



REPUBLIKA SLOVENIJA  
**MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

Razširjen strokovni kolegij za psihiatrijo

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
Chengdujska 45  
pp 5211  
1001 Ljubljana  
Tel.: 01 587 21 00  
Fax:015294111

## **Zadeva: 34. Korespondenčna seja RSK za psihiatrijo – dne 1.6.2026**

Seje so se udeležili: doc. dr. Jure Bon, dr. med., doc. dr. Andreja Čelofiga, dr. med., izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., Jure Koprivšek, dr. med.,

Opravičeno odsotni: as. prim. dr. Karin Sernek, dr. med.

### **Dnevni red:**

#### **Ad 1. Ugotovitev sklepčnosti**

##### **Sklep:**

Člani RSK ugotavljajo, da je kolegij sklepčen.

#### **Ad 2/ Pobuda za ustrežnejšo razlago 138. člena Uredbe OZZ 2026 – psihiatrična bolnišnična obravnava in dnevna oskrb**

#### **Zadeva: Pobuda za ustrežnejšo razlago 138. člena Uredbe OZZ 2026 – psihiatrična bolnišnična obravnava in dnevna oskrba**

V zvezi z določbo 138. člena Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja za leto 2026, ki pri zaporedni obravnavi pacienta v psihiatrični bolnišnični dejavnosti in nato v dnevni oskrbi določa pogoj najmanj 29 dni hospitalizacije v programu E0051 ter najmanj 21 dni dnevne obravnave v

programu E0055, podajamo pobudo za ponovno presojo navedene dikcije oziroma za njeno ustrežnejšo razlago.

Menimo, da je navedena dikcija za izvajanje psihiatrične dejavnosti neustrezna, preveč toga in v praksi težko izvedljiva. Določitev minimalnega števila dni kot pogoja za obračun ne upošteva narave psihiatričnega zdravljenja, ki je izrazito individualizirano ter odvisno od kliničnega stanja pacienta, njegovega sodelovanja v terapevtskem procesu, poteka bolezni, komorbidnosti in strokovne presoje terapevtskega tima.

Zato se s tako oblikovano dikcijo ne moremo strinjati, če bi se razlagala kot absolutni obračunski pogoj.

Pri zdravljenju smo zavezani k upoštevanju individualnih potreb pacientov, ki so po kliničnih slikah osnovne motnje ter po sočasno potekajočih duševnih motnjah in telesnih boleznih, torej po komorbidnosti v najširšem pomenu besede, zelo heterogeni. Prav ta heterogenost v praksi zahteva prilagodljivo, strokovno in pacientu prilagojeno obravnavo, ki je ni mogoče vedno vnaprej omejiti oziroma pogojevati z natančno določenim številom dni. Predvsem je to očitno, kadar primerjamo med seboj duševne motnje, pri katerih se načini zdravljenja precej razlikujejo, kot je to v primeru psihotičnih motenj in motenj razpoloženja v primerjavi z boleznimi odvisnosti od prepovedanih drog in alkohola. Kombinacija hospitalne obravnave in dnevne bolnišnice je pri boleznih odvisnosti bistven del strukture zdravljenja in zasleduje povsem drugačne cilje kot enaka kombinacija pri zdravljenju psihoz in motenj razpoloženja. V nadaljevanju predstavljamo argumente v podporo naši trditvi.

## **Zakaj pragovna norma iz 138. člena ni primerna za zdravljenje odvisnosti:**

### **1. Predpostavljena logika pragovne norme in njena veljavnost**

Predvidevamo, da je bila pragovna norma iz 138. člena Uredbe OZZ 2026 oblikovana z namenom preprečiti neutemeljeno administrativno združevanje enotne psihiatrične hospitalizacije na dva ločena primera (E0051 + E0055) in s tem neutemeljenega dvojnega obračuna za hospitalno obravnavo, ki klinično tvori eno zaključeno epizodo zdravljenja. Ta logika se nam zdi smiselna in utemeljena pri določeni skupini psihiatričnih motenj, zlasti pri akutnih psihozah, težkih epizodah depresije ali maniji in podobnih stanjih, kjer je tipična pot zdravljenja taka, da dolgi akutni stabilizaciji sledi postopna rehabilitacija prek dnevne bolnišnice, kar zasleduje splošni princip deinstitutionalizacije v psihiatriji. Pri teh motnjah je meja med akutno in subakutno fazo klinično lahko zabrisana, zdravljenje poteka po kontinuumu enega problema in dejansko obstaja hipotetična možnost, da bi bolnišnica umetno prekinila hospitalno fazo, da bi "odprla" obračunsko okno za dodaten obračun dnevne bolnišnice.

Ključna predpostavka pragovne norme je torej, da gre za **eno samo zdravstveno epizodo** z dvema fazama podobnega zdravljenja. Prav ta predpostavka pa pri zdravljenju odvisnosti **ne drži**.

