

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Nina Vencelj

Mentorica: doc.dr. Gordana Žurga

**SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V REPUBLIKI  
SLOVENIJI – ANALIZA UKREPOV ZA ZMANJŠEVANJE  
IZDATKOV ZA ZDRAVILA**

**DIPLOMSKO DELO**

Ljubljana, 2004

# KAZALO

<b>1. UVOD</b> .....	<b>1</b>
1.1. OPREDELITEV PROBLEMA, NAMEN IN CILJ DELA .....	2
1.2. HIPOTEZA .....	4
1.3. STRUKTURA DIPLOMSKEGA DELA IN UPORABLJENA METODOLOGIJA .....	5
<b>2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA</b> .....	<b>7</b>
2.1. DEFINICIJA ZDRAVJA KOT DRUŽBENE VREDNOTE .....	7
2.2. POJMOVANJE ZDRAVJA V SLOVENIJI .....	8
2.3. PRVINE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA .....	9
2.4. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA.....	11
2.5. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	14
2.5.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje .....	15
2.5.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje .....	17
2.6. FINANCIRANJE ZDRAVSTVA .....	18
<b>3. TRG ZDRAVIL IN PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SISTEMU OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI</b> .....	<b>23</b>
3.1. INSTITUCIJE NA PODROČJU ZDRAVIL .....	23
3.2. ZAKONODAJNI OKVIR .....	24
3.2.1. <i>Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih</i> .....	25
3.2.2. <i>Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini</i> .....	27
3.2.3. <i>Sklep o kriterijih za razvrščanje zdravil na liste</i> .....	30
3.2.4. <i>Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo</i> .....	31
3.3. DOSEDANJI UKREPI ZA OBVLADOVANJE IZDATKOV ZA ZDRAVILA .....	34
3.3.1. <i>Liste zdravil</i> .....	37
3.3.2. <i>Omejitve predpisovanja</i> .....	39
3.3.3. <i>Pilotski projekt STIRA (STImulacija – RAcionalizacija)</i> .....	39
3.3.4. <i>Racionalna farmakoterapija</i> .....	40
3.4. IZDATKI ZA ZDRAVILA .....	41
3.5. PRIMERJAVA SISTEMA PREDPISOVANJA ZDRAVIL V SLOVENIJI Z IZBRANIMI DRŽAVAMI.....	44
3.5.1. <i>Nemčija</i> .....	44
3.5.2. <i>Italija</i> .....	47
3.5.3. <i>Francija</i> .....	49
<b>4. REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN NJENE POSLEDICE NA TRGU ZDRAVIL</b> .....	<b>51</b>
4.1. SISTEM REFERENČNIH CEN KOT PODLAGA NOVIH UKREPOV V SLOVENIJI .....	52
4.1.1. <i>Kritike sistema referenčnih cen</i> .....	54
4.2. SEZNAM MEDSEBOJNO ZAMENLJIVIH ZDRAVIL Z NAJVIŠJO PRIZNANO VREDNOSTJO .....	55
4.2.1. <i>Definicija seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznано vrednostjo</i> .....	56
4.2.2. <i>Kriteriji za uvrstitev na seznam</i> .....	57
4.2.3. <i>Temeljni pojmi pomembni za razumevanje seznama medsebojno zamenljivih zdravil</i> .....	57
4.2.4. <i>Predpisovanje zdravil po sistemu medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznано vrednostjo</i> .....	59
4.2.5. <i>Predstavitev sistema klasifikacije zdravil ATC/DDD</i> .....	60
<b>5. ANALIZA UČINKOV UKREPOV NOVEGA SISTEMA</b> .....	<b>62</b>
<b>6. VERIFIKACIJA HIPOTEZ IN SKLEPI</b> .....	<b>69</b>
<b>7. LITERATURA IN VIRI</b> .....	<b>72</b>
<b>PRILOGE</b> .....	<b>78</b>

## KAZALO PRIKAZOV

Prikaz 2.1.: Učinki opravljanja zdravstvene dejavnosti .....	10
Prikaz 2.2.: Izhodiščni položaj partnerjev v upravljanju sistema zdravstvenega varstva .....	12
Prikaz 2.3.: Ravni zdravstvenega varstva .....	14
Prikaz 2.4.: Delež javnih, zasebnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v % BDP v obdobju 1992 - .....	19
Prikaz 2.5.: Delež vseh sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v % BDP v letu 2001 po evropskih državah .....	21
Prikaz 3.1.: Državne institucije na področju zdravstva .....	23
Prikaz 3.2.: Gibanje celotnih izdatkov za zdravila in letna realna rast izdatkov za zdravila v Sloveniji	35
Prikaz 3.3.: Izdatki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in lekarniško dejavnost .....	42
Prikaz 4.1.: Predpisovanje zdravil po pravilih novega sistema .....	59
Prikaz 5.1.: Analiza količine porabljenih zdravil v obdobju november 2002 in maj 2003 ter november 2003 in maj 2004 .....	64
Prikaz 5.2.: Analiza učinkov zniževanja cen zdravil .....	65
Prikaz 5.3.: Vrednost in količina porabljenih zdravil na recept v obdobju nov 02 – maj 03 in nov 03 – maj 04 za skupine v sistemu medsebojno zamenljivih zdravil .....	67
Prikaz 5.4.: Vrednost in količina porabljenih zdravil na recept v obdobju jan 03 – avg 03 in jan 04 – avg 04 za vse skupine ATC klasifikacije .....	68

## 1. UVOD

Zdravje je ena izmed najbolj visoko cenjenih naložb v človekovem življenju. Gre za vrednoto in človekovo pravico, ki ne bi smela imeti postavljene cene. Pa vendar se temu v današnjem, hitro razvijajočem se svetu ni moč izogniti. Vsaka stvar ima svojo ceno in najbolje se godi tisti, ki je hitra, učinkovita, kakovostna in hkrati stroškovno najbolj ugodna. Zato je tudi zdravju postavljena cena, ki je sicer izražena v dostopu do zdravstvenega zavarovanja, dostopu do zdravniške oskrbe in nenazadnje dostopu do zdravil. Le-ta so zaradi porasta že poznanih in razvoja vedno novih, tudi še neozdravljivih bolezni in stroškov medicinskega razvoja, ki ga potegnejo za seboj, vedno dražja. V večini razvitih držav imajo velike probleme z vse bolj naraščajočimi izdatki za zdravila, ki jih skušajo vlade čimbolj omejiti. Na drugi strani pa so potrebe, pričakovanja in zahteve ljudi v zvezi z zdravstvenim varstvom vedno večje. Glavni izziv države, kot enega glavnih akterjev v zdravstveni politiki, je torej postal obdržati raven zdravja ljudi in ponudbe zdravstvenega sistema v stroškovno učinkovitih mejah, ki bodo zdravstvenim blagajnam prinašale prihodke in s tem preusmerjale denar v tista področja, ki so ga nujno potrebna (kot na primer razvoj novih zdravil za neozdravljive bolezni, uvedba novih medicinskih tehnologij in aparaturov v prakso ipd.). Osnovni princip vsake zdravstvene politike mora kljub temu ostati na ravni etike in morale, saj je pravica vsakogar, da ima možnost dostopa do zdravstvenih virov in oskrbe. Tako je tudi zapisano v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije – "Zdravje za vse do leta 2004"<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Nacionalni program zdravstvenega varstva - Zdravje za vse do leta 2004, UL RS, 49/00.

## 1.1. OPREDELITEV PROBLEMA, NAMEN IN CILJ DELA

Slovenski zdravstveni sistem, kot ga poznamo danes, je svojo osnovno podobo dobil leta 1992 s prvo zdravstveno reformo po osamosvojitvi Slovenije. Takrat je bila prvič poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja uveljavljena možnost dodatnega prostovoljnega zavarovanja ter možnost privatnega zdravstva. Vse do danes je upravljanje zdravstvenega sistema ostalo v veliki meri centralizirano, saj je kljub delnim poskusom decentralizacije, večina administrativnih in regulativnih funkcij ostala v rokah države, lokalne skupnosti pa so obdržale le vlogo implementacije centralno sprejetih politik in dogovorov. Prav tako je centralizirano upravljanje z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, ki je v pristojnosti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Jakubowski, 2002: 5).

Sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo pretežni del javnih sredstev za zdravstvo. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljajo glavni vir financiranja. Odmerjeni so po proporcionalnih stopnjah glede na dohodek ali druge zakonsko določene osnove zavezancev za plačilo prispevkov. Financiranje zdravstvenega varstva je ena pomembnejših sestavin javnofinančne politike države. Danes predstavljajo sredstva za zdravstveno varstvo v strukturi vseh izdatkov države 13,5%. Izdatki države za zdravstvo predstavljajo v Sloveniji po obsegu drugo najpomembnejšo sestavino funkcionalnih izdatkov države. So takoj za izdatki za pokojninsko varstvo in so celo večji kot izdatki za izobraževanje. Javni izdatki za zdravje so v preteklem desetletnem obdobju sicer rasli počasneje kot BDP, celotni izdatki za zdravstvo pa bistveno hitreje kot BDP, predvsem na račun povečevanja zasebnih sredstev prebivalstva. Tako se je del bremena dodatnega financiranja zdravstva v prikazanem obdobju prenesel na zasebna sredstva prebivalcev in tako lahko rečemo, da je bila rast vseh izdatkov za zdravstvo, ki je v letu 2003 znašala 9,04% BDP, predvsem posledica rasti zasebnih sredstev financiranja zdravstva (Ministrstvo za finance: Bilance javnega financiranja v RS v letih 1995 - 2005, 2004).

Trend plačne politike države je ohranjati rast plač in pokojnin nižje od rasti BDP oziroma produktivnosti. Ker so prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje odvisni od ravni plač, je posledično upadel tudi delež prispevkov za zdravstveno

zavarovanje v BDP. V kombinaciji s kritičnim upadom populacije aktivno sposobnega prebivalstva ima Slovenija probleme s prihodki v javno finančnem sistemu. Ti problemi se najbolj odsevajo v poslovanju ZZZS, ki ima že nekaj let primanjkljaj v poslovanju. Rast odhodkov za zdravstvo je moč pripisati predvsem staranju prebivalstva, usklajevanju plač zaposlenih v zdravstvu, vplivu uvedbe davka na dodano vrednost, odhodkom za drage storitve in predvsem rasti odhodkov za zdravila (Keber in drugi, 2003). Naj ponazorim še z demografskimi podatki: Slovenija je država z 1,98 milijona prebivalcev<sup>2</sup>; v starostni strukturi prevladuje staro prebivalstvo, kar je tudi trend celotne Evrope; rodnost pada hitreje kot umrljivost, zato je neto prirastek prebivalstva negativen<sup>3</sup>; in povprečna letna rast BDP znaša okoli 3-4%, medtem ko rast izdatkov za zdravila znaša okoli 5% letno.

Stroški za zdravila so v večini držav težko obvladljiva kategorija, zato je državno urejanje cenovne politike zdravil eno najpomembnejših orodij državnega urejanja. Stroški za zdravila naraščajo predvsem zaradi razvoja farmacije in medicinske stroke ter hitro rastočih potreb ljudi. Zdravstveni sistem v Sloveniji je v sklopu zdravstvene reforme doživel veliko sprememb. Na področju zdravil so se te spremembe odražale predvsem v dejstvu, da je začela država uvajati vse več ukrepov, preko katerih si želi doseči racionalizacijo izdatkov za zdravila, ki že nekaj let strmo naraščajo in presegajo tudi realno rast BDP. Racionalizacijo izdatkov je mogoče doseči na več načinov, vendar pa je zadeva kompleksne narave, saj je pri zdravilih potrebno upoštevati predvsem medicinske smernice in etična pravila in šele na tem graditi ukrepe za doseg ekonomskih učinkov. Vsi ukrepi so namreč zastavljeni na osnovi, da je v prvi vrsti najpomembnejše zdravje posameznika. Tako lahko racionalizacijo izdatkov prinese že racionalizacija predpisovanja zdravil, ki se odraža v ukrepih, kot sta omejevanje števila predpisanih receptov, omejevanje predpisovanja določenih učinkovin, omejevanje oblikovanja cene zdravil ipd. Vsaka država pa mora kljub vsemu, v luči svoje zdravstvene politike, omogočiti prebivalstvu dostop do sodobnih zdravil in hkrati poskrbeti za optimalno uporabo sredstev, ki jih namenja za zdravila iz javnih sredstev.

---

<sup>2</sup> Podatki za leto 2003.

<sup>3</sup> <http://www.who.dk/eprise/main/WHO/countryinformation/country?AreaCode=SVN> (15.7.2004).

Cilj mojega diplomskega dela je prikazati prav te ukrepe, ki so bili uvedeni za zmanjševanje izdatkov za zdravila ter analizirati njihove kratkoročne učinke. Izhodišče, ki sem si ga vzela pri obravnavanju tematike je bilo, da dosedanji ukrepi racionalizacije porabe zdravil in s tem posledično tudi stroškov in izdatkov, ki so bili uvedeni v preteklih letih, niso dosegli svojega namena, saj niso imeli dolgoročnih finančnih učinkov, ki bi se odražali v zmanjševanju izdatkov za zdravila in zmanjševanju same količine predpisanih zdravil oziroma receptov. Ukrepe sem v nalogi tudi opredelila in analizirala njihove učinke preko statističnih podatkov. Predvsem sem se osredotočila na uvedbo sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, ki je na tem področju privedel do največjih sprememb do sedaj. Obravnavana tematika je aktualna in relevantna, saj vse do uvedbe sistema ni bilo natanko jasno, ali bo prinesel več slabosti kot koristi. V svetu takšne sisteme za obvladovanje stroškov za zdravila že dobro poznajo in prav izkušnje drugih držav so Sloveniji pomagale pri njegovem vzpostavljanju. V diplomski nalogi sem prikazala slabosti in koristi sistema in jih primerjala z izkušnjami drugih držav. Preko analize vrednosti in količine porabljenih zdravil v določenem časovnem obdobju sem verificirala postavljeno hipotezo.

## **1.2. HIPOTEZA**

V diplomski nalogi sem preverila naslednjo hipotezo:

*Država bo preko sistema medsebojno zamenljivih zdravil, ki ga je uvedla konec leta 2003, zmanjšala stroške in dosegla željeni prihranek že kratkoročno.*

Meseca novembra leta 2003 je bila uvedena največja novost v predpisovanju zdravil, to je uvedba sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, ki jo še krijeta obvezno in prostovoljno (dopolnilno) zdravstveno zavarovanje. Uvedba tega sistema je bila potrebna zaradi učinkovitejšega obvladovanja izdatkov za zdravila, z namenom prihranka sredstev, ne da bi se ob tem kakorkoli zmanjšal dostop do kakovostnih, varnih in učinkovitih zdravil. Finančna projekcija prihranka, ki je bila izračunana pred uvedbo sistema, je ocenila, da bo sistem prinesel najmanj 2,9 milijarde tolarjev prihranka na letni ravni. Od tega iz naslova obveznega

zdravstvenega zavarovanja približno 1,72 milijarde tolarjev, ostalo pa iz naslova prostovoljnega (dopolnilnega) zavarovanja. Cilj, ki je bil zastavljen je, da realna letna rast odhodkov za zdravila ne preseže 3%. Največje prihranke naj bi prinesle tiste učinkovine, ki so predpisovane v največjem obsegu. To so enalapril<sup>4</sup>, omeprazol<sup>5</sup> in simvastatin<sup>6</sup>, od katerih sem v diplomskem delu podrobneje predstavila simvastatin. Z analizo količine in vrednosti porabljenih zdravil v določenem časovnem obdobju sem torej preverila, ali so bile projekcije in predvidevanja pravilna.

### 1.3. STRUKTURA DIPLOMSKEGA DELA IN UPORABLJENA METODOLOGIJA

Diplomsko delo sem zaradi boljšega razumevanja razdelila na štiri tematske sklope. Prvi sklop, ki ga obravnava drugo poglavje, je predstavitev slovenskega zdravstvenega sistema in ključnih osnovnih pojmov. Drugi sklop, ki ga predstavlja tretje poglavje, je predstavitev slovenskega trga zdravil in zakonodaje, ki ureja to področje. V tem delu sem tudi predstavila ukrepe, ki so bili uvedeni za obvladovanje izdatkov za zdravila, in analizirala njihove učinke. V tretjem sklopu, ki ga predstavlja četrto poglavje, sem opisala zadnji ukrep za obvladovanje izdatkov za zdravila, ki ga je država uvedla novembra 2003. Gre za uvedbo sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo. Četrty sklop pa predstavlja empirični del, saj sem v petem poglavju predstavila rezultate analize količine in vrednosti porabljenih zdravil v določenem časovnem obdobju ter analizo učinkov spremembe cen. Za izdelavo analize sem se odločila zato, ker me je zanimalo, ali nov ukrep resnično prinaša načrtovane prihranke.

Kot metodologijo za izdelavo diplomskega dela sem uporabila predvsem analizo in interpretacijo primarnih in sekundarnih virov, s pomočjo katere sem obdelala zakone in podzakonske akte, knjige, članke in besedila, ki se ukvarjajo s problematiko področja preučevanja. Uporabila sem tudi primerjalno raziskovanje, saj so me

---

<sup>4</sup> Enalapril je zdravilna učinkovina v zdravilih za zdravljenje hipertenzije oz. povišanega krvnega pritiska.

<sup>5</sup> Omeprazol je zdravilna učinkovina, inhibitor protonske črpalke, ki zmanjšuje izločanje želodčne kisline, katera povzroča ulkus ali čir na želodcu.

<sup>6</sup> Simvastatin je zdravilna učinkovina, ki jo vsebujejo zdravila za zniževanje holesterola v krvi.



zanimale izkušnje drugih držav z obravnavano problematiko. Za primerjalno analizo obravnavanega področja za istoležno obdobje pred in po uvedbi novega ukrepa sem uporabila metodo statistične obdelave podatkov.

## **2. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Poznavanje sistema zdravstvenega varstva je pomembno, če hočemo razumeti zdravstveno politiko, saj le-ta posega v pravice zdravstvenega varstva, svoj »manevrski prostor« pa ima znotraj prvin sistema. Njegova zgradba in delovanje pa dandanes nista več odvisna le od zdravstvenih potreb ljudi, temveč predvsem od političnih odločitev (Česen, 1998: 8).

