrstili kazalnike, ki po Donabedianu (v Detiček & Kos, 2015, str. 373) opredeljujejo kakovost struktur, procesov in izidov:

- kazalniki struktur vrednotijo zagotavljanje prostorskih pogojev, razpoložljivost informacijskega sistema in dostop do različnih baz podatkov o zdravilih in zdravljenju z zdravili, protokole in standardne operativne postopke ter navodila. Strukturni kazalniki so praviloma vključeni že v proces verifikacije, to je preverjanje pogojev za delovanje lekarne v skladu s Pravilnikom o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, in zato ni smiselno, da jih vključujemo v sistem uravnoteženih kazalnikov,
- kazalniki procesov, ki se nanašajo na izvajanje protokolov, dobrih praks, navodil in zajemajo tudi vse interakcije med farmacevtskimi strokovnimi delavci in pacientom, so pomemben pokazatelj kakovosti izvajanja oskrbe in jim moramo dati primerno težo,
- kazalnike izidov pri opravljanju lekarniške dejavnosti, kot jo lekarne izvajajo danes, je težko spremljati, saj se pacienti s podatki o svojem zdravstvenem stanju ne vračajo v lekarno. Z uvajanjem novih kognitivnih storitev in z večjo osredotočenostjo na izvajanje dejavnosti v skladu s konceptom farmacevtske skrbi pa bodo lekarne vedno več spremljale tudi kazalnike izidov.

Od 23 JZ, ki so izpolnili vprašalnik, jih je 22 odgovorilo pritrdilno na vprašanje, ali bi se strinjali z uvedbo enotnih kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost. Vsebinsko bomo strukturo, procese in spremljanje izidov vključili v sistem uravnoteženih kazalnikov (glej Tabele 2, 3, 4 in 5). Za dejavnost so pomembni tisti kazalniki finančnega vidika, ki prikažejo obseg storitev, produktivnost zaposlenih izraženo s številom točk, vrednost zalog zaradi stroška, ki v vrednosti točke ni financirana, gospodarnost poslovanja, likvidnost javnih zavodov ter ekonomičnost in učinkovitost poslovanja. JZ sami pa bodo tudi naprej spremljali različne finančne kazalnike, ki so pomembni za poslovanje posameznega zavoda.

Tabela 2: Kazalniki finančnega vidika

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|---|---|-----------------|
| 1. | Rast prihodkov poslovanja | Prihodki tekočega leta/prihodki preteklega leta | Indeks |
| 2. | Gospodarnost | Celotni prihodki/celotni odhodki | Koeficient |
| 3. | Realizacija plana investicij | Realizacija investicij/plan investicij | Koeficient |
| 4. | Kazalnik likvidnosti | Gibljava sredstva/kratkoročne obveznosti | Koeficient |
| 5. | Vrednost zalog | Vrednost zalog tekočega leta | EUR |
| 6. | Stopnja stroškovnosti dela | Stroški dela/prihodki iz poslovanja | Koeficient |
| 7. | Strošek plač | Stroški dela | Nominalno |
| 8. | Število točk na zaposlenega | Število vseh točk/število vseh zaposlenih | Koeficient |
| 9. | Število točk OZZ | Število točk OZZ/število vseh točk za recepte (v %) | Delež |
| 10. | Znesek plačil OZZ | Znesek plačil OZZ/ znesek plačil OZZ in PZZ (v %) | Delež |
| 11. | Število točk za zdravila brez recepta (OTC) | Število točk OTC tekoče leto | Nominalno |

se nadaljuje

Tabela 2: Kazalniki finančnega vidika (nad.)

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|---|---|-----------------|
| 12. | Razlika v ceni za ostalo blago (brez zdravil) | Nabavna vrednost blaga/prodajna vrednost blaga (v %) | Koeficient |
| 13. | Odhodki za javno službo | Nabavna vrednost zdravil in drugi stroški | Nominalno |
| 14. | Prihodki javne službe | Vsi prihodki javne službe | Nominalno |
| 15. | Presežek prihodkov javne službe | Razlika med prihodki in odhodki javne službe | Nominalno |
| 16. | Odhodki tržne dejavnosti | Nabavna vrednost blaga in drugi stroški | Nominalno |
| 17. | Prihodki tržne dejavnosti | Vsi prihodki tržne dejavnosti | Nominalno |
| 18. | Presežek prihodkov tržne dejavnosti | Razlika med prihodki in odhodki tržne dejavnosti | Nominalno |
| 19. | Javna služba/tržna dejavnost | Presežek javne službe/presežek tržne dejavnosti (v %) | Koeficient |

Finančne kazalnike lahko primerjamo s planiranimi vrednostmi, z vrednostmi v preteklih letih in s povprečjem v dejavnosti.

Kazalniki vidika poslovanja s strankami se najpogosteje spremljajo s pomočjo anket o zadovoljstvu uporabnikov. Boljše podatke dobimo, če z anketami usmerjeno iščemo določene vidike (npr. sledenje procesnemu protokolu pri svetovanju na področju zdravil brez recepta).

Tabela 3: Kazalniki vidika strank

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|---|--|--|
| 1. | Zadovoljstvo uporabnikov | Povprečna ocena zadovoljstva s storitvami | Povprečna ocena z ocenjevalne lestvice |
| 2. | Zadovoljstvo posebnih skupin uporabnikov* | Povprečna ocena zadovoljstva posebnih skupin uporabnikov | Povprečna ocena z ocenjevalne lestvice |
| 3. | Zagotovljena zasebnost | Ali lekarna omogoča zasebno svetovanje | Da/Ne |
| 4. | Reklamacije kupcev | Število storniranih računov/število vseh računov (v %) | Delež |
| 5. | Pritožbe uporabnikov | Število pritožb | Nominalno |
| 6. | Zadovoljstvo poslovnih partnerjev | Povprečna ocena zadovoljstva poslovnih partnerjev | Povprečna ocena z ocenjevalne lestvice |
| 7. | Uspešnost FTP | Število pacientov s FTP/število pacientov s 5 ali več zdravili | Delež |

Legenda: *izvajanje ankete po opravljenih storitvah PUZ, FTP, OKZ, biometrija

S kazalniki notranjih poslovnih procesov je potrebno zasledovati kakovost predvsem tistih procesov, ki so ključni za cilje organizacije. Cilji lekarniške dejavnosti so varnost zdravil, strokovnost kadra, celostna obravnava pacientov, izboljšanje izidov zdravljenja in kakovosti življenja ljudi, povezane z zdravjem, prispevati k javnemu zdravju.