### **2. Zdravljenje odvisnosti tvorita dve strukturno ločeni terapevtski fazi**

Uveljavljeni programi zdravljenja odvisnosti — tako pri odvisnosti od alkohola kot od prepovedanih drog — temeljijo na natančno opredeljenem dvofaznem modelu, ki nima nobene povezave z morebitno administrativno logiko, temveč izhaja iz značilnosti zdravljenja odtegnitvenega sindroma od drog, nizkopražnih programov za motiviranje posameznikov za vstop v celostno obravnavo, same nevrobiologije odvisnosti in predvsem tudi od psihoterapevtskih modelov zdravljenja odvisnosti.

**Prva faza (stacionarna hospitalizacija, E0051)** ima specifične cilje, ki so neposredno vezani na nujnost nadzorovanega okolja:

- Varno vodena detoksikacija in obvladovanje odtegnitvenega sindroma, kjer nenadzorovani odpust lahko ogroža življenje (alkohol: delirij tremens, epileptični napadi; opioidi: predoziranje po izgubi tolerance)
- Vzpostavitev psihofizične stabilnosti, ki je predpogoj za psihoterapevtsko delo
- Diagnostika in zdravljenje komorbidnih telesnih in duševnih stanj
- Uvod v motivacijski proces in natančno strukturirana psihoterapevtska obravnava v varovanem hospitalnem okolju brez dostopa do substanc

**Druga faza (dnevna bolnišnica, E0055)** pa ima povsem drugačne in samostojne terapevtske cilje, ki jih **ni mogoče doseči v stacionarnem okolju** — ravno obratno:

- Postopno, nadzorovano izpostavljanje pacientov resničnemu okolju, ki vključuje sprožilce za relaps odvisnosti (t. i. "izpostavljanje sprožilcem relapsa")
- Preskus trdnosti abstinence v stresnih situacijah domačega in socialnega okolja
- Reintegracija v delovni ali izobraževalni proces — kar je samo po sebi terapevtski cilj, ne le zunanji dejavnik
- Obravnava socialnih in medosebnih dinamik, ki so sprožilci recidiva
- Skupinska psihoterapija in skupnostna podpora, ki deluje prek mehanizmov vrstniške odgovornosti in medsebojne podpore

Ti cilji so strukturno nezdržljivi s stacionarnim okoljem. Dnevna bolnišnica v zdravljenju odvisnosti torej ni "mehkejša različica" iste hospitalizacije, ampak **terapevtski instrument z drugačno farmakološko in psihoterapevtsko logiko**, ki zavestno izkorišča izpostavljenost zunanjemu svetu kot terapevtski dejavnik.

### **3. Trajanje programa ni administrativna odločitev, ampak klinična spremenljivka**

Eden od osrednjih naših argumentov je, da trajanje obravnave ne more biti vnaprej določeno. Za obravnavo psihoz in motenj razpoloženja to drži deloma — tam obstaja statistično stabilna povprečna ležalna doba, ki je osnova za normiranje. Pri zdravljenju odvisnosti pa ta stabilnost **sistematično manjka iz kliničnih razlogov**:

- **Samovoljni predčasni odhod** je statistično pričakovan pojav pri pacientih z odvisnostjo, in ne izjema. Ambivalentnost do zdravljenja je konstitutivni del motnje odvisnosti (anozognozija, sindrom odpornosti na zdravljenje), kar pomeni, da normativna določitev minimalnega trajanja obravnave strukturno ignorira naravo bolezni, ki jo norma poskuša regulirati.
- **Zgodnji uspeh** je pri odvisnosti legitimen izid: pacient, ki po 12 dneh dnevne bolnišnice dobi zaposlitev in jo sprejme, je s stališča terapevtskih ciljev dosegel ključni mejnik rehabilitacije. Prisiljevanje k nadaljnjim 9 dnevom bivanja v dnevni bolnišnici iz obračunskih razlogov bi bilo v neposrednem nasprotju s terapevtskim ciljem — in bi hkrati pomenilo, da bolnišnica podaljšuje obravnavo ne iz kliničnih, ampak iz finančnih razlogov, kar je natanko tisto, kar pragovni prag skuša preprečiti.
- **Komorbidnost** je pri zdravljenju odvisnosti pravilo, ne izjema: sočasne depresivne, anksiozne, osebnostne in somatske motnje vplivajo na zmožnost pacienta za sodelovanje in s tem na dejansko dosegljivo dolžino programa na način, ki ga ni mogoče standardizirati.

#### **4. Pragovna norma pri zdravljenju odvisnosti lahko ustvarja neprimerno spodbudo, ravno obratno od svojega osnovnega namena**

Ker je pri zdravljenju odvisnosti vzorec "hospitalizacija manj kot 29 dni + dnevna bolnišnica manj kot 21 dni" klinično pogost in utemeljen, bo stroga uporaba 138. člena bolnišnice dejansko spodbujala k **podaljšanju hospitalne faze onkraj klinične indikacije**, da bi dosegle prag 29 dni. To je natanko tisto stanje, ki ga uredba predvidoma poskuša preprečiti pri splošnih psihiatričnih hospitalizacijah, le da bi bil tu lahko vzrok obraten: ne bi šlo za razdruževanje ene epizode v dve krajši, ampak podaljševanje ene faze, da se sploh odpre možnost obračuna druge.