### **2.1. DEFINICIJA ZDRAVJA KOT DRUŽBENE VREDNOTE**

»Salus rei publicae suprema lex«, v latinščini pomeni »javna blaginja mora biti najvišji zakon« (Verbinc, 1971: 631). Te besede je zapisal že Cicero v prvem stoletju pred našim štetjem, pričajo pa o tem, da so se že v antičnem Rimu zavedali družbenega pomena zdravja. Tudi moderno pojmovanje zdravja je družbeno definiran koncept, ki pa ga ne moremo natančneje opisati, gre za izredno dinamičen pojem, odvisen od načina življenja in časa, v katerem živimo. Zdravje je (Poročilo o človekovem razvoju 2002/2003: 33-35):

- zunanje in notranje ravnotežje organizma
- odsotnost bolezni
- zmožnost delovanja
- znak blaginje.

Živimo v svetu, kjer je zdravje v močni odvisnosti od zunanjih dejavnikov oziroma natančneje zagotovljenih osnovnih življenjskih možnosti in virov. Mednje prištevamo bivalni prostor, prehrano, izobraževanje, delo, dohodek, mir, pravičnost in enakopravnost ter ostale človekove pravice. V sodobnem času je nastala tudi nova ideologija – individualna skrb in odgovornost za zdravje, katere cilj je zdrav način življenja. Zdravje lahko opredelimo kot stanje »popolne fizične, psihične in družbene blaginje« (SZO 1948; Declaration of Alma Ata, 1978, citirano po Poročilu o človekovem razvoju 2002/2003), vendar pa se moramo zavedati, da vsi ljudje ne živimo v svetu enakih možnosti. Zato je zdravje kompleksen pojem, ki ga sestavljajo:

- odraz telesnega in duševnega stanja
- prisotnost/odsotnost škodljivih ali koristnih razvad
- družbena blaginja
- družbena diferenciacija
- družbena kohezija
- družbena vključenost.

Ravnotežje vseh naštetih elementov pa sestavlja moderno definicijo zdravja (Poročilo o človekovem razvoju 2002/2003: 33-35).

## **2.2. POJMOVANJE ZDRAVJA V SLOVENIJI**

V Sloveniji je oblast demokratično zasnovana, saj temelji na predpostavkah, da je Slovenija pravna in socialna država (2. člen Ustave RS), kjer so vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj ali katerokoli drugo osebno okoliščino (14. člen Ustave RS). Človekove pravice in temeljne svoboščine mora na svojem ozemlju varovati država (5. člen Ustave RS).

Družba ni sestavljena le iz posameznikov, ki morajo za svoj obstoj slediti individualnim interesom, temveč njeno dobro delovanje zagotavlja medsebojna soodvisnost vseh članov družbe. Sodobna družba je prišla do spoznanja, da je sreča odvisna tudi od solidarnosti, kar se kaže tudi v zdravstvenem in pokojninskem sistemu. »Smisel obstoja pravic je vedno varstvo posameznika in ne političnega sistema oz. države« (Zajc, 1999: 74). Življenje posameznika in skupin je zaščiteno z jamstvom človekovih pravic, med katere uvrščamo tudi pravico do zdravstvenega varstva. V Sloveniji je pravica do zdravstvenega varstva ustavno zagotovljena (51. člen Ustave RS). Ustava v svojem 50. členu tudi določa, da je država dolžna urejati obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in druga zavarovanja in skrbeti za njihovo izvajanje in delovanje (Ustava RS, UL RS, 33/9, str. 1373, 28.12.1991).

Slovenija je torej socialnopravna država, ki se trudi državljanom in državljkam omogočiti univerzalen in pravičen dostop do zdravstvenih storitev. Skrb za zdravje je predmet celotne socialne politike države. Zakoni zagotavljajo kolektivne pravice, ki vključujejo enako oskrbo pod enakimi pogoji za vse prebivalce, ne glede na materialni status, socialne okoliščine ali kraj prebivališča. Javni sektor je tisti, ki skrbi za pravilno in učinkovito izvajanje pravic zdravstvenega varstva, financiranje tega poteka preko davkov in prispevkov zdravstvenega ter pokojninskega zavarovanja, temelji pa na principu solidarnosti in trajnosti (Poročilo o človekovem razvoju 2002/2003: 36).

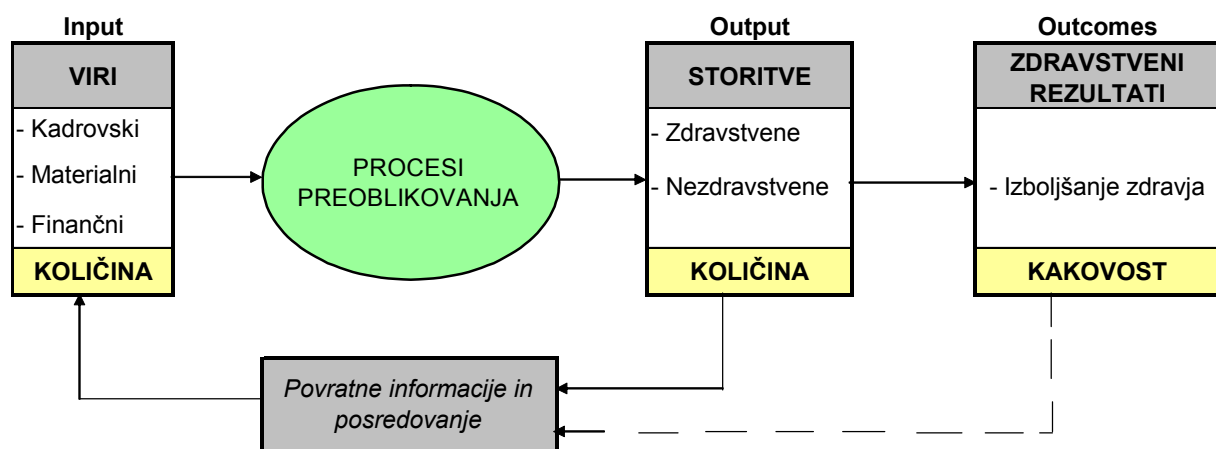
Zdravje sem opredelila kot eno najpomembnejših družbenih vrednot, zato trdim, da tudi politične odločitve na različnih področjih vplivajo na kvaliteto zdravja prebivalstva. Kljub temu da je za lastno zdravje odgovoren posameznik sam, je država tisti družbeni subjekt, ki s svojim delovanjem in odločanjem vpliva na možnost posameznika, da ta za svoje zdravje lahko ustrezno poskrbi. Zdravje je namreč kazalec in rezultat ekonomskega ter socialnega razvoja. Zdravstveno varstvo je eden izmed tistih dejavnikov družbe, ki močno prispeva k boljšemu zdravju prebivalstva, zato ga prištevamo med temelje socialne varnosti in politične stabilnosti. Uresničevanje zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji je zajamčeno z zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (NPZV – Zdravje za vse do leta 2004, UL RS, št. 49, str. 6650, 6.6.2000).

### **2.3. PRVINE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA**

Sama beseda sistem je splošno ime za skupino prvin ali pojavov, med katerimi njihovi medsebojni odnosi temeljijo na določenih zakonih, načelih ali principih (Kukoleča, 1972 v Česen, 1998: 10). Poznamo naravne, tehnične in organizacijske sisteme. Zdravstveno varstvo štejemo med organizacijske sisteme. V teoriji poznamo več opredelitev sistema zdravstvenega varstva, vendar bom omenila le ekonomsko opredelitev. Field (v Česen, 1998:10) je ekonomsko opredelil zdravstveni sistem kot družbeni mehanizem, »ki spreminja splošne vire – inpute (človeške, materialne, finančne) v specializirane učinke – outpute (zdravstvene storitve) in v prave učinke

zdravstvenih aktivnosti – outcome (zdravstvene rezultate), ki so usmerjeni v zdravstvene probleme dane družbe«. Za politične odločitve so najpomembnejši dobri zdravstveni rezultati, ki pa morajo biti doseženi preko učinkovitih zdravstvenih storitev. Učinkovitost organizacije ali sistema nam pove razmerje med vhomom (inputom) in izhodom (outputom) oziroma razmerje med »uporabljenimi viri za izdelavo ene enote rezultata delovanja«. Vendar je v mojem primeru boljša opredelitev učinkovitosti v smislu ekonomske uporabe virov sistema s hkratnim zagotavljanjem določene stopnje zadovoljstva strank (Žurga, 2001: 82-83).

*Prikaz 2.1.: Učinki opravljanja zdravstvene dejavnosti*



Vir: Česen (1998: 14)

Stopnjo do katere organizacija ali sistem uresničuje postavljene cilje pa razumemo kot uspešnost, ki jo lahko opredelimo tudi kot stopnjo do katere so zadovoljene zahteve strank (Neely, 1997 v Žurga, 2001: 83). Po mnenju Česna (1998:15) je »skupni cilj delovanja sistema zdravstvenega varstva /.../ zagotoviti vsem ljudem najvišjo plačljivo raven zdravstvenega varstva in najboljše dosegljivo zdravje«.

Med glavne elemente zdravstvenega sistema štejem:

- zdravstveno politiko,
- zdravstveno dejavnost,
- zdravstveno zavarovanje,
- izobraževanje in usposabljanje,
- medicinsko znanost in zdravstvene tehnologije.

Vsi elementi, ki sestavljajo sistem zdravstvenega varstva, so pomembni, saj le preko uresničevanja vseh sistem deluje kot celota. Prve tri prvine predstavljajo jedro zdravstvenega sistema, medtem ko sta zadnji dve le njun podporni steber. Svoje cilje zdravstvo dosega prav preko delovanja prvin in uresničevanja njihovih interesov (Česen, 1998: 15-16).

Sistem zdravstvenega varstva bo dobro deloval le v primeru, ko so med njegove elemente pravilno razporejene naloge, odgovornosti in pristojnosti. Po načelu funkcionalnosti zgradbe mora imeti vsak element sistema svoje mesto in vlogo. Rezultat dobro postavljene strukture sistema se odraža v nemotenem delovanju sistema, v nasprotnem primeru pride do motenj v upravljanju in težavah pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (Česen, 1998: 16).

Z gospodarno porabo razpoložljivih sredstev mora sistem zdravstvenega varstva uresničevati svoje poslanstvo in dosegati zastavljene cilje, saj je le tako lahko uspešen in učinkovit. Zdravstvenih rezultatov (outcomes) morajo biti deležni vsi ljudje, šele takrat lahko govorimo o kakovosti zdravstvenega varstva, ki temelji na maksimalni zdravstveni koristi za ljudi in minimalni stopnji tveganja za njihovo zdravje in blaginjo (WHO, 1993 v Česen, 1998: 17).

## **2.4. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA**

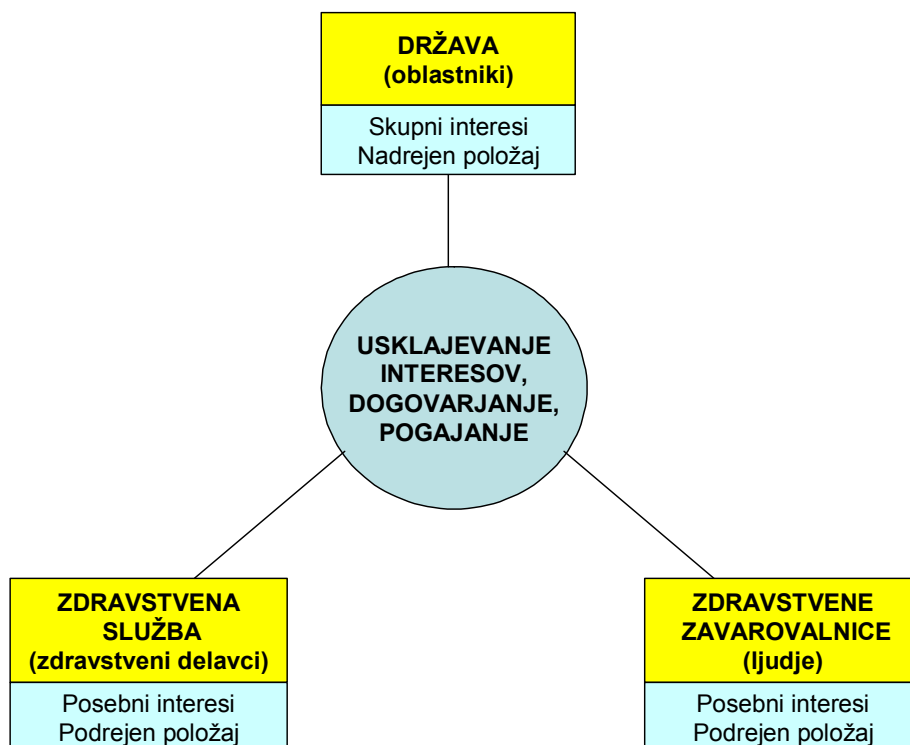
Organizacija sistema zdravstvenega varstva je zasnovana tako, da kar najbolj učinkovito povezuje in usklajuje interese in cilje vseh svojih akterjev. Gre za tako imenovani **tripartitni sistem upravljanja**, ki vključuje: uporabnike zdravstvenih storitev, izvajalce zdravstvenih storitev in državo. Partnerji so organizacijsko ločeni, v upravljanju sistema pa interese usklajujejo na podlagi dogovarjanj in pogajanj.

Glavni interes ljudi oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev je biti in ostati zdrav, v primeru bolezni pa dobiti ustrezno medicinsko oskrbo in pomoč. Predstavniki in nosilci interesov uporabnikov zdravstvenih storitev so v zdravstvenem sistemu zdravstvene zavarovalnice. To so javne ali zasebne organizacije, ki za ceno prispevka zagotavljajo zdravstveno varstvo svojim zavarovancem.

Izvajalci zdravstvenih storitev so vsi zaposleni v zdravstvenem sektorju, ki opravljajo in zagotavljajo zdravstveno dejavnost. Skupaj z materialnimi dobrinami (zgradbe, oprema) predstavljajo zdravstveno službo. Ta nudi uporabnikom zdravstvenih storitev preventivno in kurativno zdravljenje ter nezdravstvene storitve. V ta sklop štejemo tudi izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva.

Tretji partner pa je država, ki jo predstavljajo različne institucije, med katerimi sta za sistem zdravstvenega varstva najpomembnejši Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Po ustavi je država dolžna zagotavljati obstoj in delovanje zdravstvenega sistema (50. člen Ustave RS), preko katerega so uresničene javne socialne naloge države. Sistem je v svojem delovanju polavtonomen, saj je država ohranila ključne pristojnosti in največji vpliv na glavne odločitve. Ostala dva akterja večinoma sodelujeta pri racionalizaciji opravljanja zdravstvene dejavnosti in izvajanju zdravstvenega zavarovanja.

Prikaz 2.2.: Izhodiščni položaj partnerjev v upravljanju sistema zdravstvenega varstva



Vir: Česen, 1998: 18

Najtežja naloga države je povezovati cilje ekonomskega in socialnega razvoja in optimalno rešiti njuna stalna nasprotja. Obe sestavini druga drugo stalno pogojeta, a se hkrati tudi ovirata. Medtem ko ekonomski razvoj stremi k stalni gospodarski rasti in večanju družbenega proizvoda, je cilj socialnega razvoja večja kakovost človekovega življenja. To pa oblikujejo različna merila, med njimi so najpomembnejša: pričakovano trajanje življenja, smrtnost dojenčkov in otrok, stopnja izobrazbe, onesnaženost okolja, število zdravnikov na določeno število prebivalstva itd. Prav uspešno doseganje teh meril pa je vezano na kvalitetno delovanje sistema zdravstvenega varstva (Česen, 1998: 30-36).

Cilj države je doseči najvišji možni zdravstveni standard, ki je realiziran skozi dva vidika (Česen, 1998: 36):

- ekonomski vidik – zdravstveno stanje aktivnih prebivalcev mora ostajati na tako visoki ravni, da zagotavlja nemoteno delovanje proizvodnih procesov (productivity effect)
- socialni vidik – stalno povečevanje blaginje in kakovosti življenja posameznika (welfare effect)

Sistem javnega zdravstva pri nas temelji na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Na teh ravneh poteka tako preventivno kot tudi kurativno zdravstveno varstvo.

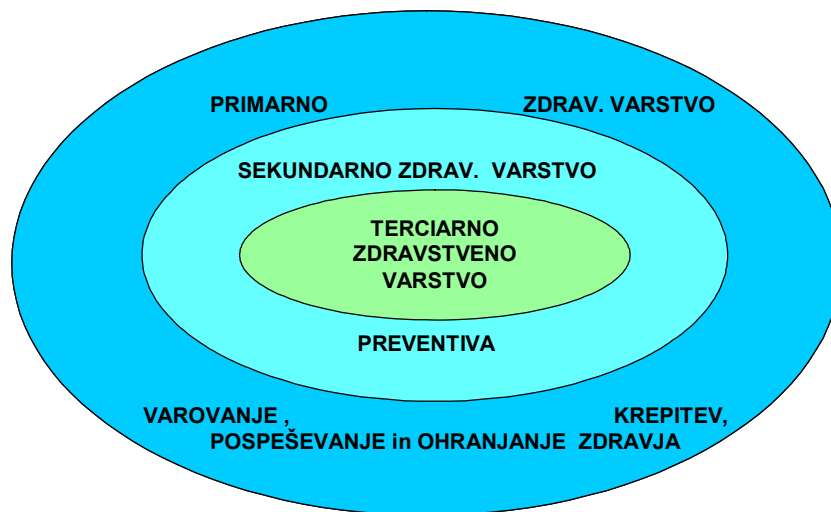
Primarna raven zdravstvenega varstva obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost. Osnovna zdravstvena dejavnost poteka v sklopu mreže zdravstvenih domov in zdravstvenih postaj. Le-to je dolžna zagotoviti lokalna skupnost, v skrajnih primerih pa pomaga država.

Sekundarna zdravstvena dejavnost je organizirana v okviru specialističnih ambulant ter splošnih in specializiranih bolnišnic, pri čemer te izvajajo 75% zdravstvenega varstva na sekundarni ravni. V Sloveniji imamo 9 regionalnih in 3 lokalne splošne bolnišnice, 2 zasebna sanatorija in 12 specializiranih bolnišnic.