Tabela 4: Kazalniki vidika procesov

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|---|---|-----------------|
| 1. | Število prebivalcev/farmacevta | Število prebivalcev v gravitacijskem območju lekarnе/ število farmacevtov v istem območju | Koeficient |
| 2. | Število receptov/farmacevta | Število Rp/farmacevta v preteklem letu | Koeficient |
| 3. | Število receptov/priznanega farmacevta | Število Rp/priznanega farmacevta v preteklem letu | Koeficient |
| 4. | Število izdaj na obnovljivi recept | Število izdaj na ORp/število vseh Rp | Koeficient |
| 5. | Trend obračanja zalog | Dnevi vezave zalog | Koeficient |
| 6. | Število Rp z deficitarnim zdravilom | Število Rp za deficitarna zdravila/št. vseh Rp (v %) | Delež |
| 7. | Vzpostavljen sistem prijavljanja neželenih učinkov (NU) | Število prijav NU | Nominalno |
| 8. | Beleženje intervencij | Število intervencij/število vseh Rp (v %) | Koeficient |
| 9. | Protokol za odkrivanje napak pri izdaji | Število storniranih Rp/število vseh Rp (v %) | Delež |
| 10. | Reklamacije dobaviteljem | Število reklamacij/število vseh dobav (v %) | Delež |
| 11. | Ocenjevanje dobaviteljev | Št. ustreznih dobaviteljev/ št. vseh dobaviteljev | Delež |
| 12. | Protokoli za samozdravljenje | Sledenje procesnim protokolom (MyCheckList) | Da/Ne |
| 13. | Protokoli za uporabo "zahtevnih" zdravil | Sledenje procesnim protokolom | Da/Ne |
| 14. | Osebna kartica zdravil | Število izdelanih OKZ | Nominalno |
| 15. | Pregled uporabe zdravil | Število izdelanih PUZ | Nominalno |
| 16. | Učinkovitost PUZ | Št. pacientov, ki opiše boljše zdravje/št. vseh pacientov s PUZ (v %) | Delež |
| 17. | Farmakoterapijski pregled | Število izdelanih FTP | Nominalno |
| 18. | Učinkovitost FTP | Št. pacientov, ki opiše boljše zdravje/št. vseh pacientov s FTP (v %) | Delež |
| 19. | Storitve biometrije | Število računov za storitve | Nominalno |
| 20. | Odziv pacientov na storitve biometrije | Število realiziranih storitev/število naročenih storitev | Delež |
| 21. | Projekti farmacevtske skrbi | Število vključenih pacientov | Nominalno |
| 21. | Praktični prikaz uporabe inhalatorja | Št. primerov praktičnega prikaza/vsi pacienti s predpisanimi inhalatorji (v %) | Delež |
| 22. | Pravilna samokontrola sladkorja v krvi | Št. pacientov, ki so bili deležni praktičnega prikaza merilca/ št. vseh pacientov, ki uporabljajo merilec (v %) | Delež |
| 23. | Protokol za preverjanje kontraindikacij | Št. pacientov s preverjeno kontraindikacijo po področjih: | |
| | | - diabetes | Nominalno |
| | | - srčno popuščanje | Nominalno |
| | | - alergije na antibiotik | Nominalno |
| | | - antikoagulantni in antitrombotiki | Nominalno |

se nadaljuje

Tabela 4: Kazalniki vidika procesov (nad.)

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|-------------------------------|--|-----------------|
| 24. | Kakovost magistralnih zdravil | Št. mag. zdravil, predpisanih v neskladju s Kodeksom/ št. vseh magistralno predpisanih zdravil (v %) | Delež |
| | | Evidentirano št. mag. zdravil za sistemsko uporabo s kontrolo doze | Nominalno |
| | | Sistem preverjanja kakovosti za mag. zdravila, ki niso bila izdelana v dotični lekarni | Da/Ne |
| 25. | Spremljanje uporabe zdravil | Št. zabeleženih pacientov, ki uporabljajo diuretik zanke in inhibitor renin-angiotenzin sistema v kombinaciji z NSAR | Nominalno |
| | | Št. zabeleženih pacientov, ki uporabljajo COX-2 v kombinaciji z zdravili pri ishemični bolezni srca | Nominalno |
| | | Št. pacientov, ki uporabljajo benzodiazepine in so starejši od 65 let | Nominalno |
| | | Št. zabeleženih pacientov, ki dolgotrajno uporabljajo NSAR v kombinaciji z PPI | Nominalno |
| | | Št. zabeleženih pacientov, ki sočasno uporabljajo nitrate in antitrombotike | Nominalno |
| 26. | Skladnost svetovanja s SMPC | Št. opozoril glede vožnje | Nominalno |
| | | Št. zabeleženih svetovanj o najpogostejših NU | Nominalno |
| | | Št. zabeleženih svetovanj o zamiku učinka pri antidepressivih | Nominalno |

Predlogi kazalnikov notranjih poslovnih procesov povzemajo predloge JZ in kazalnike, ki jih merijo na Nizozemskem. Med kazalnike notranjih poslovnih procesov ne predlagamo vodenja evidenc, internih in eksternih strokovnih nadzorov in registra tveganj, saj so to zakonske obveznosti in jih JZ izvajajo v skladu s predpisi.

Kazalniki učenja in rasti spremljajo predvsem usposobljenost zaposlenih, njihovo motiviranost in kompetence ter stopnjo razvitosti kompetenc.

Tabela 5: Kazalniki vidika učenja in rasti

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|-------------------------------------|---|--|
| 1. | Zadovoljstvo zaposlenih | Povprečna ocena zadovoljstva zaposlenih | Povprečna ocena z ocenjevalne lestvice |
| 2. | Plan izobraževanja | Realizacija/ plan v št. dni (v %) | Delež |
| 3. | Učinkovitost izobraževanja | Število vpeljanih novosti | Nominalno |
| 4. | Promocija zdravja na delovnem mestu | Realizacija/plan v št. ur (v %) | Delež |

se nadaljuje

Tabela 5: Kazalniki vidika učenja in rasti (nad.)

| Št. | Cilj | Kazalnik | Vrsta kazalnika |
|-----|--|--|-----------------|
| 5. | Število usposobljenih farmacevtov za pregled uporabe zdravil | Št. usposobljenih farmacevtov/ št. vseh farmacevtov v lekarni ali JZ (v %) | Delež |
| 6. | Število usposobljenih farmacevtov za osebno kartico zdravil | Št. usposobljenih farmacevtov/ št. vseh farmacevtov v lekarni ali JZ (v %) | Delež |
| 7. | Število farmacevtov, ki izdelava OKZ | Št. farmacevtov, ki izdelava OKZ/ št. vseh usposobljenih farmacevtov (v %) | Delež |
| 8. | Število usposobljenih moderatorjev za farmacevtsko skrb | Št. usposobljenih farmacevtov za FS/ št. vseh farmacevtov v lekarni ali JZ (v %) | Delež |

S testiranjem in merjenjem v praksi bo potrebno določiti cilje za kazalnike kakovosti. Izmerjene vrednosti bi primerjali s ciljnim vrednostmi, primerjali bi jih tudi v časovni vrsti in primerjali bi jih razpoložljivimi podatki znotraj dejavnosti v Sloveniji in z državami EU.