Tak neprimeren učinek bi imel neposredne klinične posledice:

- Podaljšana hospitalizacija pri odvisniku, ki je dosegel osnovne cilje hospitalne obravnave, ga izolira od rehabilitacijskega okolja in odloži ključno fazo terapijskega izpostavljanja
- Institucionaliziranost sama po sebi deluje negativno na motivacijo in samoodgovornost — dva ključna cilja zdravljenja odvisnosti
- Vzdrževanje pacienta v hospitalni enoti brez klinične indikacije pomeni etično sporno prakso, ki ji Ministrstvo za zdravje in strokovne smernice izrecno nasprotujejo

#### **5. Odvisnost kot posebna kategorija v psihiatrični nomenklaturi zahteva posebno obravnavo**

Zdravljenje odvisnosti je v mednarodni klasifikaciji bolezni opredeljeno kot kronična recidivirajoča bolezen z nevrobiološko osnovo, ki se klinično in terapijsko bistveno razlikuje od psihotičnih motenj ali motenj razpoloženja, pri katerih je pragovni model bolj smiseln. Terapevtski programi za odvisnost — vključno z uveljavljenimi modeli terapijskih skupnosti in motivacijske obravnave — imajo v mednarodni literaturi dobro dokumentirane strukturirane dvofazne ali večfazne modele, kjer vsaka faza odgovori na drugačno klinično vprašanje.

Slednje pomeni, da kombinacija hospitalne in dnevne obravnave pri odvisnosti ne le ustreza uredbi s stališča legitimnosti ločenega obračuna, ampak je **strokovno utemeljena kot večfazni terapijski pristop z različnimi kliničnimi cilji**.

#### **6. Ustrezen obračunski mehanizem naj upošteva klinično dokumentacijo, ne trajanja obravnave**

Predlagamo, da se kot zadostna podlaga za obračun upošteva zdravstvena dokumentacija, ki izkazuje:

- medicinsko indikacijo,
- strokovno izvedbo,
- ustrezno dokumentiranost,
- skladnost s terapijskim načrtom,
- utemeljene razloge za predčasni zaključek.

Tak predlog je po našem mnenju vsebinsko utemeljen in skladen s splošnimi načeli zdravstvenega prava. Za področje zdravljenja odvisnosti ga je smiselno nadgraditi s specifičnim merilom: **strokovno dokumentiranim terapijskim načrtom**, ki ob sprejemu v vsako od faz opredeli konkretne in merljive terapijske cilje ter kazalnike uspešnosti za vsako fazo posebej. Taka dokumentacija bi objektivno

dokazovala, da gre za dve strukturno ločeni klinični intervenciji, ne za administrativno razdruževanje ene epizode.

Zavod za zdravstveno zavarovanje bi moral prav pri zdravljenju odvisnosti — kjer obstajajo certificirani, strokovno verificirani programi zdravljenja z jasno opredeljeno dvofazno strukturo — kot zadostno dokazilo za ločen obračun obeh faz sprejeti **predložen in dokumentiran terapevtski načrt programa**, ne pa izpolnitev časovnih pragov, ki so bili oblikovani za klinično popolnoma drugačen kontekst.

Pragovna norma iz 138. člena Uredbe OZZ 2026 je torej po našem mnenju **tehnično primerna za področje splošnih psihiatričnih hospitalizacij** (psihoze, afektivne motnje), kjer obstaja realno tveganje neutemeljenega razdruževanja ene klinične epizode. Pri zdravljenju odvisnosti pa ne naslavlja tega tveganja, ampak administrativno omejuje klinično utemeljeno in strokovno verificirano dvofazno strukturo zdravljenja, ustvarja neprimerne spodbude za podaljševanje hospitalne faze in sistemsko kaznuje bolnišnice za klinično uspešne izide (zgodnja zaposlitev, samovoljni odpust po doseženih ciljih). Pravilna regulatorna rešitev bi bila bodisi **izrecna izjema za programe zdravljenja odvisnosti** v besedilu določbe bodisi **navodilo ZZS z razlago**, ki potrjuje, da se 138. člen pri diagnostičnih skupinah bolezni odvisnosti uporablja na način, ki kot zadostno merilo sprejema strokovno dokumentiran dvofazni terapevtski načrt.

Zato prosimo za ponovno presojo navedene dikcije oziroma za usmeritev, ki bo omogočala strokovno ustrezno, pravično in izvedljivo obravnavo primerov, pri katerih minimalno število dni ni doseženo iz navedenih razlogov. Ostajamo vam na razpolago za morebitno skupno posvetovanje oziroma sestanek, na katerem bi skupaj poiskali primerno rešitev.

### **Sklep:**

RSK za psihiatrijo soglasno potrjuje predlagano Pobudo za ustrežnejšo razlago 138. člena Uredbe OZZ 2026 – psihiatrična bolnišnična obravnava in dnevna oskrba in predlaga izvajalcem, da se pobuda pošlje na Združenje psihiatričnih bolnišnic.

Zapisala:

Prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

Predsednica RSK za psihiatrijo