V terciarno zdravstvo štejemo zahtevnejše zdravstvene obravnave, raziskovalno, izobraževalno in drugo strokovno delo specializiranih medicinskih strok. Glavna institucija na tej ravni je Klinični center Ljubljana (Poročilo o človekovem razvoju 2002/2003: 65-66).

Prikaz 2.3.: Ravni zdravstvenega varstva



Vir: Brinc, 2003

## 2.5. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Sedanji sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je bil po osamosvojitvi z zakonom vzpostavljen leta 1992. Temelji na 110-letni tradiciji avstroogrškega sistema, ki smo ga Slovenci poznali že v 19. stoletju, imenovanega Bismarckov koncept nacionalnega socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki se je v letih svojega delovanja v svetu izkazal kot zelo uspešen sistem (Košir, 2002: 2). Tako je bil z zakonom v letu 1992 ponovno vzpostavljen sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in uveden sistem dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga je bilo treba zaradi svoje kompleksnosti nenehno dopolnjevati. Značilnost sedanjega sistema je tudi v tem, da je njegovo upravljanje relativno centralizirano (Jakubowski, 2002: 5).

### **2.5.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje**

Obvezno zdravstveno zavarovanje nudi vsem zavarovanim osebam enakopraven dostop do zdravstvene oskrbe, ki jo določa zakon in vsakoletni dogovor med partnerji zdravstvenega sistema. Pravice iz naslova tega zavarovanja pomenijo najvišji dosegljivi standard, ki ga nudi slovenska država zavarovanim osebam na račun finančnega sektorja (Česen, 1998: 64).

Prebivalcem Slovenije je zdravstveno varstvo zagotovljeno na treh ravneh.

Prvo raven predstavlja že Ustava RS, ki s 50. in 51. členom svojim državljanom zagotavlja pravico do zdravstvenega varstva, za katerega mora v osnovi poskrbeti država. Prav tako mora država poskrbeti za zdravo življenjsko okolje ljudi (72. člen Ustave RS).

Drugo raven predstavlja delodajalec, ki je po Zakonu o delovnih razmerjih (UL RS 42/2002) in Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (UL RS 56/99) dolžan varovati zdravje vsakega zaposlenega in poskrbeti za zdravo ter varno delovno okolje. Delodajalec mora skrbeti za preventivno zdravje delavca z obveznimi zdravniškimi pregledi, plačevanjem nadomestila za čas odsotnosti od dela zaradi bolezni ali nezgode, varovanjem pred delovnimi nezgodami ali pred širjenjem nalezljivih bolezni.

Tretjo raven predstavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ga ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (UL RS, št. 20/04, v nadaljevanju ZZVZZ) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (UL RS, št. 91/00), ki jih je sprejel Zavod za zdravstveno zavarovanje RS (v nadaljevanju ZZZS). Vsi državljani Republike Slovenije so po zakonu zavarovani preko tega osnovnega sistema (tretje ravni) in so tako deležni dveh stopenj pravic; prvi del pravic obsega dostop do osnovnih zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni, vključno z zdravili in tehničnimi pripomočki, drugi del pa predstavljajo plačila zdravstvenih storitev v obliki nadomestil plače med začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni, pogrebina in posmrtnina ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev (Albreht in drugi, 2002: 25-26).

Obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ) se financira preko prispevkov za zdravstveno varstvo, ki jih plačujejo ZZZS vsi zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci, ki jih določa zakon. Le-ta tudi določa osnove in višino prispevkov, ki so določene po proporcionalnih stopnjah (ZZVZZ: 45. člen). Stopnje prispevkov na predlog ZZZS določi Državni zbor RS (ZZVZZ: 55. člen).

V celoti so iz OZZ krite naslednje storitve (t.i. reimbursement<sup>7</sup>):

- vse zdravstvene storitve za otroke, šolsko mladino in študente, ki se redno šolajo (postavitve diagnoze, zdravljenje in rehabilitacija vseh bolezenskih stanj ali poškodb),
- zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni
- svetovanje za načrtovanje družine, nosečnost, kontracepcija in porod,
- vse storitve, ki so povezane s programi za preventivno nego, diagnosticiranje in zdravljenje nalezljivih bolezni, vključno z okužbo HIV ter izvajanje obveznega cepljenja po programu imunoprofilakse in kemoprofilakse,
- zdravljenje in rehabilitacija poškodb in bolezni, ki so nastale pri oziroma zaradi dela, zdravljenje raka, mišičnih in živčno – mišičnih bolezni, duševnih bolezni, epilepsije, hemofilije, paraplegije, tetraplegije in cerebralne paralize in tudi hudega diabetesa, multiple skleroze ter psoriaze,
- zdravstveno varstvo, povezano z donacijo in transplantacijo tkiv in organov, urgentno zdravljenje in prva medicinska pomoč ter nujni reševalni prevoz, patronažna nega na domu,
- zdravljenje in zdravstvena oskrba v domovih za ostarele in drugih socialnovarstvenih zavodih (več glej v Albreht in drugi, 2002: 25-26 in ZZVZZ: 23. člen).

Zaradi dejstva, da OZZ pokriva tako velik del zdravljenja in zdravstvenih storitev za zgoraj navedene skupine ljudi, so posledično druge storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja krite samo v določenem odstotku (kritje od 50 do 95 % vrednosti storitve). Zdravila na recept so krita iz OZZ v skladu z razvrstitvijo zdravil na

---

<sup>7</sup> Reimbursement (angl.) – povrnitev, povračilo denarja oz. stroškov (Toporišič, 2001).

liste. Le za otroke, šolsko mladino, študente in otroke z motnjami v duševnem in telesnem razvoju so zdravila na recept iz pozitivne<sup>8</sup> in vmesne<sup>9</sup> liste krita v celoti. Za vse ostale primere so zdravila na recept iz pozitivne liste krita le v 75% deležu, zdravila iz vmesne liste pa le do 25% vrednosti (ZZVZZ: 23. člen). Razliko mora zavarovana oseba plačati ali iz lastnega žepa ali pa preko dodatnega prostovoljnega zavarovanja. Še vedno pa prevladuje mnenje, da je kljub uvedbi prostovoljnega zavarovanja in omejitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju slovenski zdravstveni sistem zelo velikodušen v relaciji z razpoložljivimi finančnimi viri, premalo racionaliziran in premalo osredotočen na bistvene potrebe ljudi v določenem življenjskem obdobju in njihovo raven dohodkov (Albreht in drugi, 2002: 27).

### **2.5.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje**

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju PZZ) je bilo vzpostavljeno leta 1992 in zasnovano zaradi potrebe po raznolikosti virov financiranja. V Sloveniji ne obstaja možnost prostovoljnega zavarovanja, ki bi krilo vse stroške, saj imamo obvezno zdravstveno zavarovanje. Tako obstaja samo možnost dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki pokrije razliko do polne vrednosti storitev, poleg tega pa še druge, dodatno plačljive pravice, ki v OZZ niso vključene (npr. višji standard storitev). Zavarovalne premije so postavljene s strani zavarovalnic in se zato med seboj razlikujejo, vendar so za določen sklop pravic nespremenljive (Albreht in drugi, 2002: 28). Premije se oblikujejo v povezavi s tveganjem, ki so mu zavarovanci izpostavljeni, hkrati pa se upošteva tudi starost in spol ter drugi dejavniki. Zavarovanja so organizirana dolgoročno in so dostopna vsem, ki se želijo zavarovati (ZZVZZ: 62. člen).

V splošnem obstajajo tri oblike prostovoljnih zavarovanj (Česen, 2003: 36-37):

- dopolnilno (komplementarno) zavarovanje – vključuje storitve, ki pomenijo višji standard ali pa po presoji posameznika niso zadostno krita z obveznim

---

<sup>8</sup> Pozitivna lista zdravil je lista zdravil, ki so po kriterijih za razvrščanje zdravil, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krita v 75% deležu. Več glej poglavje 3.2.3.

<sup>9</sup> Vmesna lista zdravil je lista zdravil, ki so po kriterijih za razvrščanje zdravil, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krita v 25% deležu. Več glej poglavje 3.2.3.

zavarovanjem. V nekaterih državah v to obliko štejejo tudi prostovoljno zavarovanje za doplačila, ki pa je sporno, saj so doplačila del stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje.

- dodatno (suplementarno) zavarovanje – krije vse pravice, ki jih ne pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje
- nadomestno (substitutivno) zavarovanje – krije vse stroške zdravstvenih storitev za osebe, ki niso vključene v obvezno shemo (zaradi lastne odločitve ali zakonskih predpisov) .

Glavni instituciji, ki nudita možnost dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, sta dve zavarovalnici – Vzajemna in Adriatic, spomladi leta 2004 pa je odprla vrata prostovoljnemu dodatnemu zavarovanju še Zavarovalnica Triglav. Albreht in drugi strokovnjaki (2002: 27) so že leta 2001 ugotovili, da ima več kot 1,4 milijona prebivalcev v Sloveniji sklenjeno eno izmed možnih dodatnih zdravstvenih zavarovanj, to je skoraj 95% tistih, ki bi v nasprotnem primeru morali doplačati za zdravstvene storitve.

Cilj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je predvsem v razbremenitvi javnega finančnega sektorja in demokratizaciji zdravstvenega varstva v smislu možnosti izbire pri lastnem zdravju. Zavarovalni temelj je vzajemnost. Namen uvedbe sistema je predvsem v tem, da vsak posameznik sam prispeva k ohranjanju in izboljšanju svojega zdravja (Česen, 1998: 66-67).

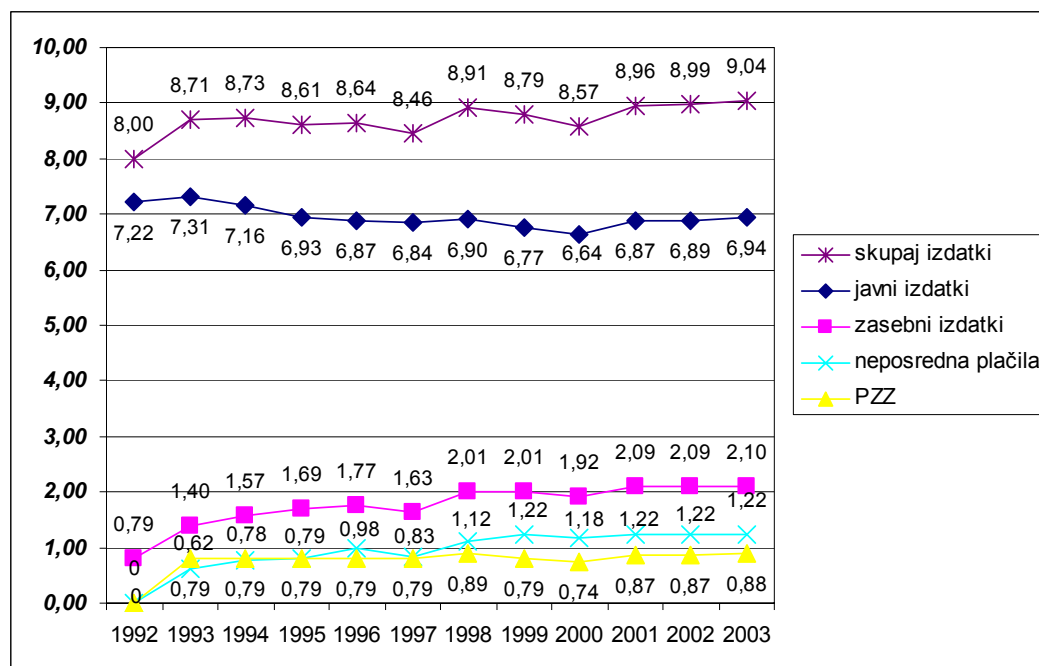
## **2.6. FINANCIRANJE ZDRAVSTVA**

V Sloveniji je financiranje zdravstvenega varstva ena izmed pomembnejših sestavin javnofinančne politike države. V strukturi vseh sredstev, ki jih država financira skozi javnofinančne izdatke, so predstavljal sredstva za zdravstveno varstvo v letu 2002 12,8% vseh izdatkov države, v letu 2003 pa se je njihov delež povečal na 13,5% vseh izdatkov širše države. Izdatki države za zdravstvo predstavljajo v Sloveniji po obsegu, takoj za izdatki za pokojninsko varstvo, drugo najpomembnejšo sestavino funkcionalnih izdatkov in so celo večji kot izdatki za izobraževanje (več glej Ministrstvo za finance: Bilance javnega financiranja v RS v letih 1995 - 2005, 2004).

V Sloveniji je zdravstveno varstvo financirano iz javnih in zasebnih sredstev. Javne vire sredstev predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja ter proračunska sredstva države in občin. K zasebnim virom sredstev financiranja pa štejemo sredstva prostovoljnih dodatnih zdravstvenih zavarovanj in del sredstev nezgodnih zavarovalnic, neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke ter sredstva različnih dobrodelnih organizacij in donatorjev (Keber in drugi, 2003: 239).

Kot sem že omenila, je bilo leta 1992 uvedeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in doplačila. Tako je delež javnih izdatkov za zdravstvo v % BDP od leta 1992 začel upadati, medtem ko so zasebni izdatki v obdobju 1992 - 2003 pospešeno rasli. Tako se je del bremena dodatnega financiranja zdravstva v prikazanem obdobju prenesel na zasebna sredstva prebivalcev in tako lahko rečemo, da je bila rast vseh izdatkov za zdravstvo, ki so v letu 1992 znašali 8,00% BDP, v letu 2003 pa 9,04% BDP, predvsem posledica rasti zasebnih sredstev financiranja zdravstva (prikaz 2.4.).

**Prikaz 2.4.: Delež javnih, zasebnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v % BDP v obdobju 1992-2003**



Vir: Keber in drugi, 2003  
 Bilten javnih financ, Ministrstvo za finance, 2004

Kot prikazuje zgornja slika so javni izdatki za zdravstvo v preteklem desetletnem obdobju rasli počasneje kot BDP, celotni izdatki za zdravstvo pa bistveno hitreje kot BDP na račun zasebnih sredstev prebivalstva. Javni izdatki za zdravstvo so leta 1992 predstavljali 90% vseh izdatkov za zdravstvo, v letu 2003 pa se je njihov delež znižal na 76% vseh zdravstvenih izdatkov (več glej Ministrstvo za finance: Bilance javnega financiranja v RS v letih 1995 - 2005, 2004).

Sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo pretežni del javnih sredstev za zdravstvo. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljajo glavni vir financiranja in so odmerjeni po proporcionalnih stopnjah glede na dohodek ali druge zakonsko določene osnove zavezancev za plačilo prispevkov. O stopnji prispevka odloča Državni zbor. Leta 1992 je bila prispevna stopnja zelo visoka (18,15%), ker je bilo potrebno odpraviti posledice starega sistema. Do leta 1995 se je prispevna stopnja postopoma zniževala, danes znaša 13,45% (od tega 6,36% s strani zaposlenih, 6,53% s strani delodajalcev in dodatnih 0,53% za kritje poškodb in bolezni pri delu). Poleg tega pa javne izdatke za zdravstvo sestavljajo še sredstva državnega proračuna in sredstva občinskih proračunov. Prva so namenjena pokrivanju izdatkov zdravstvenega ministrstva in organov v sestavi, za financiranje investicij v zdravstvu in za realizacijo nacionalnih zdravstvenih programov. Sredstva državnega proračuna predstavljajo 2,5% vseh porabljenih sredstev za zdravstvo. Občinska sredstva pa so namenjena aktivnostim pri izvajanju zdravstvene dejavnosti na primarni ravni (npr. plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja nezaposlenim ipd.) in predstavljajo le okoli 0,7% vseh izdatkov zdravstva (več glej v Keber in drugi, 2003).

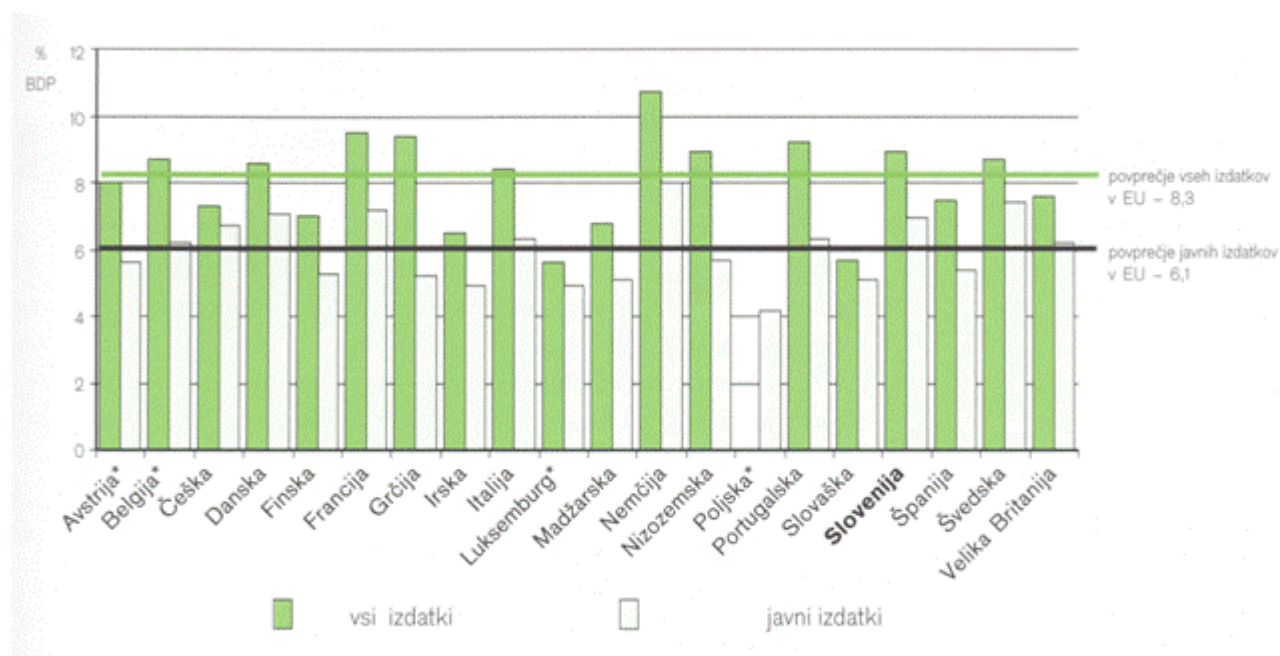
Tako se v boju za prihranek denarja pravice iz obveznega zavarovanja zmanjšujejo, povečujejo pa se sestavine in obseg prostovoljnega zavarovanja. To zaradi plačljivosti, se pravi dodatnih stroškov, ni dostopno vsem državljanom. Za večjo dostopnost zdravstvenih storitev je pomembna racionalna poraba sredstev, predvsem s strani izvajalcev zdravstvenih storitev. Zato mora zdravstvo kot organizacijski sistem pri svojem delovanju upoštevati splošno načelo gospodarjenja ali ekonomski princip racionalnosti. Vedno naj bi se trudilo dosežati maksimalne učinke z minimalno porabo virov. Kljub temu Česen meni, da "javni sistemi

zdravstvenega varstva v svetu niso znani ravno po tem, da bi si močno prizadevali uresničevati ekonomska načela racionalnosti” (glej Česen, 1998: 19).