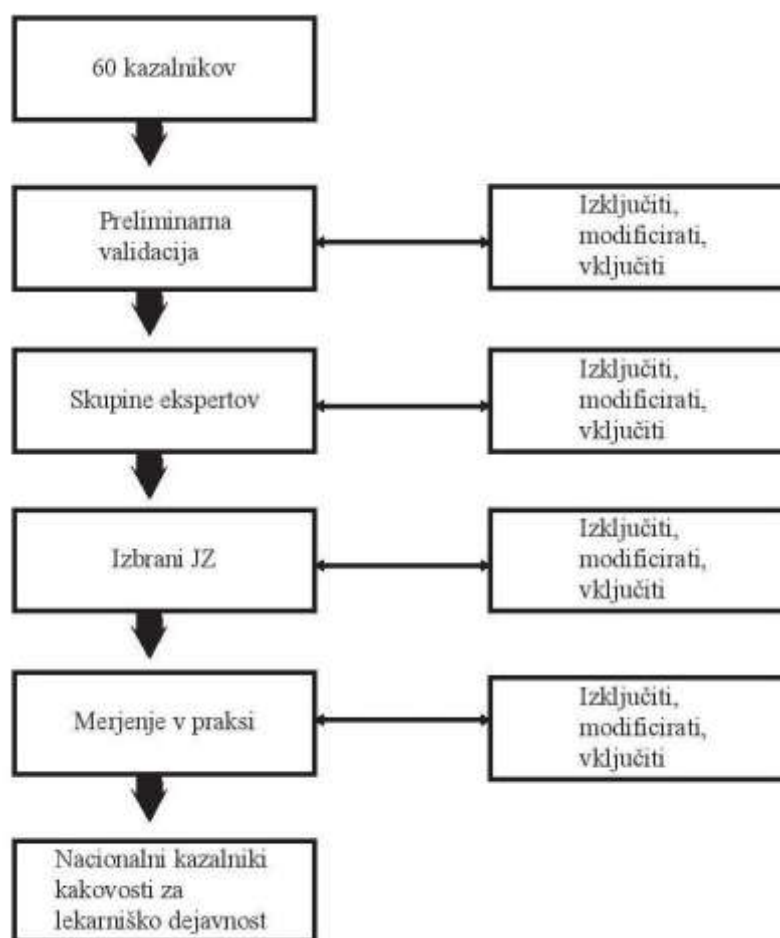
3.5 Način uvedbe in spremljanja kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti

Za sistem uravnoteženih kazalnikov za celotno lekarniško dejavnost, ki bi ga oblikovali preko LZS, predlagamo sistem, ki povzema razvoj in implementacijo nacionalnega sistema kazalnikov kakovosti na Nizozemskem. Razvoj, validiranje in implementacijo prikazuje Slika 11.

V magistrskem delu smo predlagali širok nabor kazalnikov. Delovna skupina, ki deluje v okviru LZS, bo ta nabor pregledala in ocenila vrednost, pomen in dostopnost kazalnikov. Pomembno je, da kazalniki odražajo kakovost dela in procesov, vendar ne smejo predstavljati dodatnega dela in dodatnih obremenitev. Zato je v skupino ekspertov, ki bo v naslednjem koraku kazalnike pregledala in ovrednotila, smiselno vključiti tudi strokovnjake s področja informatike, da svetujejo, kako pridobiti te podatke s pomočjo informacijskega sistema oziroma kako sistem nadgraditi, da bo beleženje določenih parametrov zanesljivo in preprosto. Po izdelanih prilagoditvah informacijskega sistema predlagamo dogovor s predstavniki JZ, ki imajo že sedaj dobro vzpostavljen sistem kakovosti, bodisi ISO bodisi poslovno odličnost, in so v projektu pripravljeni sodelovati. Z merjenjem v praksi bomo dokončno potrdili ustreznost in pomen posameznih kazalnikov.

V celotnem procesu dopuščamo možnost izločitve ali modifikacije posameznih kazalnikov in vključitev novih.

Slika 11: Proces razvijanja in validiranja kazalnikov kakovosti



Vir: Povzeto in prirejeno J. De Bie, N. Kijlstra & M. Bouvy, *The development of quality indicators for community pharmacy care*, 2011, slika 1.

3.5.1 Vloga Lekarniške zbornice Slovenije pri razvoju in implementaciji kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti

LZS se je odzvala na pobude Ministrstva za zdravje, ki je že leta 2006 predlagalo spremljanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu kot del obveze izvajalcev, podpisnikov Splošnega dogovora. S tem namenom je leta 2010 imenovala delovno skupino. Ministrstvo z aktivnostmi ni nadaljevalo, enako velja za LZS. Predlog novega ZLD veliko bolj neposredno nalaga lekarnam naloge za izboljševanje kakovosti. Priprava skupnih usmeritev za spremljanje kakovosti s pomočjo kazalnikov bo vsem slovenskim lekarna zelo olajšala delo, hkrati pričakujemo, da se bo kakovost bistveno hitreje izboljševala, saj spremljanje enakih kazalnikov pomeni tudi benchmarking. Vsaka lekarna se bo pozicionirala glede na postavljene cilje v dejavnosti in glede na odstopanje od najboljših oziroma najslabših praks. V okviru LZS se ponujajo tudi učinkovite možnosti za svetovanje o ukrepih, ki bodo dvigovali kakovost izvajanja lekarniške dejavnosti.

Prvi korak je narejen – imamo delovno skupino za kazalnike kakovosti. Po predlogu uravnoteženih kazalnikov bi lahko delovna skupina pripravila nabor tistih, ki so pomembni za dejavnost in imajo vse lastnosti dobrih kazalnikov, kot jih opiše Meštrović (b.l.). V okviru LZS deluje tudi skupina za informatiko, ki bo lahko angažirala eksperte za vključitev sistema kazalnikov kakovosti v informacijske sisteme lekarn in oblikovala poti za pridobivanje podatkov in njihovo analiziranje. Ekonomska komisija pri LZS pa bi pregledala predvsem finančne kazalnike in izpostavila tiste, ki so pomembni za pogajanja za Splošni dogovor in za uveljavitev normativov in potrebne kadre. Nadalje bo potrebno tudi sodelovanje znotraj LZS za izvedbo srečanj s farmacevtski konzultanti in dogovor o tako imenovani pilotni izvedbi z vzorčnimi lekarnami.

Po izvedbi pilotnega projekta bo potrebno pridobljene podatke ovrednotiti in motivirati lekarne za spremljanje kazalnikov kakovosti, njihovo merjenje in analiziranje podatkov v okviru LZS. Pri tem pričakujemo določene težave, saj bo to novost v lekarniški dejavnosti.

3.5.2 Vloga Ministrstva za zdravje pri implementaciji in spremljanju kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti

Postaviti temelje zdravstvene politike s sodelovanjem vseh deležnikov, brez prevladujoče vloge posameznih interesnih skupin, vidimo kot najpomembnejšo vlogo ministrstva. Dokazi iz raziskav kažejo, da lahko izboljšamo kakovost izvajanja samo z dobrim medsebojnim sodelovanjem tako v zdravstvenem timu kot v sodelovanju med izvajalci, politiko, plačniki in okoljem. Prav v tem vidimo vlogo Ministrstva za zdravje, to je v povezovanju vseh izvajalcev ter v povezovanju izvajalcev s plačnikom.

Ministrstvo se zaveda pomena izboljševanja kakovosti, tako z vidika potreb pacientov kot z vidika potreb družbe. Zato je tudi oblikovalo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti ter Priročnik za kazalnike kakovosti. Določene aktivnosti so stekle na področju izboljševanja kakovosti in varnosti obravnave pacientov v bolnišnicah, primarni nivo zdravstvenega varstva pa se je ukvarjal s področjem kakovosti po lastni presoji, zavedajoč se, da je na tem področju potrebno pričeti z aktivnostmi.