Zasebne izdatke za zdravstvo predstavljajo dopolnilno prostovoljno zavarovanje, doplačila za zdravstvene storitve iz obveznega zavarovanja in neposredna plačila. V Sloveniji so doplačila za zdravstvene storitve mnogo višja kot drugje po Evropi in tudi niso socialno omejena. Doplačila znašajo od 5 do 60% vrednosti storitve obveznega zavarovanja, odvisno od storitve (več glej v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, UL RS, št. 20/04 in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, UL RS, št. 91/00). Za vse te storitve se je možno dodatno zavarovati pri zavarovalnicah, ki ponujajo dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Tretji vir izdatkov pa predstavljajo neposredna plačila državljanov za zdravila in dodatna zdravljenja, donatorska sredstva in sredstva dobrodelnih organizacij (Keber in drugi, 2003: 241-250).

**Prikaz 2.5.: Delež vseh sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v % BDP v letu 2001 po evropskih državah**



Vir: Poslovno poročilo za leto 2003, ZZS



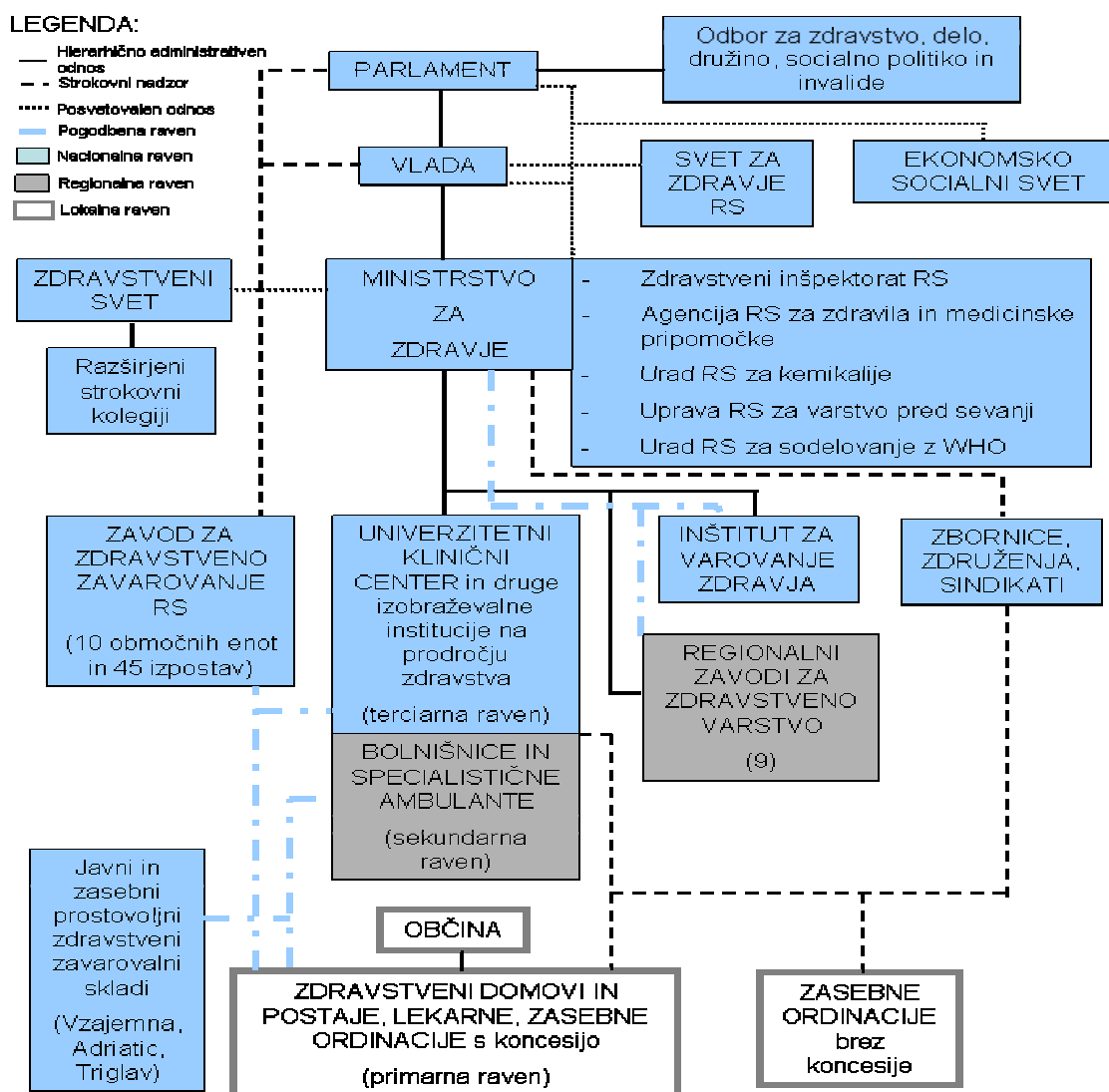
Kot lahko vidimo iz prikaza 2.5., daje največji delež sredstev v BDP za zdravstvo Nemčija, sledijo pa ji Francija, Portugalska in Grčija. Slovenija je med državami članicami EU po izdatkih za zdravstveno varstvo rangirana precej visoko. Vendar pa je na vprašanje, kakšni bi bili najbolj primerni izdatki za zdravstvo, težko odgovoriti, saj je to zelo odvisno od družbenih vrednot in socialnega konsenza neke države, hkrati pa je zelo odvisno tudi od samega političnega in družbenega stanja (Keber in drugi, 2003: 251).

### 3. TRG ZDRAVIL IN PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SISTEMU OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

#### 3.1. INSTITUCIJE NA PODROČJU ZDRAVIL

V spodnjem prikazu so na kratko predstavljeni glavni akterji na področju zdravil in njihovi odnosi, ki temeljijo na zakonodaji in samem političnem sistemu.

*Prikaz 3.1.: Državne institucije na področju zdravstva*



Vir: Albreht in drugi, 2002

V zgornjem prikazu je razviden odnos med vsemi tremi ravnmi zdravstvenega sistema, ki sem jih podrobno opisala že v drugem poglavju, vendar je tukaj prikazan še z vidika institucij. Najpomembnejši instituciji za področje zdravil sta Ministrstvo za zdravje oziroma v njegovem okviru Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke in Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.

Ministrstvo za zdravje je del državne uprave in je kot tak pristojen predvsem za pripravljane zdravstvene zakonodaje, implementacijo že sprejetih zakonov in evalvacijo zdravstvene politike. Aktivnosti ministrstva so povezane z vsemi tremi ravnmi zdravstvenega varstva, predvsem v nadzoru javnega zdravstva in izobraževanju ljudi. Prav tako je ministrstvo pristojno za investicije v zdravstvu.

Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, ki deluje v okviru ministrstva, je pristojna za nadzor nad trgom zdravil, kar vključuje nadzor nad proizvodnjo, trženjem in oskrbo z zdravili in medicinskimi pripomočki.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije ali ZZZS je najpomembnejša institucija z vidika zdravstvenega varstva. Ustanovljen je bil leta 1992 kot javna neprofitna ustanova, ki jo v delovanju nadzira država in obvezuje statut, ki ga potrjuje Ministrstvo za zdravje. Je edina ustanova, ki je odgovorna za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in njegovo financiranje. Poleg tega je odgovoren za sklepanje področnih dogovorov z izvajalci zdravstvenega varstva, ima nadzorno funkcijo nad vsemi področji zdravstvenega varstva in omogoča državljanom dostop do pravne in druge profesionalne pomoči (Albreht in drugi, 2002: 11-16).

### **3.2. ZAKONODAJNI OKVIR**

Trg zdravil<sup>10</sup> in medicinskih pripomočkov<sup>11</sup> je povsod po svetu zaradi svojega pomena za zdravje ljudi močno reguliran. Države preko administrativnih ukrepov in

---

<sup>10</sup> Zdravilo je vsak izdelek, snov ali kombinacija snovi, ki je pripravljen v določenih količinah in na določen način in namenjen za zdravljenje ali preprečevanje bolezni ali za doseganje drugih medicinsko upravičenih ciljev. Med zdravila prištevamo tudi snovi ali njihovo kombinacijo, ki jih uporabljamo z namenom določitve diagnoze, ponovne vzpostavitve, izboljšave ali spremembe fizioloških funkcij. Te snovi imajo lahko človeški, živalski, rastlinski, kemični, mikrobn ali biotehnoški izvor. Po načinu izdajanja razvrščamo zdravila za uporabo v humani medicini na zdravila, ki se

zakonodaje urejajo področje porabe in dosegljivosti zdravil preko določanja načina registracije novih zdravil, načina zdravstvenega zavarovanja ali povrnitve stroškov zdravil in z uvajanjem prioriteten list zdravil (Oražem in drugi, 1997: 5).

Podlago za delovanje trga zdravil v Sloveniji predstavlja zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih. Zdravila morajo biti registrirana po točno določenem postopku, ki ga predpisuje zakon, pri Agenciji RS za zdravila in medicinske pripomočke. Sezname vseh zdravil, ki imajo dovoljenje za promet, so objavljeni v Registru zdravil RS. Oglaševanje zdravil natančno ureja še poseben Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 76/01), po katerem je prepovedano oglaševanje v javnosti vseh tistih zdravil, ki se izdajajo samo na recept ali katera sploh nimajo dovoljenja za promet (Albreht in drugi, 2002: 54).

### **3.2.1. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih**

Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (UL RS, št.101/99, v nadaljevanju ZZMP) je bil sprejet leta 1999 in nato dopolnjen leta 2000 in leta 2002 ter usklajen z evropsko *acquis communautaire*. Predstavlja temeljni zakon, ki določa, kaj so zdravila in medicinski pripomočki za uporabo v humani medicini, pogoje za njihovo izdelavo in promet na trgu. Hkrati podaja tudi ukrepe za zagotavljanje njihove kakovosti, varnosti in učinkovitosti (1. člen ZZMP).

Zaradi same teme diplomske naloge sem se posvetila samo delu zakona, ki se nanaša na zdravila. Tega lahko opredelimo po naslednjih področjih:

- a) splošne določbe
- b) obrazložitev temeljnih pojmov in umestitev zdravil v sistem
- c) postopek za pridobitev dovoljenja za promet
- d) preskušanje zdravil

---

izdajajo le na recept in na zdravila, ki se izdajajo brez recepta (Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, UL RS 101/99).

<sup>11</sup> Medicinski pripomoček je instrument, aparat ali sredstvo za humano in veterinarsko uporabo, ki svojega osnovnega namena ne doseže na podlagi farmakoloških, kemičnih, imunoloških ali metaboličnih lastnosti (Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, UL RS 101/99).

- e) pridobitev dovoljenja za izdelavo zdravila
- f) promet z zdravili
- g) obveščanje o zdravilih in njihovo oglaševanje
- h) izvajanje kontrole kakovosti zdravil
- i) postopki nadzorstva nad izvajanjem zakona.

Zakon tako določa strokovne, etične in tehnične standarde za opravljanje dela z zdravili. Podrobnejša določila predpisujejo dodatni podzakonski akti, ki jih sprejme Ministrstvo za zdravje (Ovin in dr., 2003: 108).

Zdravila so lahko na trgu le takrat, ko izpolnjujejo naslednje pogoje:

- izdano dovoljenje za promet,
- vsaka serija zdravila mora biti izdelana v skladu z določili dovoljenja za promet. Narejena mora biti kakovostna analiza vseh sestavin in količinska analiza učinkovin vsake posamezne serije ter vse ostale dodatne analize, ki v skladu z določili dovoljenja za promet zagotavljajo kakovost nekega zdravila
- vsa zdravila, ki so v Republiki Sloveniji registrirana in v prometu, morajo biti izdelana in kontrolirana popolnoma v skladu z evropsko in slovensko farmakopejo<sup>12</sup> (9. in 10. člen ZZMP).

Dovoljenje za promet morajo imeti vsa zdravila in homeopatski<sup>13</sup> izdelki, če jih proizvajalec želi prodajati<sup>14</sup>. Predlagatelj mora pri pristojnem organu vložiti predlog za izdajo dovoljenja za promet z zdravilom. Predlagatelj je lahko:

- proizvajalec zdravila s sedežem v Republiki Sloveniji

---

<sup>12</sup> Farmakopeja – uradni farmacevtski priročnik, ki vsebuje osnovne podatke o zdravilnih surovinah, njihovem predelovanju v zdravila in navodila za kontrolo zdravil. Gre za zbirko predpisov o zdravilih (Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, UL RS 101/99).

<sup>13</sup> Homeopatski izdelki so pripravljene iz snovi ali sestavin, ki se imenujejo homeopatske surovine (Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, UL RS 101/99). Pri homeopatiji gre za zdravljenje bolezni z majhno količino tistih snovi, ki bi v večjih količinah pravzaprav povzročile to bolezen (Verbinc, 1971).

<sup>14</sup> Izjeme, kjer ni potrebno dovoljenje za promet, v 11. členu opredeljuje zakon. Gre za magistralne pripravke, galenske izdelke, zdravila za uporabo v humani medicini, ki imajo ustrezno dovoljenje za klinično preizkušanje, zdravila namenjena zdravljenju kot nadaljevanju zdravljenja v tujini, izdelke namenjene nadaljnji predelavi in zdravila namenjena raziskavam in razvoju (Ovin in dr., 2003: 109).

- pravna ali fizična oseba s sedežem v RS, ki nastopa v imenu proizvajalca
- podružnica tujega proizvajalca s sedežem v RS (13. člen ZZMP).

Dovoljenje za promet z zdravili preneha veljati, ko:

1. preteče rok, do katerega je bilo izdano,
2. če pristojni organ izda novo odločbo, ker ugotovi:
  - da zdravilo ni varno ali učinkovito v okviru predpisanih pogojev uporabe
  - da je zdravilo v prometu v nasprotju z izdanim dovoljenjem
  - da podatki priložene dokumentacije k predlogu za dovoljenje niso točni
  - da je izdelovalec zaprosil za prekinitev dovoljenja

V primeru prve točke je lahko zdravilo, ki je že uvoženo ali izdelano, v prometu tudi po izteku roka dovoljenja in sicer do izteka uporabnosti zdravila oziroma najdlje eno leto po izteku veljavnosti dovoljenja (23. in 24. člen ZZMP).

Dovoljenje za promet z zdravili je ponavadi izdano za obdobje 5 let (19. člen ZZMP), po preteku katerega mora proizvajalec ponovno vložiti vlogo za izdajo dovoljenja za promet z določenim zdravilom, če ga želi ponovno prodajati.

V sklop prometa z zdravili prišteva 52. člen ZZMP promet z zdravili na drobno, promet z zdravili na debelo (tega bolj podrobno ureja posebni pravilnik), uvoz in izvoz zdravil. Promet z zdravili lahko opravljajo pravne ali fizične osebe z dovoljenjem pristojnega organa za opravljanje dejavnosti trgovine z zdravili.

### ***3.2.2. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini***

#### ***A.) Razvrščanje zdravil***

Vsa zdravila, ki imajo dovoljenje za promet v Sloveniji, so razvrščena po določenih skupinah glede na njihovo predpisovanje in izdajanje. To področje natančno ureja Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (UL RS, št. 114/03, v nadaljevanju Pravilnik 1). Pravilnik 1 uvaja v

predpisovanje in izdajanje zdravil nekaj novosti, saj skuša država s takšnimi ukrepi vzpodbuditi zdravnike in farmacevte k racionalnejšemu predpisovanju zdravil in s tem vsaj v določeni meri prispevati k zmanjšanju izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pravilnik 1 zdravila razvršča glede na način in mesto izdajanja. Po načinu izdajanja razdelimo zdravila na (3. člen Pravilnika 1):

- zdravila, ki se izdajajo samo na recept (Rp)
- zdravila, ki se izdajajo brez recepta (BRp).

Zdravila, ki se izdajajo brez recepta, lahko ločimo glede na mesto izdajanja, in sicer:

- zdravila, ki se izdajajo v lekarnah
- zdravila, ki se izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

Zdravila na recept se lahko izdajajo samo v lekarnah.

Ker v diplomski nalogi obravnavam zdravila na recept, se bom podrobno posvetila letem. Za predpisovanje na recept, morajo zdravila po svojih lastnostih in delovanju izpolnjevati določena merila (4. člen Pravilnika 1):

- za njih, kljub pravilni uporabi, obstaja verjetnost, da so lahko posredno ali neposredno škodljiva za uporabnika, ki bi jih uporabljal brez zdravniškega nadzora
- velikokrat so uporabljena nepravilno, zato morajo biti uporabljena pod zdravnikovim nadzorstvom
- vsebujejo določene učinkovine ali njihove pripravke, ki imajo takšne stranske učinke, da zahtevajo nadaljnje raziskovanje

Poznamo tudi več vrst receptov, ki delijo zdravila na podskupine (5. člen Pravilnika 1):

- zdravila, izdana na obnovljivi ali neobnovljivi zdravniški recept
- zdravila, izdana na posebni zdravniški recept
- zdravila, izdana na zdravniški recept s posebnim režimom izdaje.