Bili so poskusi ustanovitve nacionalnega telesa za kakovost v zdravstvu (Robida, 2006, str. 37), ki pa niso bili uspešni. To seveda ni nujni pogoj za izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu. Nujno pa je povezovanje in sodelovanje med različnimi partnerji, strokovnjaki in med različnimi ravnmi zdravstvenega sistema. In vlogo povezovalca mora odigrati Ministrstvo za zdravje.

SKLEP

Zagotavljanje kakovosti in varnosti v vseh procesih in na vseh nivojih zdravstvene oskrbe je ena najpomembnejših usmeritev Svetovne zdravstvene organizacije, Organizacije za

evropsko sodelovanje in razvoj ter različnih strokovnih združenj in nacionalnih politik na področju zdravja in zdravstvenega varstva. V zadnjih desetletjih potrebe in pričakovanja ljudi naraščajo, zlasti zaradi razvoja medicine in farmacije ter zaradi demografskih sprememb in z njimi povezanega naraščanja števila kroničnih bolnikov s polifarmakoterapijo. Finančni in kadrovski resursi tem zahtevam ne sledijo, niti v državah, ki namenjajo največ sredstev za zdravstvo. Potrebno bo iskati rešitve na področju izboljševanja javnega zdravja preko programov preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni ter sistematično pristopiti k nenehnemu izboljševanju kakovosti in varnosti v celotnem zdravstvenem sistemu.

Zdravljenje z zdravili je najpogostejša zdravstvena intervencija. Izdatki za zdravila v vseh razvitih državah vztrajno naraščajo in dosegajo približno eno petino vseh stroškov v zdravstvu. K temu je potrebno prišteti še stroške, povezane z neželenimi učinki zdravil, in stroške zaradi neustreznega zdravljenja z zdravili. Temeljno poslanstvo lekarniške dejavnosti je zagotavljati varno in učinkovito zdravljenje z zdravili za doseganje optimalnih terapevtskih, ekonomskih in humanističnih izidov zdravljenja z zdravili.

Tudi razvoj lekarniške dejavnosti mora slediti spremembam v okolju in potrebam ljudi. Zagotavljanje vseh elementov kakovosti, in sicer uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost obravnave ter osredotočenost na pacienta je potrebno sistematično vključiti tudi v izvajanje lekarniške dejavnosti. S pregledom stanja v Sloveniji in državah EU smo ugotovili, da so prisotni mnogi elementi kakovosti in varnosti zdravljenja z zdravili. To so Pravila dobre lekarniške prakse, Dobra proizvodna praksa, Kodeks galenskih izdelkov, Kodeks magistrálnih zdravil, izvajanje storitev po konceptu farmacevtske skrbi, vzpostavljanje koncepta kontinuiranega profesionalnega razvoja in sistema kompetenc, uvajanje varnostnih sistemov za preprečevanje vdora ponarejenih zdravil. Na izide zdravljenja najbolj neposredno vplivajo nove kognitivne storitve, to so pregled uporabe zdravil, farmakoterapijski pregled in osebna kartica zdravil. Kakovost predpisovanja in izdajanja zdravil pa slovenski farmacevti spremljajo s sistemom beleženja intervencij.

Raziskava med slovenskimi javnimi lekarniškimi zavodi je pokazala, da se vodstva zavedajo pomena kakovostnega izvajanja dejavnosti, saj spremljajo številne kazalnike kakovosti, jih analizirajo ter na podlagi ugotovitev sprejemajo odločitve o potrebnih spremembah. Pokazala je tudi, da so za JZ zelo pomembni finančni kazalniki, kar lahko razložimo s sistemom financiranja oziroma potrebo po pridobivanju dodatnih sredstev za pokrivanje stroška dela in drugih stroškov pri izvajanju javne službe. Javni zavodi spremljajo tudi kazalnike struktur, kot denimo razpoložljivost protokolov in standardnih operativnih postopkov ter ustreznost prostorov, procesov, kot denimo izvajanje dobrih praks in navodil, ter kazalnike izidov, kot so denimo programi farmacevtske skrbi in spremljanje uspešnosti novih kognitivnih storitev. Pri spremljanju kazalnikov je pomembno tudi uravnotežiti vidik pacientov, izvajalcev, managementa, plačnika in okolja.

Uravnotežen sistem kazalnikov je učinkovito managersko orodje za izvajanje strategije in doseganje ciljev. Vsaka organizacija, tudi v javnem sektorju, bi morala definirati svoje poslanstvo ter postaviti cilje in strategije za njihovo doseganje. S sistemom uravnoteženih kazalnikov je možno poslanstvo in strategije izraziti v obliki, ki jo zaposleni razumejo in sprejemajo. V procesu oblikovanja strategije in ciljev je pomembna njihova aktivna vključenost. Merljivi kazalniki pa dajejo tako vodstvu kot zaposlenim informacije o doseganju ciljev, o primerjavi organizacije z najboljšimi praksami v dejavnosti ter omogočajo pravočasno sprejemanje ukrepov za izboljšave. Z uravnoteženimi kazalniki s poslanstvom in strategijo povežemo finančne kazalnike, kazalnike vidika strank, kazalnike notranjih procesov in kazalnike učenja in rasti.

Javni lekarniški zavodi so izrazili strinjanje z enotnimi kazalniki kakovosti v lekarniški dejavnosti. To je možno doseči le z vključitvijo Lekarniške zbornice Slovenije v proces razvijanja, validiranja, implementacije in spremljanja kazalnikov. Menimo, da bi iz nabora možnih kazalnikov, ki smo jih pridobili z anketo med JZ ter iz javno dostopnih podatkov evropskih držav, ekspertna skupina oblikovala ožji nabor kazalnikov. Pri tem bi upoštevali, da morajo biti kazalniki merljivi, vsebinsko in strokovno pomembni, dosegljivi, specifični, validirani, številčno omejeni ter pomembni za vse deležnike v sistemu. Kazalnike kakovosti je v nadaljevanju potrebno testirati v praksi in šele nato implementirati na nacionalni nivo. LZS bi kazalnike periodično spremljala ter na osnovi izmerjenih vrednosti dajala stroki informacije o najboljših praksah ter usmeritve za dvig kakovosti.

Na pomen kakovosti je opozorilo tudi Ministrstvo za zdravje z vsebino predloga novega Zakona o lekarniški dejavnosti, s katerim vnaša zahtevo, da izvajalci v lekarniški dejavnosti vzdržujejo sistem kakovosti, ki obsega organizacijsko strukturo, postopke, procese in vire, potrebne za zagotavljanje izvajanja lekarniške dejavnosti v skladu s standardi, ki jih sprejme pristojna zbornica. Pri sistematičnem uvajanju sistema kakovosti v lekarniško dejavnost vidimo tudi pomembno vlogo Ministrstva za zdravje, ki je sprejelo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu. Načela te strategije je potrebno implementirati tudi v lekarniško dejavnost.