Zdravniški recept s posebnim režimom izdaje velja za zdravila, ki so namenjena izključno za uporabo na določenih specializiranih področjih. Ta področja so:

- H: zdravilo je zaradi svojih lastnosti, svoje relativne novosti ali zaradi varovanja javnega zdravja namenjeno izključno zdravljenju v bolnišnici.
- H/Rp: jemanje zdravila ali spremljanje zdravljenja lahko poteka izven bolnišnice, vendar je potrebno diagnozo za bolezen, ki jo zdravi določeno zdravilo postaviti v bolnišnici ali ustanovi z ustrezno diagnostično opremo.
- RP/Spec: uporaba takega zdravila lahko vodi do resnih neželenih škodljivih učinkov, zato mora biti recept izdan s strani zdravnika specialista ali njegovega pooblastila drugemu zdravniku. Uporablja se za zdravljenje ambulantnih bolnikov, vendar je potreben nadzor ves čas zdravljenja.
- ZZ: zdravilo lahko uporabljajo samo javni zdravstveni zavodi ali pravne fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost (8. člen Pravilnika 1).

Zdravila, ki se izdajajo na zdravniški recept in imajo oznako H ali ZZ, se morajo izdati na naročilnico (44. člen Pravilnika 1).

### B.) Predpisovanje zdravil

Predpisovanje zdravil za uporabo v humani medicini je dovoljeno samo zdravnikom, ki imajo pravico samostojno opravljati svojo strokovno dejavnost. Zdravniki lahko predpisujejo samo tista zdravila, ki imajo dovoljenje za promet na podlagi Zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih (25. člen Pravilnika 1).

Na receptu mora poleg obveznih podatkov (več glej v Pravilnik 1) zdravnik označiti, ali gre za zdravilo, ki mora biti zaradi narave bolezni izdano takoj (to naredi tako, da na recept napiše "nujno", "cito", "statim" ali "periculum in mora"). Tudi če prekorači maksimalni odmerek zdravila ali drugačno odmerjanje kot ga določa dovoljenje za promet, mora to na receptu označiti s klicajem in se zraven še podpisati. Določena zdravila, ki pa ne smejo biti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja razen v izjemah, ki jih predpisuje zakon, se lahko izdajo na isti recept večkrat. Zdravnik mora to na receptu posebej označiti z besedami "repetatur" ali "ponovi". Če ne želi, da se določeno zdravilo, ki ga je predpisal bolniku, zamenja v skladu s seznamom



medsebojno zamenljivih zdravil, potem mora na receptu to lastnoročno označiti z besedami "Ne zamenjaj!" in se zraven tudi podpisati. Ukrep lahko uporabi le v primeru, ko bi zamenjava lahko ogrozila uporabnikovo zdravje ali varnost (32. – 36. člen Pravilnika 1). Gre za novost, uvedeno šele leta 2003, in sicer v sklopu zdravstvene reforme, ki je na področju zdravil uvedla sistem medsebojno zamenljivih zdravil. Sam sistem in njegove učinke sem bolj podrobno predstavila v četrtem poglavju.

### C.) Izdajanje zdravil

Zdravila lahko izdaja samo pooblaščen oseba, ki mora izdati zdravilo, predpisano na zdravniškem receptu, v skladu s Pravilnikom 1. Novost, ki jo uvaja Pravilnik 1 na področju izdaje zdravil, je, da ima farmacevt - lekarnar dejansko bolj proste roke pri izdaji konkretnega zdravila. 48. člen Pravilnika 1 namreč dovoljuje pooblaščenim osebam, da lahko brez poprejšnjega dogovora z zdravnikom zamenja zdravilo, ki je bilo predpisano na receptu, z bistveno podobnim in cenejšim zdravilom. Seveda tega ne sme narediti, če je zdravnik na receptu uporabil možnost "Ne zamenjaj" ali če zdravilo, predpisano na receptu, ni na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil. Uporabnika zdravila mora pooblaščen oseba z zamenjavo seznaniti in ta lahko zamenjavo zavrne, vendar pa mora v tem primeru doplačati razliko v ceni. Vsako zamenjavo mora farmacevt v lekarni označiti na receptu in voditi posebno evidenco o zamenjavah zdravil in vključenih uporabnikih.

#### **3.2.3. Sklep o kriterijih za razvrščanje zdravil na liste**

Razvrstitev zdravil na eno izmed list je podlaga za ugotavljanje odstotnega deleža njihove vrednosti, ki se zagotavlja zavarovanim osebam preko obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sklep o kriterijih za razvrščanje zdravil na liste (UL RS 78/03) razvršča vsa zdravila na osnovi njihovih lastniških imen, na osnovi nelastniških imen in zdravila, ki nimajo dovoljenja za promet, vendar imajo posebno dovoljenje za uvoz. V Sloveniji obstajata dve listi zdravil – pozitivna in vmesna lista. Pozitivno listo zdravil sestavljajo tista zdravila, ki imajo najboljšo klinično in cenovno učinkovitost, so življenjsko važna in se uporabljajo za zdravljenje akutnih in kroničnih

bolezni ter pri preprečevanju zapletov. Ta zdravila so iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja krita v 75% deležu. Preostali delež plača zavarovana oseba sama oziroma ga krije prostovoljno (dopolnilno) zdravstveno zavarovanje. Na vmesno listo pa so uvrščena tista zdravila, ki sicer so pomembna, vendar pa niso uvrščena na pozitivno listo. Ta zdravila so iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krita v 25% deležu. Na liste so razvrščena zdravila, ki se izdajajo samo na recept. Spremembo in dopolnitev liste zdravil zavod spremeni najmanj enkrat letno. Seznam zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, ki je podlaga seznama medsebojno zamenljivih zdravil, je sestavni del liste (Poredoš, 2004: 1-6; Sklep o kriterijih za razvrščanje zdravil na liste, UL RS 78/03).

#### **3.2.4. Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo**

Oblikovanje cen zdravil je eno izmed področij, ki je močno regulirano, ker ima preko tega ukrepa država deloma kontrolo nad farmacevtskimi podjetji, saj morajo le-ta cene svojih zdravil oblikovati in registrirati po točno določenih kriterijih. S tem so jim deloma onemogočene proste roke pri postavljanju previsokih cen zdravil. S kombinacijo sistema referenčnih cen, katerega sem podrobneje opisala v naslednjem poglavju, in ukrepa postavljanja kriterijev za oblikovanje cen zdravil naj bi v Sloveniji dosegli zniževanje cen zdravil, tako originalnih kot generičnih.

Ukrep uporabljajo mnoge države, saj dejansko pomeni prepoved uveljavitve tržne cene, kar pomeni, da zdravilo na trgu ne more doseči višje cene, kot je bila poprej določena s strani države. V bistvu gre za posebni postopek, ki je ločen in neodvisen od registracijskih postopkov, v katerem se natančno določi uradna cena zdravila, ki je prijavljena pri pristojnem državnem organu. Nosilec postopka je pri nas Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, v nadaljevanju AZMP (Brinc, 2003: 62). Cena, ki je določena po spodaj opisanem postopku, je tista cena zdravila na debelo, ki je v celoti ali deloma krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in predstavlja tudi osnovo za razvrščanje zdravil na liste (pozitivna in vmesna lista ter sistem medsebojno zamenljivih zdravil).

Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo (UL RS št. 67/2001, v nadaljevanju Pravilnik 2) se nanaša na vsa zdravila, ki se uporabljajo v humani medicini in se izdajajo v lekarnah na recept ali brez recepta, oziroma se predpisujejo v zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih zasebnikih.

Cena zdravila na debelo je opredeljena kot "prodajna cena zdravila v trgovini na debelo brez DDV" (2. člen Pravilnika 2). Izdelovalci zdravil in uvozniki so po 3. členu dolžni oblikovati cene v skladu z merili, določenimi v tem pravilniku. Merila so oblikovana za originalna<sup>15</sup> in generična<sup>16</sup> zdravila.

Merila za oblikovanje cen originalnih zdravil na debelo so naslednja (5. člen Pravilnika 2):

a.) primerjalna cena na debelo – podlago predstavljajo cene na drobno istega ali enakega zdravila, ki ima enako aktivno učinkovino in farmacevtsko obliko v treh evropskih državah, in sicer Franciji, Italiji in Nemčiji. Primerjalna cena se mora ugotoviti za vsako farmacevtsko obliko posebej. Cena na drobno se po kriterijih, ki so natančno določeni za vsako izmed treh držav posebej (več glej v 8. členu Pravilnika 2), preračuna v primerjalno ceno na debelo v valuti posamezne države. Primerjalna cena zdravila na debelo v tolarjih se izračuna po srednjem tečaju valute posamezne države do tečaja tolarja po tečajni listi Banke Slovenije na dan preračuna primerjalnih cen. V sklopu 10. člena Pravilnika 2 je tako tudi določeno, kdaj lahko farmacevtska podjetja povišajo svoje uradne cene, ki so prijavljene pri AZMP. To lahko storijo šele takrat, ko srednji tečaj EUR do tečaja tolarja po tečajni listi Banke Slovenije zraste za več kot dva odstotka. Na podlagi tolarskih primerjalnih cen se izračuna povprečna cena zdravila na vseh treh trgih (5. – 10. člen Pravilnika 2).

---

<sup>15</sup> Originalno zdravilo je tisto zdravilo, ki predstavlja novost v zdravljenju bolezni v neki terapevtski skupini. Proizvajalec originalnega zdravila je z zakonom zaščiten pred generično proizvodnjo z nekaj letno patentno zaščito. (Primožič, 2004a: 2).

<sup>16</sup> Generično zdravilo je zdravilo, ki je terapevtsko ekvivalentno originalni blagovni znamki in je njen ustrezn nadomestek. Je kopija originalnega zdravila, ki mu je potekla patentna zaščita (Brinc, 2003: 5,63). Gre za bistveno podobno zdravilo, ki je podlaga za medsebojno zamenljivost zdravil (Primožič, 2004a: 3).

b.) raven primerjalne cene na debelo – je v odstotkih (%) izraženo razmerje med ceno zdravila na debelo v Republiki Sloveniji na dan uveljavitve Pravilnika 2 in primerjalno ceno zdravila na debelo, izračunano na določen dan. Cena originalnih zdravil tako ne sme preseči 85% ravni primerjalne cene na debelo. Cena popolnoma novega originalnega zdravila na trgu zdravil v Republiki Sloveniji ne sme biti večja od 96% primerjalne cene, vendar le pod pogojem, da v Sloveniji ne obstaja že registrirano terapevtsko-farmakološko paralelno zdravilo na četrtem ATC nivoju (več o tem glej v 4. poglavju), in da razlika v primerjalni ceni med tremi državami in Slovenijo ni večja od 10%. Ko na slovenskem trgu zdravil obstaja prva terapevtsko farmakološka paralela na petem ATC nivoju, lahko originalno zdravilo dosega 85% primerjalne cene (11. - 14. člen Pravilnika 2).

### c.) farmakoekonomska študija

Merila za oblikovanje cen generičnih zdravil na debelo so oblikovana po enaki metodologiji kot za originalna zdravila, vendar s to razliko, da se za izračun primerjalne cene na debelo upošteva najcenejše generično zdravilo v vsaki izmed treh držav. V primeru, da v primerjalnih državah ni generičnega zdravila, ki ga skuša neko farmacevtsko podjetje registrirati v Sloveniji, se lahko za primerjavo vzame do 77,5% primerjalne cene originalnega zdravila. Cena generičnega zdravila na debelo lahko doseže do 95% ravni primerjalne cene (15. – 16. člen Pravilnika 2).

Ukrep, s katerim država omejuje farmacevtska podjetja in regulira tržno ceno, predstavlja navzgor omejen cenovni razpon, v katerem se lahko določi cena nekega zdravila (Brinc, 2003: 63).

Kljub temu, da je tudi sprejetje Pravilnika 2 eden od administrativnih ukrepov, ki jih je država sprejela za zmanjšanje odhodkov za zdravila, in po katerem naj bi se cene zdravil administrativno znižale v povprečju za 5%, pa Bagarijeva (2002: 94) meni, da "do bistvenega znižanja ravni cen zdravil od sprejetja do danes nismo zasledili. Nasprotno – odhodki obveznega zavarovanja za zdravila in lekarniško dejavnost se iz meseca v mesec povečujejo". Če bi do napovedovanega administrativnega znižanja cen res prišlo, bi to na letni ravni pomenilo prihranke za zdravila v višini 2,5

milijarde tolarjev iz javnih sredstev. Vendar pa ZZZS prihranka ni realiziral (Bagari, 2002: 90).

### **3.3. DOSEDANJI UKREPI ZA OBVLADOVANJE IZDATKOV ZA ZDRAVILA**

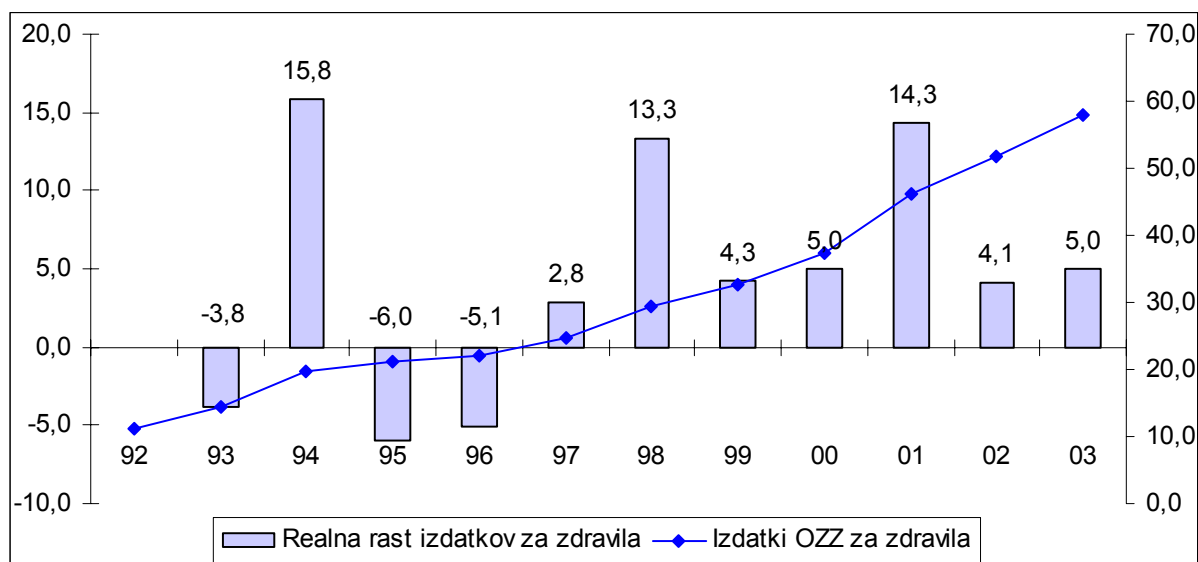
Slovenski trg zdravil je razmeroma majhen trg, v primerjavi z evropskimi državami, vendar pa je v njem pomembno velik delež tistih zdravil, ki so uvrščena na pozitivno oziroma vmesno listo, kar pomeni, da so poplačana v določenem odstotku. Po količini porabljenih zdravil, se Slovenija uvršča nekje nad sredino evropskega povprečja. Vrednost porabe na prebivalca je okoli 150 EUR na leto, to je približno sedem receptov na katerih je povprečna vrednost zdravil okoli 5000 SIT (Primožič, 2004c: 2).

Politika obvladovanja izdatkov oziroma stroškov ali cost – containment policy pomeni vzdrževanje izdatkov na želeni ravni (npr. trajni delež BDP). V praksi to politiko velikokrat zamenjamo z zmanjševanjem stroškov, ki pa je lahko le eden od instrumentov za obvladovanje odhodkov, saj gre bolj za nadzorovanje porabe (Brinc, 2003: 4). V tem duhu je tudi država od postavitve zdravstvenega sistema v Sloveniji do danes skušala obvladati stroške za zdravila in jih spraviti na nivo, ki ne bi povzročal deficita v zdravstveni blagajni. Tako je uvedla kar nekaj ukrepov, o njihovi učinkovitosti pa sem govorila v naslednjih dveh podpoglavjih.

Poraba zdravil in s tem povezani izdatki naraščajo povsod po svetu. Za boljšo sliko naj povem, da v Evropi izdatki za zdravila predstavljajo med 10 in 30% celotnih izdatkov za zdravstvo. V Sloveniji so v letu 1995 izdatki za zdravila predstavljali 12,5% celotnih izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, do leta 2000 se je njihov delež rahlo zmanjšal na 12,3%, nato pa se je delež spet začel večati in je v letu 2003 dosegel vrednost 13,8% celotnih izdatkov (Bilten javnih financ, Ministrstvo za zdravje, 2003). Večanje izdatkov za zdravila je v veliki meri povezano z razvojem medicine in farmacije ter odkrivanjem novih in s tem tudi dražjih učinkovin in zdravil. Vendar pa je zanimivo, da se na splošno zdravila dražijo hitreje, kot je splošna stopnja inflacije in tako so v državah OECD ugotovili, da je dejanska realna rast

izdatkov za zdravila med 2 in 5 odstotki na leto. V Sloveniji je v letih 1995 - 2000 povprečna letna realna rast izdatkov za zdravila znašala 4,1%, v letih 2001 - 2003 pa kar 7,8%. To pomeni, da se je vsako leto realna poraba zdravil povečala za 7%, zato se je povečal tudi delež celotnih izdatkov (glej prikaz 3.2.). Cene zdravil se na leto dvignejo med 4 in 5 % (Albreht, Pečar – Čad, 2000: 1). Vzroke za povečevanje porabe zdravil lahko iščemo tudi v demografskih gibanjih, to je v dejstvu, da se povečuje delež starejše populacije, ki je največji porabnik zdravil. Hkrati pa lahko vzroke iščemo tudi pri zdravnikih, ki so lahko vir neracionalnega predpisovanja zdravil. Prav v tem dejstvu leži možnost prihranka, zato je veliko ukrepov usmerjenih prav v rešitev omenjenega problema.

**Prikaz 3.2.: Gibanje celotnih izdatkov za zdravila in letna realna rast izdatkov za zdravila v Sloveniji**



Vir: Interno gradivo ZZZS, 2004.  
 Bilten javnih financ, Ministrstvo za finance, 2004.

Sistematično spremljanje porabe zdravil se je v svetu pričelo že konec 60. let, ko je začela Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opozarjati na neopravičeno rast porabe zdravil, kar je veliko držav pahnilo v ekonomske in socialne probleme (Engel A., Siderius P., 1968 v Marolt – Gomilšček, 2000: 11). Na podlagi tega je Zvezna skupščina SFRJ naročila vsem republikam, naj spremljajo porabo zdravil, in tako je leta 1974 v Sloveniji stekla prva avtomatska obdelava receptov (AOR). Po menjavi sistema in ekonomski krizi konec osemdestih let je država januarja 1991 uvedla prvo listo zdravil, ki je zdravila glede na njihovo učinkovitost in pomembnost razdelila v tri

skupine ali liste: P – pozitivno, V – vmesno in N – negativno. To so bili prvi ukrepi, ki so pomenili osnovo za vse naslednje (Marolt – Gomilšček, 2000: 11).

Strokovnjaki se pri uvajanju vedno novih mehanizmov za obvladovanje izdatkov soočajo z mnogimi izzivi, kako najti pravilno pot, ki bi zadovoljila tako državo kot končnega uporabnika. Pri obravnavani problematiki gre namreč za dejstvo, da je potrebno obravnavati ekonomski, medicinski, sociološki in nenazadnje tudi etični aspekt (Brinc, 2003: 60). Preusmeritev od socializiranega sistema plačevanja zdravil k zasebnemu plačevanju s strani samega zavarovanca ima velikokrat za posledico dejstvo, da se del bolnikov zateče k drugačnim načinom zdravljenja, npr. samozdravljenju (Albreht, Pečar – Čad, 2000: 1).

Ukrepe za obvladovanje izdatkov za zdravila sem najprej predstavila kronološko, nato sem podrobneje opisala le najpomembnejše. V preteklih letih smo v tej smeri v Sloveniji uporabljali predvsem administrativne ukrepe, saj je šele zadnji ukrep, uvedba sistema medsebojno zamenljivih zdravil in referenčnih cen, posegel v finančni del, se pravi v cene. Zato si država od njega tudi največ obeta.

Dosedanji mehanizmi obvladovanja izdatkov za zdravila v Sloveniji (Fürst, 2003b: 1 in Marolt – Gomilšček, 2000: 11):

- **1991** – vpeljava prve liste zdravil, ki je uvedla pozitivno listo (72% zdravil), vmesno (2% zdravil) in negativno listo (25% zdravil), prve restrikcije predpisovanja in doplačila.
- **1992** – pristojnost razporejanja zdravil na liste preide na ZZSZ, ki leta 1995 ustanovi Komisijo za razporeditev zdravil na liste. Le-ta zdravila razvršča po klinični pomembnosti in ceni.
- **1993** – uvedeno dodatno prostovoljno zavarovanje.
- **1994** – omejitev receptnih obrazcev.
- **1996** – nova zožena lista.
- **1998** – pravilnik o cenah zdravil.
- **1999** – nove smernice v omejitvah predpisovanja (pri določenih najbolj predpisovanih terapevtskih skupinah).
- **2000** – pilotski projekt STIRA.

- **2001** – nov pravilnik o oblikovanju cen zdravil na debelo, dodatne omejitve predpisovanja maksimalne količine zdravila na en recept pri določenih farmacevtskih skupinah.
- **2002** – revizija vseh omejitev predpisovanja.
- **2003** – 1. novembra uvedba sistema medsebojno zamenljivih zdravil in uvedba referenčnih cen (najvišjih priznanih vrednosti), prednost se daje cenejšim generičnim paralelam.

Pomen politike cost – containment<sup>17</sup> je finančne in nefinančne narave. Med finančne cilje štejejo predvsem prihranek, na katerega država računa z uvedbo sistema referenčnih cen. Nefinančni pomen te politike je v boljšem nadzoru predpisovanja zdravil na nacionalni in individualni ravni, uvedbi nacionalnih smernic pri boleznih, ki so finančno najbolj kritične, večjem poudarku na izobraževanju o predpisovanju zdravil in uvedbi elektronskega recepta (Fürst, 2003b: 2).

### **3.3.1. Liste zdravil**

Kot sem omenila že v začetku poglavja, je bila iniciator za uvedbo list zdravil v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), ki je predpisala sezname najnujnejših zdravil, ki so bila potrebna za oskrbo prebivalstva na takratnih kriznih območjih v svetu. SZO je leta 1977 izdala prvo pomembno listo zdravil, nato pa so se bolnišnične liste pojavile tudi v ZDA in skandinavskih deželah. V Veliki Britaniji je bila splošnim zdravnikom prva lista predstavljena leta 1985 (Tognoni v Dukes, 1993: 43-53 po Fürst, 2000b: 20).

Liste zdravil so nacionalne narave, saj se razlikujejo od države do države, glede na potrebe populacije in razširjenost bolezni. Ekonomski in pravni okvir naj bi bila sekundarnega pomena in naj ne bi vplivala na to, katero zdravilo je nekemu prebivalcu dostopno (Fürst, 2000b: 20).

V Sloveniji je prva lista zdravil stopila v veljavo 1.1.1991. Uvedla je pozitivno, vmesno in negativno listo zdravil. Določena so bila tudi doplačila oziroma obvezna

---

<sup>17</sup> Vzdrževanje izdatkov na zeleni ravni.



participacija, in sicer za pozitivno listo v višini 30 tedanjih dinarjev, za vmesno listo 50%, za zdravila na negativni listi pa je bilo potrebno doplačati celotno vrednost. Izjem ta lista ni poznala, kar pomeni, da je bil prispevek enak tudi za otroke, študente in socialno ogrožene (Brinc, 2003: 63).

Zakon o zdravstveni dejavnosti in zdravstvenem zavarovanju je leta 1992 pristojnost za razporejanje zdravil na liste prenesel na ZZZS in ukinjena je bila obvezna participacija, saj je bilo leta 1993 uvedeno dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Leta 1995 je bila ustanovljena posebna strokovna skupina – *Komisija za razvrstitev zdravil na liste*, ki je zdravila prerazporedila na pozitivno in vmesno listo, ki ju je uvedel zgoraj omenjeni zakon, in sicer glede na njihovo učinkovitost in strokovno utemeljenost. Pravila obveznega zavarovanja (UL RS, 79/94), ki so začela veljati leta 1995, so uvedla novo kritje izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako je ZZZS za zdravila na pozitivni listi prispevala 75%, za zdravila na vmesni listi pa 25% vrednosti cene zdravila. Bolniki, ki imajo sklenjeno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, so imeli zdravila iz obeh list dostopna brezplačno. Prav tako so imeli zdravila brezplačno dostopna tisti, ki so do tega upravičeni po 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

V nadaljnjih letih se je dogodilo kar nekaj prerazporeditev zdravil med listama, predvsem se je manjšal obseg pozitivne liste. Ker pa se je nadaljeval trend naraščanja izdatkov za zdravila, se je Komisija leta 1998 odločila uvesti nov kriterij za razporejanje zdravil, to je ceno. Uvedena je bila nova prerazporeditev zdravil, in sicer po principu, kjer je bilo na listah več paralel istega zdravila (učinkovine), se je na listi ohranila le najcenejša. Kmalu za tem je Urad RS za zdravila izdal tudi nov Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo (UL RS, št 4/99 in 70/00). Ta je prisilil farmacevtska podjetja k usklajevanju cen zdravil, če so hotela imeti svoje paralele na listah. Tako sta bili dve paraleli zdravil s podobnima cenama obe uvrščeni na listi (Brinc, 2003: 64-65). Komisija naj bi pri razvrščanju še vedno sledila načelu učinkovitosti, zato stroški in cena ne bi smeli biti odločujoči. Brinčeva (2003: 65) je mnenja, da je uvedba liste zdravil "Sloveniji prinesla nedvomne koristi, vendar pa vsega z razvrstitvami le ni moč doseči".

### **3.3.2. Omejitve predpisovanja**

Poznamo več vrst omejitev predpisovanja: omejevanje števila receptov, omejevanje števila predpisanih zdravil ali receptov na osebo oziroma en obisk ter tudi omejitve količine predpisanih zdravil na enem receptu (Brinc, 2003: 66).

Komisija je uvedla ukrep omejitve predpisovanja nekaterih zdravil, ki povročajo velike stroške v breme obveznega zavarovanja. Njihov namen naj bi bil predvsem izboljšati kakovost predpisovanja, hkrati pa doseči vsaj minimalni prihranek. Dokazano je namreč, da v Sloveniji predpišemo kar 20-krat več antibiotikov kot na Švedskem, zaradi česar nam resno grozi odpornost bakterij (Brinc, 2003: 65). Tako je preko teh omejitev zdravnik izgubil delno pravico do zadje besede v zdravljenju bolnika, vendar pa je s tem prešel tudi del njegove odgovornosti za zdravje bolnika na državo.

Ukrepi omejitev predpisovanja so po besedah Brinčeve (2003: 66) prinesli v letu 1995, ko so bili uvedeni in nato še naslednje leto, uspeh, saj je prišlo do prvega realnega upada izdatkov za zdravila. Vendar je bila v naslednjih letih zopet vse do danes zabeležena porast.

### **3.3.3. Pilotski projekt STIRA (STimulacija – RACIONALIZACIJA)**

Projekt STIRA (Stimuliranje izvajalcev za racionalno predpisovanje zdravil) je projekt, ki ga je predlagal ZZZS leta 2000 z namenom obvladovanja stroškov za zdravila predpisana na recept preko izvajalcev zdravstvenih storitev, ki imajo z Zavodom sklenjene pogodbe. Preko tega modela naj bi Zavod zagotovil večjo preglednost nad celovito porabo zdravil, dogradil nadzor nad predpisovanjem zdravil in uveljavil večje spoštovanje pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ter omogočil oblikovati mehanizme za obvladovanje izdatkov za zdravila preko usmerjenega in racionalnejšega predpisovanja zdravil. V Splošnih dogovorih, ki jih vsako leto sklenejo pogodbeni izvajalci in ZZZS, je določena obveznost izvajalcev, da Zavodu sporočajo podatke o številu zdravnikov, ki predpisujejo zdravila na recept v rokih in skladno z navodili, hkrati je določena tudi dolžnost Zavoda, da posreduje izvajalcem podatke o predpisanih zdravilih najmanj dvakrat letno (Svenšek, 2004: 71).

Model je zasnovan tako, da vsako leto za izhodišče izračuna ciljnih vrednosti vzame podatke o predpisanih receptih v predhodnem letu. Podatke o receptih iz pozitivne in vmesne liste vsebuje Baza receptov. V preračunih je upoštevan tudi indeks rasti povprečne vrednosti vseh<sup>18</sup> zdravil na recept. Kriteriji za določitev ciljnih vrednosti za predpisana zdravila na recepte so opredeljeni posebej za:

- osnovno zdravstveno dejavnost (izbrani osebni zdravniki)
- specialisti skupine 1 (zdravniki specialisti, ki opravljajo ambulantno delo)
- specialisti skupine 2 (sodna medicina, rentgenologija, socialna medicina)
- zobozdravniki in maksilofacialna kirurgija

V prvi skupini, kjer je predpisanih največ receptov, so bili kriteriji izbora moške osebe med 20 in 45 let, ki so jim določili količnik 1,00. Nato so preračunali vrednost zdravil v tej skupini, jo primerjali z vrednostmi v drugi skupini, in izdelali količnike za vse starostne skupine. Ti količniki služijo za preračun dejansko opredeljenih oseb pri zdravniku na število pogojnih enot. Število pogojnih enot in vrednost le-teh pa preko izračuna pokažeta ciljno vrednost posameznega zdravnika. Sistem ima sicer svoje določene pomankljivosti (ne omogoča ročnih popravkov ipd.), vendar naj bi bil dober pokazatelj, kje se vrši prekomerno predpisovanje receptov v breme obveznega zavarovanja. Namen tega sistema naj sicer ne bi bil v nadzorovanju zdravnikov, temveč le v racionalizaciji predpisovanja (Bagari, 2002: 94-96). Vendar je v praksi žal drugače.

### **3.3.4. Racionalna farmakoterapija**

Pojem racionalne farmakoterapije se v zadnjem času vedno bolj uveljavlja. V zdravstveni politiki se je začel pojavljati hkrati z naglim razvojem farmacevtske znanosti in industrije, ki na tržišče pošilja vedno boljša, dražja in učinkovitejša zdravila. Bitenc (2000: 31) jo v javnofinančnem oz. zdravstveno-političnem smislu opredeli kot terapijo, ki bi morala imeti za posledico najnižje možne stroške zdravljenja; Drinovec (2000: 33) pa meni, da gre bolj za smotrno uporabo zdravil pri

---

<sup>18</sup> Iz pozitivne, vmesne liste in narazvrščenih zdravil predpisanih na recepte.

zdravljenju. Tu ne sme priti do medicinsko racionalne farmakoterapije, ki bi bila v nasprotju z Kodeksom medicinske etike, saj kljub vsemu zdravnikova odločitev za določeno zdravljenje ne sme biti odvisna od cene. Smotrnost moramo razumeti kot učinkovitost, varnost in ekonomičnost. Pri tem moramo upoštevati tri poglede – bolnikovega, zdravnikovega in finančnega. Bolnika seveda najbolj zanima hitro in učinkovito zdravljenje brez ali s čim manj bolečine. Zdravniku je pomembna zanesljiva učinkovitost, varnost in kakovost zdravila in zdravljenja ter tudi dostopnost le-tega prebivalstvu. Državo pa zanima predvsem s kolikšnimi stroški lahko nudi državljanom učinkovito zdravljenje in kako lahko te stroške minimalizira. Tako racionalna terapija ne pomeni varčevanja, temveč pomeni odnos med učinkovitostjo, varnostjo in stroški. Farmakoterapija danes temelji na znanstvenih izsledkih, ki izhajajo iz kliničnih raziskav (Drinovec, 2000: 33-36).

### **3.4. IZDATKI ZA ZDRAVILA**

Naraščanje porabe zdravil je eden perečih problemov današnjega sveta in skoraj vseh svetovnih držav. Na žalost je v svetu vedno več bolezni, ki jih skuša medicina zdraviti preko razvoja novih tehnologij in s tem tudi razvoja novih zdravil in cepiv. Stroški za sam razvoj novega zdravila so vedno večji, posledično pa na trg prihajajo nova in dražja zdravila. Marsikdaj je na trgu na voljo staro zdravilo s podobno učinkovitostjo in koristnostjo kot novo dražje zdravilo, pa vendar se ga zdravnik ne odloči predpisati. Tako stroški za zdravila strmo naraščajo v breme zdravstvenega zavarovanja.

Aprila leta 2000 je skupina strokovnjakov v okviru OECD izdala obsežno analizo o problematiki rasti izdatkov za zdravila. Njihovi pomembni zaključki so bili, da so se izdatki za zdravila od leta 1970 v deležu BDP vztrajno večali in so se povprečno gibali na ravni okoli 15% vseh izdatkov za zdravstvo. Večina evropskih držav ima še vedno socializirani sistem zdravstvenega varstva, kar pomeni, da je vsaj 75% izdatkov za zdravila povrnjenih s strani države. Njihove smernice, na podlagi katerih naj bi države izvedle tudi reforme, so bile, da je potrebno uvesti takšno zdravstveno politiko, ki bo usmerjena v racionalno porabo zdravil, njen cilj pa bo povečanje

učinkovitosti in ohranjanje pravičnosti. Pri tem so kot najboljši ukrep predlagali prav sistem referenčnih cen, ki ga je Slovenija uvedla novembra 2003 (Jacobzone, S., 2000 v Albreht, Pečar – Čad, 2000: 2).

Z analizo števila izdanih receptov v določenem časovnem obdobju ter vrednosti prodanih zdravil (kolikšen del tega je pokrila ZZS iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja) sem preverila dejanske učinke zgoraj opisanih ukrepov za zmanjševanje stroškov med leti 1999 in 2003<sup>19</sup> ter predstavila rezultate svojega raziskovanja preko spodnjega prikaza.

**Prikaz 3.3.: Izdatki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in lekarniško dejavnost**

<b>Izdatki za zdravila in lekarniško dejavnost</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Obvezno zdravstveno zavarovanje (milijarde SIT)	32,6	37,3	46,3	51,7	58,0
Izdatki za vsa zdravila na recepte (mio SIT)*	/	54,5	68,3	77,1	85,9
Izdatki za zdravila s P in V liste (mio SIT)*	/	52,3	66,6	/	/
Izdatki za zdravila s P in V liste na prebivalca (SIT)	/	27.405,0	34.342,0	38.622,2	43.030,0
Št. receptov (mio SIT)	12,8	12,5	12,8	13,1	14,0
Št. receptov / prebivalca	6,4	6,3	6,4	6,5	7,0
Delež receptov - P lista (%)	72,0	76,0	78,1	77,3	77,0
Delež receptov - V lista (%)	16,0	17,0	16,4	17,7	18,0
Delež receptov - nerazvrščena zdravila (%)	11,0	7,0	5,5	5,0	4,0
Št. predpisanih škatel na prebivalca	16,8	16,4	17,1	16,7	16,5
Št. predpisanih škatel na recept	2,6	2,6	2,7	2,6	2,3
Povprečna vrednost recepta - P lista (SIT)	3.733	4.402,0	5.230,0	5.739,4	5.928,0
Povprečna vrednost recepta - V lista (SIT)	3.652	4.977,0	6.695,0	7.530,6	7.679,0
Povprečna vrednost recepta - nerazvršč. zdr. (SIT)	2.563	2.454,0	2.568,0	2.558,2	2.837,0

\* OZZ in PZZ skupaj

/ - ni podatka

Vir: Fürst, 2000 – 2003

Poslovno poročilo ZZS za leto 2003

V Sloveniji stroški za zdravila nenehno rastejo. Iz prikaza 3.3. lahko vidimo, da so odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja od leta 1999 do leta 2003 narasli za več kot petdeset odstotkov. Tako je bilo leta 2003 iz OZZ kritih že 58 milijard tolarjev izdatkov za zdravila. Če k temu prištejemo še odhodke obeh prostovoljnih zavarovanj Vzajemne in Adriatica ter izdatke samoplačniških zdravil na recept lahko trdimo, da so izdatki zelo visoki. Upoštevati moramo tudi dejstvo, da pri nas nimamo izdelanega sistema sledljivosti izdatkov za zdravila, ki jih v lekarnah lahko kupimo brez recepta

<sup>19</sup> Podatkov za prejšnja leta v isti obliki žal nisem uspela dobiti, kar pa ne vpliva na analizo, saj so bili šele ukrepi po letu 1998 tisti, od katerih se je pričakoval večji upad izdatkov in količine receptov.