LITERATURA IN VIRI

1. Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. K. (2006). A conceptual framework for OECD health care quality indicators project. *International journal for quality in health care*, 18(1), 5–13.
2. Campbell, S., Braspenning, J., & Marshall, M. (2002). Research methods in developing and applying quality in primary care. *BMJ quality & safety*, 11(4), 358–364.
3. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
4. De Bie, J., Kijlstra, N., & Bouvy, M. (2011). The development of quality indicators for community pharmacy care. *BMJ quality & safety*, 20(8), 666–671.
5. Delegirana uredba Komisije (EU) 2016/161. *Uradni list Evropske unije* št. L 32/1.
6. Detiček, A., & Kos, M. (2015). Kazalniki kakovosti zdravljenja z zdravili z vidika farmacevta. *Farmaceutski vestnik*, 66(5), 371–377.
7. Dimovski, V., Penger, S., Škerlavaj, M., & Žnidaršič, J. (2005). *Učeca se organizacija*. Ljubljana: GV založba.
8. Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES. *Uradni list Evropske unije* št. L 255/22.
9. Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2011/62/EU. *Uradni list Evropske unije* št. L 174/74.
10. Dunjić Lapuh, M. (2012). Kompetenčni modeli za farmacevtske poklice v lekarništvu. *Lekarništvo*, 1, 34–37.
11. European directorate for quality of medicines & healthcare. (2015). *Quality indicators for pharmaceutical care: outcomes of the EDQM project and next steps*. Strasbourg: Workshop.
12. Grm, S. (2012). *Razvoj javne lekarniške službe v Sloveniji* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
13. Kaplan, R. S. (2010). Conceptual foundations of the Balanced Scorecard. Najdeno 30. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/10-074.pdf>
14. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). *Uravnoveženi sistem kazalnikov: preoblikovanje strategije v dejanja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
15. Kelley, E., & Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project conceptual framework paper. Najdeno dne 26. maja 2016 na spletnem naslovu <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
16. Kemofarmacija. (2016). *Struktura cene zdravila po podatkih IMS* (interno gradivo). Ljubljana: Kemofarmacija.
17. Kramar Zupan, M. (2015). Dostopnost do zdravstvenih storitev kot pomembna determinanta (ne)enakosti v zdravju. *Novis*, 42(12), 10–14.
18. Lekarne Ptuj. (2012). *Pravilnik o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest v javnem zavodu Lekarne Ptuj* (interno gradivo). Ptuj: Lekarne Ptuj.

19. Lekarne Ptuj. (2016). *Letno poročilo za poslovno leto 2015* (interno gradivo). Ptuj: Lekarne Ptuj.
20. Lekarniška zbornica Slovenije. (2013). *Kazalniki kakovosti* (interno gradivo). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
21. Lekarniška zbornica Slovenije. (2015a). *Pravila dobre lekarniške prakse. Pravila dobre proizvodne prakse*. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
22. Lekarniška zbornica Slovenije. (2015b). *Normativi za magistra farmacije v lekarniški dejavnosti* (interno gradivo). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
23. Lekarniška zbornica Slovenije. (2016a, 19. februar). Pregled realizacij opravljenih lekarniških storitev v letu 2015 glede na isto obdobje leta 2014 ter pregled obremenitev magistrov farmacije v letu 2015. *Bilten LZS I/2016*. Najdeno 4. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.lzs.si/Portals/0/dokumenti-uporabne-teme/BILTEN_I-2016_LZS.pdf
24. Lekarniška zbornica Slovenije. (2016b, 11. marec). Delež vrednosti realizacij opravljenih lekarniških storitev v letu 2015 glede na isto obdobje leta 2014 ter pregled izdanih zdravil v letu 2015. *Bilten LZS II/2016*. Najdeno 4. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.lzs.si/Portals/0/BILTEN_II-2016_LZS.pdf
25. Lekarniška zbornica Slovenije. (2016c). *Merila za določanje lekarniške mreže* (interno gradivo). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
26. Lekarniška zbornica Slovenije. (2016d). *Gradivo za 36. Skupščino LZS: pregled uporabe zdravil in Farmakoterapijski pregled* (interno gradivo). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
27. Lekarniška zbornica Slovenije, Sekcija javnih zavodov. (2016e). *Intervencije v 13 javnih zavodih* (interno gradivo). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
28. Meštrović, A. (b.l.). Indikatori kvalitete u pružanju ljekarničke skrbi. Najdeno 30. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.hfd-fg.hr/dokumenti/X_savjetovanje_farmaceuta/petak-25.05.2012/08/Indikatori%20kvalitete%20u%20pruzanju%20ljekarnicke%20skrbi.pdf
29. Ministrstvo za zdravje. (2016a). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2015*. Najdeno 1. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/JZZ_2016/18032016_Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2015.pdf
30. Ministrstvo za zdravje. (2016b). *Predlog zakona o lekarniški dejavnosti*. Najdeno 24. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_v_javni_obravnavi/
31. Ministrstvo za zdravje. (b.l.). *Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji*. Najdeno 23. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveno_varstvo/akreditacije/031111_akreditacija.pdf
32. Možina, S., Rozman, R., Glas, M., Tavčar, M., Pučko, D., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Dimovski, V., & Kovač, B. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.

33. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2012). *Zdravje 2020: Temeljna Evropska izhodišča za vsevladno in vsedružbeno akcijo*. Najdeno 20. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/health_2020_svn.pdf
34. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015). *OECD: Slovenija pri kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva v povprečju*. Najdeno 30. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.nijz.si/sl/oecd-slovenija-pri-kazalnikih-zdravja-in-zdravstvenega-varstva-v-povprecju>
35. Nau, D. (2009). Measuring pharmacy quality. *Journal of the american pharmacists association*, 49(2), 154–163.
36. Nemec, T. (2016). Dodana vrednost sistemov kakovosti. *Novis*, 43(1–2), 3–5.
37. Odlok o ustanovitvi Lekarn Ptuj. *Uradni list RS št. 72/2009*.
38. Organisation for economic co-operation and development. (2010). *Improving value in health care: measuring quality* (OECD health policy studies). Najdeno 26. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/improving-value-in-health-care_9789264094819-en#page23
39. Organisation for economic co-operation and development. (2015). *Health at a glance: OECD indicators*. Najdeno 26. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page3
40. Pharmaceutical group of the european union. (2012). *European community pharmacy blueprint*. Najdeno 15. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.pgeu.eu/en/policy/19-the-european-community-pharmacy-blueprint.html>
41. Pharmaceutical group of the european union. (2015, marec). *Pharmacy ownership and establishment*. Najdeno 15. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.pgeu.eu/en/doc-data.html>
42. Pharmaceutical group of the european union. (b.l.). *Liberalised medicines*. Najdeno 15. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.pgeu.eu/en/doc-data.html>
43. Poldrugovac M., & Simčič B. (2010). *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
44. Potočan, V. (2008). *Zapiski s predavanj pri predmetu Organiziranje zdravstvenih organizacij*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
45. Potočnik Benčič, D., & Bernik Golubič Š. (2015). Aktivnosti na področju izvajanja novih lekarniških storitev ter izobraževanje za pridobitev kompetence za storitev pregled uporabe zdravil. *Lekarništvo*, 43(4), 17–21.
46. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. *Uradni list RS št. 39/06*.
47. Pravilnik o prodaji zdravil preko medmrežja. *Uradni list RS št. 87/15*.
48. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini. *Uradni list RS št. 86/08, 45/10*.
49. Pravilnikom o oblikovanju cen zdravil na debelo. *Uradni list RS št. 102/10*.
50. Premuš Marušič, A. (2016). Farmakoterapijski pregled. *Lekarništvo*, 42(3), 40–44.
51. Pučko, D., Čater T., & Rejc Buhovac, A. (2009). *Strateški management 2* (2. natis). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

52. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. *Uradni list RS* št. 72-2008, popr. št. 74/2008 – ReNPZV.
53. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. *Uradni list RS* št. 25/16 – ReNPZV16-25.
54. Robida, A. (2006). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
55. Santiago, J. (1999). *Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care*. Najdeno 23. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10577875>
56. Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu – akreditacija zdravstvenih ustanov. *13. Jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu* (str. 99–101). Lipica: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
57. Simčič, B., Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., & Robida, A. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Različica 1.0. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
58. Simčič, B., Poldrugovac, M., & Marušič, D. (2011). Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodje za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. *Bilten-ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 27(1), 29–49.
59. Sistemi vodenja kakovosti - Zahteve (ISO 9001:2008). (2008, november). Slovenska izdaja. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo.
60. Slovensko farmacevtsko društvo. (2012). *Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema*. Najdeno 13. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.sfd.si/uploads/datoteke/nacionalna_strategija_vkljucevanja_lekarnistva10.junij2011.pdf
61. Sodba sodišča EU v združenih zadevah C-570/07 in C 571/07. *Uradni list Evropske unije* št. C 209/3.
62. Tajnikar, M., & Došenović Bonča, P. (2016). *Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
63. The Danish institute for quality and accreditation in healthcare. (2010). *The Danish healthcare quality programme*. Najdeno 13. junija 2016 na spletnem naslovu <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/the-danish-healthcare-quality-programme-ddkm>
64. Tomšič, B., Tomšič, J., & Tomšič, J. (2015). Sistem vodenja kakovosti v storitvenih organizacijah zdravstvenega varstva. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(3), A31–A46.
65. Tromp, D. (2014). EDQM Indicators on pharmaceutical care. Najdeno 8. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.pcne.org/upload/files/27_Tromp_EDQM.pdf
66. Westerlund, T. (2015). *Developing and introducing patient-oriented quality indicators for Swedish community pharmacy practice*. BaltPharm forum Pärnu Estonia. Najdeno 23. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.efs.ee/baltpharm2015/02_developing_and_introducing_patient_oriented_quality_indicators_for_swedish_community_pharmacy_practice.pdf

67. WHO & FIP. (2006). *Developing pharmacy practice: a focus on patient care*. Najdeno 30. maja 2016 na spletnem naslovu <https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>
68. WHO & FIP. (2011). *Joint FIP/WHO guidelines on GPP: standards for quality of pharmacy services*. Najdeno 30. maja 2016 na spletnem naslovu <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18676en/s18676en.pdf>
69. Zakon o lekarniški dejavnosti. *Uradni list RS* št. 36/2004-UPB1.
70. Zakon o zavodih. *Uradni list RS* št. 324/1991.
71. Zakon o zdravilih. *Uradni list RS* št. 17/14 – ZZdr-2.
72. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/2005 – ZZDej2-UPB2, 15/2008, 23/2008, 58/2008, 77/2008, 40/2012, 14/2013.
73. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2006). *Splošni dogovor 2006*. Najdeno 21. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/29E98F37B8AE6DB1C12571950039BF48?OpenDocument>
74. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016a, 30. marec). *Poslovno poročilo za leto 2015*. Najdeno 23. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView
75. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016b, 17. junij). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2016*. Najdeno 17. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/egradivap/827714AA6BBB87D2C1257FD40041FCC2>
76. Zgodovina farmacije (b.l.). Najdeno dne 15. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/homedirs/12/em%C5%A1f-Uvod_v_farmacijo/UF-3_Zgodovina_farmacije_za_%C5%A1tudente.pdf
77. Žličar, A. (2006). *Uravnotežen sistem kazalnikov in možnost njegove uporabe na Onkološkem inštitutu* (specialistična naloga). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

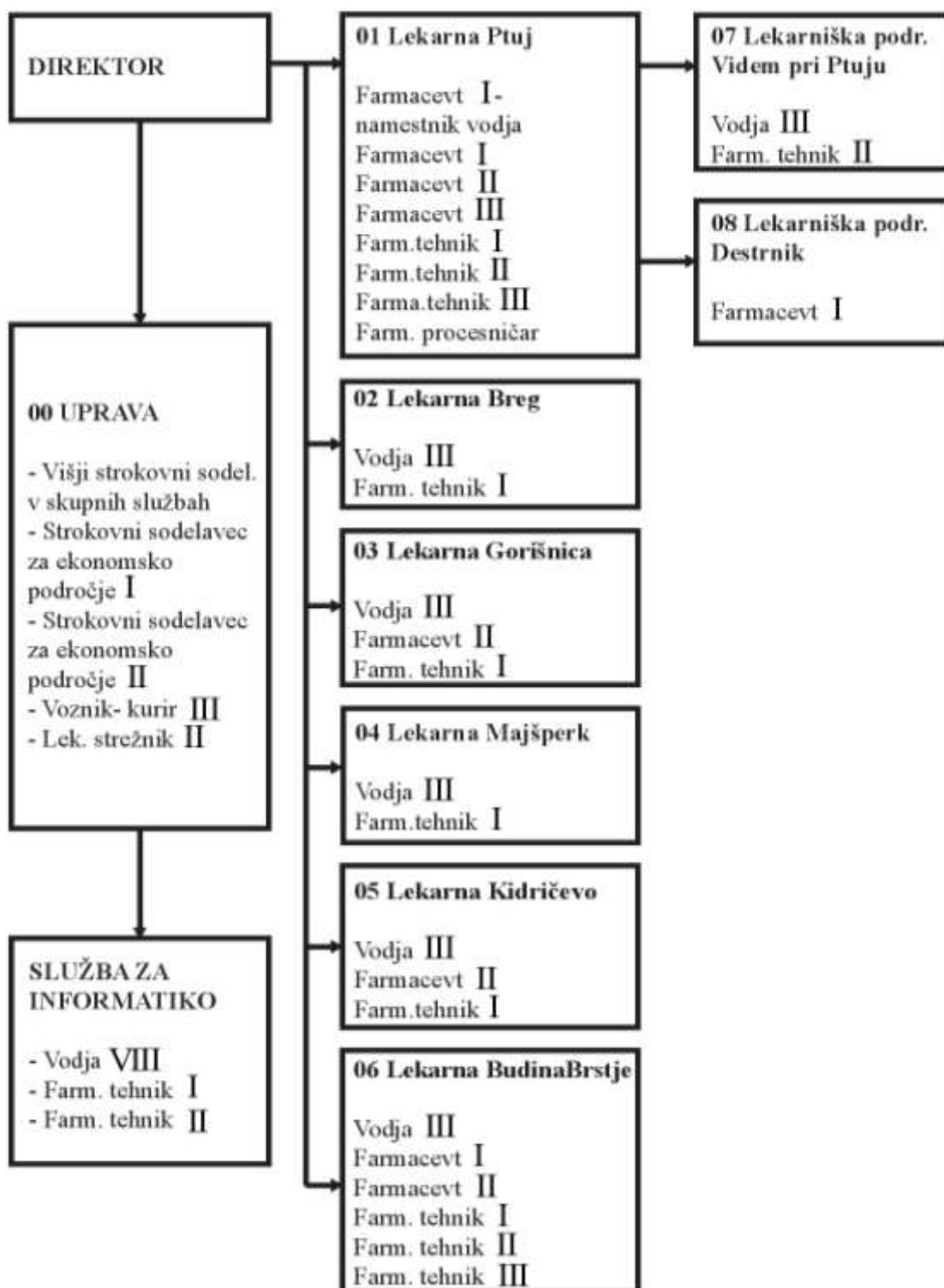
PRILOGE

KAZALO PRILOG

| | |
|---|---|
| Priloga 1: Organigram Lekarn Ptuj | 1 |
| Priloga 2: Vprašalnik o kazalnikih kakovosti v lekarniški dejavnosti..... | 2 |
| Priloga 3: Seznam uporabljenih kratic..... | 4 |
| Priloga 4: Klasifikacija težav, povezanih z zdravili, DRP-SLO-V1 | 5 |
| Priloga 5: Osebna kartica zdravil | 8 |