(trg OTC zdravil), zato tega podatka ne moremo vključiti v analizo. Strokovnjaki iz področja zdravstva menijo, da bi bili tako izdatki vsaj za tretjino večji (Fürst, 2002: 251).

Fürst (2000a: 4) meni, da gre vzrok za porast odhodkov v prvih letih iskati v uvedbi davka na dodano vrednost (uveden leta 1999) in seveda na račun predpisovanja novih in dražjih zdravil, ki vedno bolj izpodrivajo starejša. Poleg tega na trg prihaja vedno več novih zdravil, ki zdravijo do sedaj neozdravljive bolezni in je zato njihova cena tudi temu primerno višja. Farmacevtska podjetja lahko po Pravilniku o oblikovanju cen zdravil na debelo (UL RS št. 67/2001) povečajo cene zdravil takrat, ko se devizni tečaj evro – slovenski tolar spremeni za 2%. Tako lahko tudi naraščanje cen zdravil vzamemo kot enega izmed vzrokov za povečevanje stroškov za zdravila. Na škodo OZZ pa je tudi nenehno spreminjanje razmerja med zdravili razvrščenimi na P in V listo oziroma nerazvrščenimi zdravili, saj je vedno več tistih, ki jih krije OZZ. Leta 2000 so bila tako razvrščena nekatera zdravila za ambulantno zdravljenje, ki so bila do tedaj krita s strani klinik samih. Čeprav so bile leta 1999 uvedene omejitve v predpisovanju zdravil, ki so v luči racionalne farmakoterapije ekonomsko najbolj potratna, pa Fürst (2001: 571) meni, da so bile te "le deloma upoštevane, zato si prizadevamo, da bi postale obvezujoče". Menim, da besede iz ust strokovnjaka kažejo na dejstvo, da je bil ukrep bolj neučinkovit kot obratno, čeprav so skušali leta 2002 ukrep izboljšati preko finančno medicinskih nadzorov, ki jih vrši ZZS.

Leta 2001 je bil porast izdatkov za zdravila največji v zadnjih letih (kar za 9 milijard SIT v primerjavi z letom 2000). Prvi vzrok za to lahko iščemo v porasti definiranih dnevni odmerkov (DDD), kar pomeni, da je bilo ne glede na število receptov oziroma predpisanih škatlic porabljena večja količina zdravil. Drugi vzrok pa je sprememba strukture predpisanih zdravil, saj ne glede na omejitve predpisovanja nova zdravila vse bolj uspešno prodirajo na slovenski trg (Fürst, 2002: 251).

Realna rast odhodkov za zdravila je v zadnjih letih deloma upadla, čeprav se izdatki še vedno povečujejo. Največji upad je bil leta 2002, ko so se delno začeli kazati učinki ukrepov uvedenih leta 2001 (npr. nadzor predpisovanja zdravil, izvajanje pritiska na proizvajalce, da znižajo cene zdravil itd.). Upadati je začelo tudi število

škatel predpisanih na receptu na prebivalca (iz 16,8 škatle/prebivalca se je leta 2001 dvignilo na 17,1 škatle/prebivalca, vendar po ukrepih začelo upadati in je leta 2003 znašalo 16,5 škatle/prebivalca), kljub temu se število predpisanih receptov še vedno povečuje (leta 2003 je bilo predpisanih kar 14 milijonov receptov). Upada števila škatel na prebivalca na en recept ne moremo pripisati večjemu učinku uvedenih ukrepov, temveč je mnenje dr. Fürsta (2003a: 163), da gre zgolj za posledico večjih pakiranj (za en in tri mesece), ki so jih začeli uvajati proizvajalci za določena najbolj predpisovana zdravila. Tako padec realne rasti, ki še vedno presega rast BDP (primerjaj recimo realno rast zdravil in BDP leta 2003), pomeni, da ukrepom ni moč pripisati prav velikega učinka oziroma lahko trdimo, da še niso dosegli svojega cilja, to je zmanjšanja izdatkov za zdravila.

Če povzamem, bi lahko na podlagi spremljanja porabe zdravil in analize podatkov trdila, da je za slovensko zdravstvo še vedno značilna nesmotrna poraba zdravil. Tako lahko trdim, da preko administrativnih ukrepov izvedenih na področju predpisovanja in izdajanja zdravil do leta 2003, država še vedno ni dosegla željene racionalizacije v predpisovanju zdravil ali dosegla večjega finančnega prihranka.

### **3.5. PRIMERJAVA SISTEMA PREDPISOVANJA ZDRAVIL V SLOVENIJI Z IZBRANIMI DRŽAVAMI**

#### **3.5.1. Nemčija**

Osnova nemškega zdravstvenega sistema je obvezno zdravstveno zavarovanje (Gesetzliche Krankenversicherung). Zavarovance predstavljajo zaposleni in delodajalci, ki plačujejo fiksne letne prispevke, razdeljene na obroke, kot določen odstotek mesečnega dohodka. Nezaposlenim in upokojencem prispevke plačuje država (Bešter in drugi, 2003: 34-35). Naš sistem temelji na nemškem, ta pa ima svoje osnove v Bismarckovem sistemu iz leta 1883. Tudi Nemčija se danes sooča z veliko proračunsko luknjo v zdravstvu, predvsem kot posledica velike nezaposlenosti in slabe ekonomske situacije, zato tudi tam poteka reforma zdravstvenega sistema. Nemški strokovnjaki menijo, da je temeljna slabost nemškega sistema v nepravilni

razporeditvi sredstev, rigidni strukturi in premajhnem osredotočanju na korist ljudi (več glej Position paper – Federal Ministry of Health and Social Security, 2002).

V sklop javnega zdravstvenega sistema je v Nemčiji vključenih skoraj 90% prebivalstva, 9% predstavlja privatno zavarovanje, ostanek pa določeni drugi javni programi in nezavarovane osebe (0,2%). Približno 80% izdatkov za zdravstvo je kritih iz javnih sredstev, okoli 20% pa predstavljajo doplačila in privatno zavarovanje (Ovin in drugi, 2003: 57).

Naraščajoče stroške za zdravila je Nemčija skušala zajeziti že konec osemdesetih in v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja. Ukrepi, ki jih je uvedla, so bili naslednji: politika doplačil<sup>20</sup>, omejevanje predpisovanja zdravil, uvedba sistema referenčnih cen in uvedba limitov ali 'spending caps'.

Ideja *referenčnih cen*, uvedenih 1989, je bila v določanju zgornje meje cene zdravila<sup>21</sup>, ki jo še krije obvezno zavarovanje. Razliko v ceni do dražjega generika ali originalnega zdravila krije pacient sam iz lastnega žepa. Zgornjo mejo referenčnih cen so postavili zelo nizko, zato so se znižale cene referenčnih zdravil, farmacevtska podjetja so zato povečala cene tistih zdravil, ki niso bila v sistemu. Vendar je država v reformi leta 1992 prisilila farmacevtska podjetja, da so tudi tem zdravilom zmanjšala cene za 5%, hkrati pa dosegla zamrznitev cen novih zdravil. Pričakovali so znižanje javnih izdatkov za zdravila v povprečju za 9% na letni ravni (Health care systems in transition – Germany, 2000: 81), vendar pa se je zgodilo nepričakovano – delež izdatkov za zdravila iz javnih sredstev se je povečal za 12% - skupno so se izdatki za zdravila povečali za 6,5%. Leta 1998 so pogoje še bolj zaostрили, saj referenčne cene niso smele biti višje od najvišje cene v najnižji tretjini trga zdravil. Farmacevtska podjetja so proti tako zaostrenemu načinu uravnavanja cen zdravil vložila tožbo, češ da ni v skladu s smernicami EU in jo tudi dobila (Bagari, 2002: 92). Sistemu referenčnih cen so postavili novo osnovo in vanj je bilo vključenih vse več zdravil, in sicer nad 60% vseh zdravil se deli v 446 skupin (več v Macarthur, 2000).

---

<sup>20</sup> Politika doplačil ali 'cost-sharing policy' – predstavlja dodatna sredstva financiranja. Gre za doplačila bolnikov, sprva glede na ceno pakiranja, nato pa na velikost pakiranja določenega zdravila (Health care systems in transition – Germany, 2000: 46).

<sup>21</sup> Sistem referenčnih cen je veljal za tri skupine zdravil: a.) zdravila z isto aktivno učinkovino, b.) zdravila s farmacevtsko primerljivo aktivno učinkovino, c.) zdravila s podobnimi terapevtskimi učinki. (Schöffski, 1996: 37-47 v Ovin in drugi, 2003: 57).



Uvedba *t.i. spending caps ali limitov* leta 1992, je v prvem letu delovanja sicer znižala izdatke, kasneje so se ti zopet povečevali. Predstavljali naj bi nekakšno zgornjo mejo stroškov, ki jo lahko naredi zdravnik v okviru zdravstvenega proračuna. Vendar se je ukrep pokazal za neučinkovitega, zato so leta 1997 namesto limitov uvedli *t.i. tarče*, specifične za posamezno dejavnost. Ker pa so te presegale tudi do 25%, so leta 1998 zopet uvedli limite in jih na novo določili. Oba ukrepa sta v bistvu pomenila vračanje denarja s strani zdravniških združenj in zdravnikov, povzročila pa sta le stalno preseganje njunih vrednosti in dolgove, kajti noben zdravnik ni v bolniško blagajno vrnil niti marke, hkrati pa so se izdatki za zdravila stalno povečevali (Bagari, 2002: 92).

Nemški farmacevtski trg je eden največjih in najmočnejših med razvitimi državami. Regulativa na področju zdravil je nekako dvotirna. Po eni strani je distribucija zdravil preko veledrogerij in lekarn strogo nadzirana, po drugi strani pa lahko farmacevtska podjetja cene zdravil oblikujejo po svojih merilih, vendar se morajo držati pravila, da morajo o postavljenih cenah obvestiti pristojne organe (Health care systems in transition – Germany, 2000: 79). Uradno začne cena veljati, ko je objavljena na uradnem cenovnem listu. Ker je nemški trg velik, originalu ne uspe obdržati svoje cene, saj je na trgu toliko več generikov, ki jim znižujejo cene. Nemčija ima vzpostavljen sistem referenčnih cen, ki daje prednost generikom z nižjimi cenami. Cene originalnemu zdravilu padejo predvsem, ko mu poteče patentna zaščita. V Nemčiji je trg generikov zelo močan in približno 50% zdravil na recept je generičnih. Originalno zdravilo lahko zamenja farmacevt v lekarni za generično, če to zdravnik dovoli in to označi na receptu. Iz zavarovanja so krita oziroma reimbusirana vsa zdravila, ki predstavljajo 65% tržni delež vseh zdravil (Bešter in drugi, 2003: 35-36).

Leta 2004 je bila v Nemčiji uveljavljena zadnja reforma, ki je zopet prinesla mnogo novosti. Seveda je bila zato tudi kritizirana s strani farmacevtskih podjetij in tudi bolnikov. Povečala so se namreč bolniška doplačila, cena posvetovanja z zdravnikom, na splošno se je znižal obseg storitev, kritih z obveznim zavarovanjem ipd. V sklopu področja zdravil se je sistem referenčnih cen razširil na več terapevtskih skupin. Največja novost, ki jo je nakazala že reforma konec leta 2002, je ta, da so v sistem referenčnih cen vključili tudi zdravila, za katera patentna zaščita še velja. Tako je za farmacevtska podjetja edini izhod, da njihova zdravila niso vključena

v ta sistem, da dokažejo klinično edinstvenost in terapevtsko superiornost nekega zdravila nad ostalimi zdravili (več glej v Kucher & partners, 2004).

### **3.5.2. Italija**

Osnovna zdravstvena oskrba je preko italijanskega nacionalnega varstva (Servizio Sanitario Nazionale) dostopna vsem državljanom ne glede na njihove finančne zmožnosti že od leta 1980. Vsake tri leta je oblikovan nacionalni plan zdravstvenega varstva za naslednje triletno obdobje, dopolnjujejo ga območni plani italijanskih provinc. Trend italijanskega sistema je namreč v vse večji decentralizaciji pri odločanju in izvajanju zdravstvenega varstva (Macarthur, 2000: 66).

Leta 1994 je Italija zaradi vse večjih izdatkov za zdravila uvedla zelo radikalne ukrepe. Prišlo je do popolnega redefiniranja takrat obstoječe pozitivne liste, implementiran je bil nacionalni proračun za izdatke za zdravila, oblikovani so bili novi modeli za določanje cen zdravil, spremembe je doživel maržni sistem, na trg so dovolili vstop generikom in skušali omejiti predpisovanje (Health care systems in transition – Italy, 2001: 76-82).

Cene zdravil, ki so plačane s strani države v okviru zdravstvenega zavarovanja, so pričeli urejati po modelu povprečja evropskih cen ali AEP (Average Europe Price). Gre za povprečje cen zdravil v Franciji, Nemčiji, Španiji in Angliji. Pri določanju primerljivih zdravil so primerjali iste aktivne substance in terapevtske oblike, za večjo ekonomsko primerljivost so upoštevali razmerje cen glede na BDP in PPP<sup>22</sup>. Zdravila, ki so imela cene pod povprečjem, so bila uvrščena na listo, ostala zdravila pa so morali bolniki doplačati. Ker so bili v metodo preračunavanja vključeni generiki, so ji farmacevtska podjetja oporekala, zato so jo leta 1998 razširili tako, da so metodo PPP zamenjali z nominalnimi deviznimi tečaji in v preračun vključili tudi druge evropske države. Vlada je za zdravila, ki so imela ceno pod povprečjem, dovolila porast v roku šestih mesecev, za vse ostale pa zahtevala znižanje na nivo AEP. Leta 1997 je bila ustanovljena pogajalska skupina, ki je pregledala kazalce (stroške, cene zdravil v Italiji in drugod, napoved prodaje ipd.) in se s farmacevtskimi

---

<sup>22</sup> Primerjava po kupni moči prebivalstva posamezne države (Bagari, 2002: 93).

podjetji pogajala o ceni. Seveda tudi temu farmacevtska podjetja niso bila naklonjena, saj jim ponavadi z nižanjem cen upada tudi dobiček. Julija leta 2001 so tudi v Italiji uvedli sistem referenčnih cen, ki je temeljil na ceni generičnih zdravil. Povrnjena je bila povprečna tehtana cena zdravila, ki pa je morala biti v osnovi najmanj 20% nižja od originatorja. Povprečje je bilo izračunano med zdravili z enako aktivno substanco, enako obliko in dozo in enakim administrativnim postopkom. V bistvu so uvedli princip 'enaka cena za enako zdravilo'. Bolnik sam krije ekvivalentno razliko med dejansko ceno in referenčno vrednostjo (Bagari, 2002: 93-94). V Italiji so zdravila razdeljena v tri skupine. Skupino A sestavljajo najpomembnejša splošna zdravila in zdravila za kronične bolezni, skupino B vsa ostala zdravila, ki so terapevtsko pomembna, in skupina C, v kateri so zdravila, ki jih zavarovanje sploh ne krije. Samo zdravila iz skupine A so reimbursirana, a so kljub temu potrebna doplačila. Za ta zdravila mora namreč bolnik doplačati približno €1,57 na en proizvod na receptu oziroma €3,14, če sta na receptu dve ali več zdravil. Za proizvode iz skupine B država krije le 50%. Pristop doplačil so poimenovali 'vse ali nič' (Jommi in Fattore, 2003: 1-4). Vendar je trg generikov v Italiji šibak, zato je v sistem referenčnih cen vključenih le 49 substanc. Polovica zdravil na recepte je generičnih in samo 25% vseh zdravil krije javno zdravstveno zavarovanje. Kljub vsem ukrepom pa ima tudi Italija probleme z naraščanjem izdatkov za zdravila, saj so le-ta v letu 2001 porasla kar za 25% (Bagari, 2002: 93-94).

Leta 2001 je bil v Italiji sprejet nov zakon, ki je vpeljal decentralizacijo zdravstvenega sistema, dal več oblasti provincam in jim hkrati naložil breme nižanja stroškov za zdravila. Leta 2002 so podobno kot v Nemčiji tudi v Italiji uvedli t.i. spending cap za zdravila in je bil postavljen na 13% javnih izdatkov za zdravstvo. Seveda so ga vse province po vrsti presegle, zato so začele uvajati politiko 'cost – sharinga' in druge ukrepe za zniževanje stroškov. Raziskava tega področja je pokazala, da so v tistih provincah, kjer so začeli uvajati politiko doplačil, resnično zmanjšali rast stroškov, vendar pa je to povzročilo socialne probleme ljudem, ki so v bistvu ta denar krili iz lastnih žepov (Jommi in Fattore, 2003: 1-4).

### **3.5.3. Francija**

Francoski zdravstveni sistem je izredno solidaren sistem, saj je preko obveznega zavarovanja kar 99% prebivalcev Francije zavarovanih z zelo široko paleto pravic in možnosti izbire, kot je prosta izbira zdravnika in neposreden dostop do specialistov. Zavarovanje se sestoji iz štirih zavarovalnih shem, generalna shema pokriva 75% populacije, vmesna shema 15% in manjši dve preostanek (Ovin in drugi, 2003: 56). Za več kot 96% prebivalcev so vsi stroški zdravljenja pokriti v celoti (bolnik neposredno pri zdravniku plača storitev, stroški so mu kasneje povrnjeni). Kljub temu ima kar 87% prebivalcev sklenjeno tudi dodatno, prostovoljno zavarovanje ali pa varčujejo v prostovoljnih skladih za dodatno bolniško zavarovanje (Bešter in drugi, 2003: 28). Sistem je financiran preko prispevkov iz plač delodajalcev in delojemalcev (60%), posrednih davkov (tobak, alkohol) in splošnega direktnega prispevka (contribution sociale généralisée), ki ga iz dohodka proporcionalno plačujejo vsi, obdavčena je tudi pokojnina in dobiček podjetij. Gre za splošni prispevek, ki naj bi kril deficit skladov socialnega zavarovanja (več glej v Kervasdoué, 2002).