PRILOGA 1: Organigram Lekarn Ptuj

Slika 1: Organigram Lekarn Ptuj



PRILOGA 2: Vprašalnik o kazalnikih kakovosti v lekarniški dejavnosti

Spoštovani!

Sem Darja Potočnik Benčič, študentka podiplomskega študija na Ekonomski fakulteti v Ljubljani. Pripravljam magistrsko delo »Predlog kazalnikov kakovosti v lekarniški dejavnosti na primarnem nivoju zdravstvenega varstva«, ki bo vključevalo tudi posnetek stanja in mnenje vodstev javnih lekarniških zavodov, koncesionarjev in presojevalcev sistema kakovosti ISO.

Anketa je anonimna. Rezultate ankete bom uporabila izključno za namen magistrskega dela. Lepo Vas prosim za sodelovanje:

1. Katere kazalnike kakovosti ali cilje kakovosti spremljate v vašem zavodu/lekarni in kako pogosto jih spremljate? Pojasnilo: s kazalniki spremljamo strokovne in poslovne parametre, izobraževanje, zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih ipd. Prosim, v prvi stolpec vpišite kazalnike, nato pa s križcem označite, kako pogosto jih spremljate. Če spremljate več kazalnikov, vas prosim, da tabelo ustrezno povečate oz. jih navedete kot dodatek k vprašalniku.

| Kazalnik | Mesečno | Kvartalno | Letno |
|----------|---------|-----------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. Na kakšen način uporabljate informacije, pridobljene s kazalniki kakovosti?

3. Na kakšen način spremljate uspešnost ukrepov, ki jih sprejemate na podlagi kazalnikov kakovosti?

4. Ali imate v javnem zavodu/zasebni lekarni certifikat sistema kakovosti ISO?
- Da
 Ne
- Če ste odgovorili Da, prosim vpišite leto, ko ste prvič pridobili certifikat _____
5. Ali imate procese in strukture vzpostavljene skladno s konceptom poslovne odličnosti?
- Da
 Ne
6. Ali nameravate
- pridobiti certifikat ISO
 pridobiti priznanje za poslovno odličnost
 oboje
 nič od navedenega
7. Če nameravate pridobiti certifikat ISO ali priznanje za poslovno odličnost, prosim, na kratko opišite razloge za to odločitev:
- _____
- _____
8. Če ne nameravate pridobiti certifikata ISO ali priznanja za poslovno odličnost, prosim na kratko opišite razloge za to odločitev:
9. _____
- _____
10. Če imate certifikat ISO, katere procese ste opredelili skladno z zahtevami standardov ISO? (prosim, vpišite)
- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
11. Ali bi se strinjali z uvedbo enotnih kazalnikov kakovosti za lekarniško dejavnost?
- Da
 Ne

PRILOGA 3: Seznam uporabljenih kratic

CPD – kontinuiran profesionalni razvoj (angl. *Continual Professional Development*)
DRP – težave povezane z zdravili (angl. *drug related problems*)
EFQM – Evropska fundacija za obvladovanje kakovosti (angl. *European Foundation for Quality Management*)
EU – Evropska unija
FIP – Mednarodna federacija farmacevtov (angl. *International Pharmaceutical Federation*)
FTP – farmakoterapijski pregled
HCQI – kazalniki kakovosti zdravstvenega varstva (angl. *Health Care Quality Indicators*)
ISO – sistem vodenja kakovosti
JAZMP – Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke
JZ – javni zavod
LZS – Lekarniška zbornica Slovenije
MUR – pregled uporabe zdravil (angl. *Medicines use review*)
MZ – Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*)
OKZ – osebna kartica zdravil
OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje
PCNE – Pharmaceutical Care Network Europe
PGEU – Evropsko združenje farmacevtov (angl. *Pharmaceutical Group of the European Union*)
PUZ – pregled uporabe zdravil
PZZ – prostovoljno zdravstveno zavarovanje
ReNPZV – Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«
ReNPZV16-25 – Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«
SFD – Slovensko farmacevtsko društvo
WHO – Svetovna zdravstveni organizacija (angl. *World Health Organization*)
ZLD – Zakon o lekarniški dejavnosti
ZZ – Zakon o zavodih
ZZDej2 – Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZdr-2 – Zakon o zdravilih
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

PRILOGA 4: Klasifikacija težav, povezanih z zdravili, DRP-SLO-V1

Težave

P0 Potencialna težava

P0.0 Potencialna težava.

P1 Učinkovitost zdravljenja

P1.1 Ni učinka zdravil(a).

P1.2 Učinek zdravil(a) ni zadosten oz. je prešibek.

P1.3 Nezdravljeni simptomi ali znaki bolezni oz. nezdravljena indikacija.

P2 Neželeni dogodek (Varnost zdravljenja)

P2.1 Neželeni dogodek zaradi alergične reakcije.

P2.2 Drugi neželeni dogodek. Navedi.

P3 Stroški zdravljenja

P3.1 Zdravljenje z zdravili je dražje, kot je potrebno.

P3.2 Nepotrebno zdravljenje z zdravilom.

P4 Drugo

P4.1 Pacient ni zadovoljen s terapijo kljub optimalnim kliničnim in ekonomskim izidom.

P4.2 Nejasna težava. Potrebno je nadaljnje pojasnilo (uporabi samo kot izhod v sili).

Dejavniki tveganja

E1 Predpisovanje – administrativna napaka

E1.1 Napaka v administrativnem delu recepta.

E1.2 Druga administrativna napaka. Navedi.

E2 Predpisovanje – izbira zdravila

E2.1 Ni indikacije za zdravilo.

E2.2 Neprimerno zdravilo (vključujoč kontraindicirano).

E2.3 Neprimerna farmacevtska oblika zdravila.

E2.4 Zdravilo ni predpisano.

E2.5 Na voljo je stroškovno učinkovitejše zdravilo.

E2.6 Terapevtsko spremljanje koncentracije učinkovine se ne izvaja.

E3 Predpisovanje – režim zdravljenja

E3.1 Premajhen odmerek zdravila.

E3.2 Prevelik odmerek zdravila.

E3.3 Odmerjanje zdravila ni dovolj pogosto.

E3.4 Odmerjanje zdravila je prepogosto.

E3.5 Neprimeren čas aplikacije. Navedi.

E3.6 Premajhna količina zdravila.

E3.7 Prevelika količina zdravila.

E3.8 Trajanje zdravljenja je prekratko.

E3.9 Trajanje zdravljenja je predolgo.

E4 Predpisovanje – kombinacija zdravil

E4.1 Interakcija zdravil (farmakokinetična ali farmakodinamična).

E4.2 Prevelik odmerek zaradi podvajanja učinkovine v dveh ali več zdravilih.

E4.3 Sinergistično oz. preventivno zdravilo je potrebno, vendar ni predpisano.

E5 Izdajanje

E5.1 Predpisano zdravilo ni razpoložljivo.

E5.2 Zdravilna učinkovina (v zdravilu) – napačno izdana.

E5.3 Jakost zdravila – napačno izdana.

E5.4 Količina zdravila – napačno izdana.

E5.5 Farmaceutvska oblika zdravila – napačno izdana.

E5.6 Podana napačna informacija o zdravilu.

E5.7 Drug z izdajo zdravil povezan dejavnik. Navedi.

E6 Uporaba zdravila – namerna

E6.1 Zdravilo ni bilo uporabljeno – namerno.

E6.2 Uporabljen premajhen odmerek zdravila – namerno.

E6.3 Uporabljen prevelik odmerek zdravila – namerno.

E6.4 Neprimeren čas in/ali intervali odmerjanja – namerno.

E6.5 Zloraba zdravila (v smislu odvisnosti).

E7 Uporaba zdravila – nenamerna

E7.1 Pacient je pozabil uporabiti zdravilo.

E7.2 Uporabljen premajhen odmerek zdravila – nenamerno.

E7.3 Uporabljen prevelik odmerek zdravila – nenamerno.

E7.4 Neprimeren čas in/ali interval odmerjanja – nenamerno.

E7.5 Pacient uporablja nepotrebno/nepriumno zdravilo – nenamerno.

E7.6 Neprimeren način aplikacije zdravila – nenamerno.

E7.7 Pacient je neprimerno shranjeval zdravilo.

E7.8 Pacient uživa hrano, ki interagira z zdravilom.

E8 Drugo

E8.1 Drug vzrok. Navedi.

E8.2 Ni jasnega vzroka.

Intervencije

I0 Brez intervencije.

I0.0 Brez intervencije.

I1 Samostojna intervencija.

I1.1 Napotitev pacienta k zdravniku.

I1.2 Ukinitev zdravila. Navedi.

I1.3 Vpeljava novega zdravila. Navedi.

I1.4 Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi.

I1.5 Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi.

I1.6 Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi.

I1.7 Popravek napake pri predhodni izdaji zdravila. Navedi.

I1.8 Popravek svetovanja o zdravilu. Navedi.

I1.9 Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi.

I1.10 Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi.

I1.11 Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi.

I1.12 Obvestilo predpisovalcu.

- I2 Intervencija, dogovorjena s predpisovalcem.
 - I2.1 Ukinitiv zdravila. Navedi.
 - I2.2 Vpeljava novega zdravila. Navedi.
 - I2.3 Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi.
 - I2.4 Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi.
 - I2.5 Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi.
 - I2.6 Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju. Navedi.
 - I2.7 Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi.
 - I2.8 Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi.
 - I2.9 Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi.
- I3 Predlog intervencije, odločitev predpisovalca ni znana.
 - I3.1 Ukinitiv zdravila. Navedi zdravilo.
 - I3.2 Vpeljava novega zdravila. Navedi.
 - I3.3 Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi.
 - I3.4 Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi.
 - I3.5 Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi.
 - I3.6 Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju. Navedi.
 - I3.7 Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi.
 - I3.8 Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi.
 - I3.9 Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi.
- I4 Predlog intervencije, predpisovalec je ni sprejel.
 - I4.1 Ukinitiv zdravila. Navedi.
 - I4.2 Vpeljava novega zdravila. Navedi.
 - I4.3 Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi.
 - I4.4 Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi.
 - I4.5 Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi.
 - I4.6 Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju. Navedi.
 - I4.7 Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi.
 - I4.8 Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi.
 - I4.9 Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi.
- I5 Druga intervencija.
 - I5.1 Razjasnitev informacij s predpisovalcem.
 - I5.2 Neželeni dogodek, sporočen pristojnim organom.
 - I5.3 Druga intervencija. Navedi.

Izidi

- O0 Neznani izidi.
 - O0.0 Izid intervencije ni znan.
- O1 Težava v celoti razrešena.
 - O1.0 Težava v celoti razrešena.
- O2 Težava deloma razrešena.
 - O2.0 Težava deloma razrešena.
- O3 Težava ni razrešena.
 - O3.1 Težava ni razrešena, pomanjkljivo sodelovanje pacienta.
 - O3.2 Težava ni razrešena, pomanjkljivo sodelovanje predpisovalca.

O3.3 Težava ni razrešena, intervencija ni učinkovita.

O3.4 Ni potrebe ali možnosti razrešiti težavo.

PRILOGA 5: Osebna kartica zdravil

Tabela 1: Osebna kartica zdravil

| OSEBNA KARTICA ZDRAVIL | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|-------------------------------------|---|
| Pripravljeno po dogovoru s pacientom | | | | | |
| IME IN PRIIMEK: xxxxxx xxxxxxxxxxx | | ROJEN/-A: xx. xx. xxxx | | NASLOV: xxxxxxxx xx xx, | DATUM IZPISA: xx. xx. xxxx |
| ZDRAVILO učinkovina | ODMERJANJE | | | DODATNE INFORMACIJE O UPORABI | NAMEN UPORABE |
| | ZJUTRAJ | OPOLDNE | ZVEČER | | |
| EMOZUL 40 MG KAPS. esomeprazol | 1 kaps. | | | vzeti na tešče | zmanjšanje kislosti želodčnega soka |
| PRENESSA 4 MG TABL. perindopril | 1 tabl. | | | pred jedjo | zdravljenje bolezni srca in ožilja |
| CYMBALTA 60 MG KAPS. duloksetin | 1 kaps. | | | pred zajtrkom ali po njem | zdravljenje depresije |
| ASPIRIN PROTECT 100 MG TABL. acetilsalicilna kislina | | 1 tabl. | | pred jedjo | preprečevanje nastanka krvnih strdkov |
| SINVACOR 20 MG TABL. simvastatin | | | 1 tabl. | pred spanjem | zniževanje ravni holesterola in maščob v krvi |
| LEKADOL 500 MG TABL. paracetamol | 1–2 tabl. | | | po potrebi ob glavobolu | lajšanje bolečine |
| | | | | | |
| DRUGI IZDELKI: | | | | | |
| DRUGE INFORMACIJE: Šentjanževke ne smete uporabljati. Ne uporabljajte drugih protibolečinskih zdravil, ki spadajo v skupino nesteroidnih antirevmatikov, kot so tablete Ibubel. Tablete Sinvacor si nastavite ob knjigo za večerno branje. Merite si krvni tlak. Obiščite zdravnika zaradi kašlja! | | | | | |
| PRIPRAVIL: xxxxx xxxxxx, xxx. xxxx. | LEKARNA: xxxxxxx xxxxxx | TEL. ŠT. LEKARNE: xx xxx xx xx | E-NASLOV: xxxxx.xxxxxx@xxxxxxxx- xxxxxxxx.xx | | |