V Franciji je sistem kontrole zdravil zelo kompleksen. Ko pride na trg novo zdravilo, se najprej odloči, ali se bodo stroški krili iz sklada za zdravstveno zavarovanje (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) in na podlagi kliničnih raziskav ocenijo, koliko bo to zdravilo doprineslo. Nato ga primerjajo s podobnimi zdravili ali komparatorji, ki jih predstavljajo vodilna in hkrati najcenejša zdravila na trgu. Znotraj primerljive skupine zdravil po terapevtski koristnosti razvršča zdravila posebna komisija (Commission de Transperency). Priporočila razvrstijo glede na pet kriterijev: a.) učinkovitost zdravila in možni stranski učinki, b.) stroški glavne terapevtske paralele, c.) pričakovani stroški zdravljenja in višina letnega proračuna, d.) pomembnost zdravila in okoliščine, e.) velikost ciljne populacije. Za zdravila, ki so razvrščena najvišje, sledijo dodatna pogajanja o ceni s komisijo za medicinske proizvode (Comité Economique des Produits de Sante). Ker so pogajanja o ceni dolga in zapletena, so inovativna zdravila dostopna šele po daljšem času. Zato je francoski sistem urejanja cen zdravil kritiziran s strani mnogih strokovnjakov, saj mu očitajo netransparentnost in neučinkovitost, ker stroški za zdravila naraščajo in vsako leto presežejo proračun. Francija ima tudi poseben mehanizem, ki obvladuje cene

zdravil v sami farmacevtski industriji. Če namreč prodaja v lekarnah preseže določene ciljne vrednosti v terapevtski skupini zdravil, potem mora podjetje obvezno državi plačati rabat ali pa znižati cene. Posledica tega so najnižje cene v Evropi in nizki dohodki podjetij (Bagari, 2002: 93 in Health care systems in transition – France, 2004: 92-99). Zanimivo pa je, da zaradi posebnega maržnega sistema v Franciji trg generikov skorajda ni razvit, kljub temu da so cenejša za vsaj 30%. Generična zdravila predstavljajo le 2% celotnega trga. Šele leta 1999 so imeli farmacevti v lekarnah možnost zamenjave za generično zdravilo in šele leta 2002 so dobili zdravniki pravico, da na recept zapišejo generično in ne nujno originalno zdravilo (Bešter in drugi, 2003: 29 in Health care systems in transition – France, 2004: 92-99).

#### **4. REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN NJENE POSLEDICE NA TRGU ZDRAVIL**

Reforma zdravstvenega sistema, ki trenutno še poteka na določenih področjih v zdravstvu, je imela svoj začetek v poletju 2002. Zdravstveni sistem je potreboval nekaj korenitih sprememb. Te naj bi prinesle slovenskim državljanom pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost zdravstvenega sistema, štiri glavne vrednote, na katerih tudi temelji reforma. Glavni razlog za reformo je bil predvsem v razvoju in napredku medicinske znanosti, ki je ljudi pričel vedno bolj zdravstveno osveščati in je zato njihovo povpraševanje po dostopnosti in kakovosti zdravstvenega varstva vedno večje in s tem posledično v naraščanju stroškov za zdravstveno varstvo. Strategija nadaljnjega razvoja naj bi torej temeljila na zagotavljanju solidarnosti in univerzalni dostopnosti do zdravstvenega varstva za vse državljane ob hkratnem obvladovanju stroškov. To so tudi smernice Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) v dokumentu "Zdravje za vse v 21. stoletju". Na osnovi zgoraj naštetih vrednot temeljijo tudi cilji reforme: pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo, razporejanje sredstev po potrebah državljanov, boljša dostopnost do zdravstvenega varstva, razvoj sistema celovite kakovosti, večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva in krepitev področja javnega zdravja (Keber in drugi, 2003).

V sklopu zdravstvene reforme so bile leta 2003 sprejete tudi novosti v predpisovanju zdravil z namenom večjega prihranka v zdravstveni blagajni. Kot sem prikazala že v prejšnjem poglavju, so začeli v zadnjih letih izdatki za zdravila v breme zdravstvene blagajne strmo naraščati. Samo v letu 2002 so izdatki za razvrščena zdravila narasli za 8,8 milijarde tolarjev (Bilten Recept, letnik 1, št. 2, 1.11.2003). To je predvsem posledica medicinskega in tehnološkega razvoja, ki na trg pošilja vedno več novih, učinkovitejših, a predvsem dražjih zdravil. Ker pa ima danes veliko originalnih zdravil svoje generično nadomestilo, ki je kot zdravilna učinkovina<sup>23</sup> sicer povsem primerljivo po delovanju in učinkovitosti z originalnom, a je velikokrat bistveno cenejše, se je

---

<sup>23</sup> Zdravilne učinkovine so snovi, ki so nosilci delovanja zdravila (Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, UL RS 101/99).

država odločila zajeziti naraščanje nepotrebnih stroškov za zdravila (Bilten Recept, letnik 1, št. 1, 10.6.2003).

Nov sistem naj bi zagotovil večje spoštovanje načel racionalne farmakoterapije, in sicer preko predpisovanja cenejšega zdravila. Tako je bila s 1.11.2003 uvedena t.i. referenčna lista zdravil, ki uvaja sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo. Na listi so tako lastniška in generična zdravila, med katerimi se je posledično začel boj za nižje cene, a hkrati večanje tržnega deleža. Zdravnik je po novem Pravilniku o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (UL RS, št. 114-4989/2003, 21.11.2003, str.:15576) dolžan pacientu predpisati najcenejše zdravilo iz liste medsebojno zamenljivih zdravil ali pa mu predlagati doplačilo za zdravilo, ki ga je pacient že uporabljal. Z novim sistemom cenejših paralel naj bi prihranili tudi do 2,9 milijarde tolarjev na letni ravni (od tega 1,7 milijarde v obveznem(?) zdravstvenem zavarovanju). In čeprav bi to žal pomenilo le tretjino rasti izdatkov leta 2002, je vseeno veliko več, kot so bili prihranki do uvedbe novega sistema (Bilten Recept, letnik 1, št. 1, 10.6.2003).

#### **4.1. SISTEM REFERENČNIH CEN KOT PODLAGA NOVIH UKREPOV V SLOVENIJI**

Približevanje EU in posledično sprejemanje njene zakonodaje ter njenih smernic v razvoju je tudi na področju zdravstva prineslo sprejemanje novih ukrepov za obvladovanje stroškov za zdravila in omejevanje porabe zdravil, kjer ta ni nujno potrebna. Ukrep vzpostavitve referenčnih cen je eden izmed pristopov t.i. cost containment policy. Prvič je bil ukrep predstavljen leta 1989 v Nemčiji. Kmalu so ga začele uvajati tudi ostale države (Avstralija, Danska, Italija, Kanada, Nizozemska, Nova Zelandija, Poljska, ZDA, Švedska) in tako se je razvilo več tipov sistema referenčnih cen (López – Casasnovas in Puig-Junoy, 2001: 2-15).

Osnovni princip referenčnih cen je, da država določi ceno nekega zdravila kot tisto vrednost, ki jo bo še povrnila iz javnih sredstev. V bistvu gre za nov princip razvrščanja zdravil z enakimi terapevtskimi značilnostmi v skupine (angl. cluster). Pristojna ustanova določi eno samo ceno za vsa zdravila v isti skupini, v Sloveniji so

jo poimenovali najvišja priznana vrednost. Če cena bolnikovega izbranega zdravila presega referenčno ceno, mora razliko doplačati bolnik sam ali pa je plačana iz dodatnega zavarovanja. Cilj referenčnih cen je omejiti izdatke za zdravila na recept in znižati cene zdravil (farmacevtska podjetja jih nižajo zaradi večje konkurenčnosti in izgube tržnega deleža). Sistem referenčnih cen ne pomeni novega sistema za oblikovanje cen zdravil, temveč je le mehanizem določanja stopnje kritja stroškov (reimbursementa). Proizvajalec ima vso pravico postavitve cene nad referenčno, če misli, da bo lahko preko kliničnih študij in marketinških prijemov prepričal zdravnika, da bo zdravilo predpisoval, in bolnika, da bo zdravilo doplačal. V Sloveniji je imel ZZZS do uvedbe referenčnih cen le deloma vliv na oblikovanje cen zdravil, po uvedbi novega sistema pa je dobil večji vpliv na oblikovanje cen za tista zdravila, ki so pravica zavarovancev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (Košir in Bagari, 2000: 5-9 in López – Casanovas in Puig-Junoy, 2001: 2-15).

5 glavnih značilnosti sistema referenčnih cen (povzeto po López – Casanovas in Puig-Junoy, 2001: 2-15):

- 1.) Država ali zavarovalnica postavi zgornjo mejo vrednosti, ki jo bo še povrnila oziroma krila iz javnih sredstev.
- 2.) Doplačilo variira glede na to, koliko cena nekega zdravila presega referenčno ceno in se mu je moč izogniti. Farmacevtska podjetja se mu lahko izognejo preko znižanja cen zdravil, bolnik pa z izbiro cenejše paralele.
- 3.) Najvišja priznana vrednost mora biti identična za iste terapevtske skupine zdravil. V teh skupinah so lahko vključena zdravila, ki so še pod patentno zaščito, ta odločitev je v rokah oblikovalcev sistema.
- 4.) Najvišja cena, ki je krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, je odvisna od cen na domačem trgu zdravil v isti terapevtski skupini.
- 5.) Najvišja priznana vrednost se periodično spreminja glede na nižanje cen zdravil in medicinski razvoj (vključevanje novih zdravil).

Prednosti sistema naj bi bile v uvedbi večje konkurenčnosti na trgu farmacevtskih izdelkov in preko tega razvoja mehanizmov za določanje cen zdravil. Do razvoja tega sistema se na ceno zdravila ni preveč oziralo, pomembna je bila le kakovost zdravila. To je bilo mogoče dobro iz medicinsko etičnega vidika, ekonomsko gledano pa je to



vodilo v vse večje izdatke. Pričakuje se tudi splošno nižja potrošnja zdravil, saj naj bi sistem povečal odgovornost bolnikov in zavedanje o pomenu zdravja zaradi doplačil (Brinc, 2003: 71).

#### **4.1.1. Kritike sistema referenčnih cen**

Glavne kritike sistema referenčnih cen so (Jönsson, 2003: 14-16; Brinc, 2003: 92-94; Ovin in drugi, 2003: 87-91):

- oviranje farmacevtske in medicinske inovativnosti zaradi "metanja v isti koš" originatorjev in generikov,
- postavlja se vprašanje o substitutivnosti zdravil oziroma kateri so pravi kriteriji razvrščanja, določanja ekvivalentnosti, določanja reimbusiranih zneskov,
- dvomljivost v dolgoročnost učinkov
- sistem naj bi bil samo stroškovno naravn, ne povzroči pa tudi znižanja količine porabljenih zdravil
- prihranki v javnih izdatkih za zdravila naj bi nastali na račun večanja stroškov za druge zdravstvene storitve (bolnišnično in specialistično zdravljenje),
- oslabil naj bi pravico do intelektualne lastnine in posegel v pravico proizvajalca s patentno zaščito, da na njeni podlagi izkoristi vso ekonomsko prednost,
- sistem naj bi deloval le v primeru, ko bi bili izdatki za zdravila samo posledica visokih cen in ne tudi večanja količinske porabe.

V večini držav (Nizozemska, Nemčija, Avstralija) se je izkazalo, da z uvedbo referenčnih cen dolgoročno niso uspeli znižati izdatkov za zdravila, predvsem zaradi neustrezne kombinacije ukrepov omejevanja. Problemi so nastali predvsem na tistem segmentu zdravil, ki ni bil reguliran preko sistema referenčnih cen, zato so se cene tistih zdravil močno povečale, saj so farmacevtska podjetja tako krila izgube dobička. Prav tako pa so zrasle cene tistih zdravil, ki so že v osnovi imele nižjo ceno od referenčne in posledično so se povečevali izdatki za zdravila in hkrati tudi skupna vrednost predpisanih zdravil (Košir in Bagari, 2000: 5-9). To je ena izmed glavnih kritik samega sistema, ki smo jo ob njegovem uvajanju lahko prebirali tudi v Sloveniji.

ZZZS na to odgovarja, da je slovenski seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo že v osnovi predvidel možnost višanja cen, zato je bila referenčna cena postavljena pod ali enako, kot je najnižja cena določenega zdravila v eni terapevtski skupini. Cene zdravil, ki so ostala izven seznama, pa so prav tako regulirane preko Pravilnika o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo, ki določa zgornjo maksimalno mejo cene zdravila. Cene se lahko samo nižajo, ne pa višajo<sup>24</sup> (glej poglavje 3.2.3.). Ker v Sloveniji poteka reforma celotnega zdravstvenega sistema, lahko ovržemo tudi kritiko, da bi se stroški prenesli na druga področja, saj naj bi se prav ta področja okrepila preko prihrankov zaradi sistema referenčnih cen. Zanimivo je vedeti, da se mnenja o prednostih in slabostih sistema referenčnih cen razlikujejo po tem, katera stran jih komentira. Proizvajalci generičnih zdravil po večini hvalijo sistem, medtem ko proizvajalci originalnih zdravil v njem iščejo luknje in slabosti. Uporabnik pa se po večini odloča za tista zdravila, ki so reimbusirana ali pa imajo nizko doplačilo (več v Ovin in drugi, 2003 in Bešter in drugi, 2003).

#### **4.2. SEZNAM MEDSEBOJNO ZAMENLJIVIH ZDRAVIL Z NAJVIŠJO PRIZNANO VREDNOSTJO**

Ministrstvo za zdravje, ZZZS in Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke so v sklopu zdravstvene reforme stopile skupaj in na podlagi izkušenj iz drugih držav (predvsem Danske in Nemčije), sistemskih sprememb in prilagajanja evropski zakonodaji oblikovale ukrep, ki naj bi dejansko pomenil zmanjšanje porabe zdravil in s tem posledično tudi stroškov. Hkrati naj bi za zdravnike in farmacevte pomenil osnovo racionalnejšega predpisovanja zdravil, za zavarovance pa večjo odgovornost do zdravil (Fürst, 2004: 2). Kot sem prikazala že na začetku poglavja, je bistvo sistema razlika v cenah. Interes posameznika je, da dobi vedno kvalitetno zdravljenje svoje bolezni, širše pa je v javnem interesu vseh, da je takšno zdravljenje ob dokazani enaki kakovosti, varnosti in učinkovitosti tudi cenovno najugodnejše.

---

<sup>24</sup> Intervju s predstavnikom ZZZS, Jure Peklar, mag.farm., nadzorni farmacevt na Oddelku za zdravila, ZZZS, Ljubljana, 14.6.2004, 10.7.2004, 25.8.2004, 15.9.2004, 26.9.2004.

#### **4.2.1. Definicija seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo**

Uradna definicija ga opredeli kot “*spisek bistveno podobnih zdravil, ki jih je v okviru enake učinkovine, enake jakosti, enake ali primerljive farmacevtske oblike in enakega ali primerljivega pakiranja dovoljeno medsebojno zamenjevati v skladu s predpisi*” (Primožič, 2004b: 1). Uradno je pričel veljati s 1.11.2003 na podlagi Sklepa o določitvi seznama medsebojno zamenljivih zdravil (UL RS 97/2003, 10.10.2003).

Določitev samega seznama je v pristojnosti Agencije RS za zdravila in medicinske pripomočke in pomeni podlago za razvrščanje zdravil na osnovi nelastniških imen, kar je v pristojnosti ZZZS. Zamenjevanje zdravil je v vseh primerih in skladno s predpisi dovoljeno samo za zdravila, ki se nahajajo na trenutno veljavnem seznamu. Seznam se bo obnavljal dvakrat letno v mesecu aprilu in oktobru (Primožič, 2004b: 1-2).

*Bistveno podobnost zdravila* Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (UL RS 101/99) opredeljuje kot enako kvalitativno in kvantitativno sestavo učinkovine v enaki farmacevtski obliki in z dokazano bioekvivalenco, dokler ni znanstveno dokazana pomembna razlika v varnosti in učinkovitosti zdravil.

*Najvišja priznana vrednost ali NPV* pomeni tisto ceno zdravila, ki jo še krije obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z razvrstitvijo zdravil (kar pomeni za vsako učinkovino posebej). To je cena zdravila na eno pakiranje. Razliko v ceni, ki nastane med NPV in ceno določenega drugega zdravila, krije zavarovanec sam iz lastnega žepa. To ne pomeni, da lahko pride do primera, kjer ni na razpolago zdravila brez doplačila. Kljub novostim v razvrščanju je ohranjena oskrba z vsaj enim zdravilom iz vsake skupine medsebojno zamenljivih zdravil brez posebnega doplačila (Fürst, 2004: 2-6).

#### **4.2.2. Kriteriji za uvrstitev na seznam**

Na seznam medsebojno zamenljivih zdravil se lahko uvrsti zdravilo, če v Sloveniji obstajata vsaj dve registrirani zdravili, ki imata naslednje značilnosti:

- veljavno dovoljenje za promet oz. urejen regulatorni status v skladu s 24. členom Zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih
- prepoznano farmacevtsko ekvivalenco (enako količinsko in kakovostno sestavo učinkovin, enako ali primerljivo farmacevtsko obliko, enako ali primerljivo pakiranje)
- farmakodinamske in farmakokinetične lastnosti, ki ne izključujejo zamenljivosti in značilnosti klinične uporabe, ki ne izključuje zamenljivosti
- ugotovljeno bistveno podobnost na osnovi dokazane bioekvivalentnosti
- odsotnost kritičnih izpadov kakovosti, kar se vrši preko rednih kontrol kakovosti zdravil
- oblikovano ceno na debelo v skladu z veljavnimi predpisi (Primožič, 2004b: 2).

Te kriterije preverja Agencija za zdravila in medicinske pripomočke.

#### **4.2.3. Temeljni pojmi pomembni za razumevanje seznama medsebojno zamenljivih zdravil**

##### a.) Inovativno ali originalno (enoizvorno) in generično (večizvorno) zdravilo

Originalno zdravilo je tisto zdravilo, ki je pridobilo dovoljenje za promet na osnovi vloge s popolno lastniško dokumentacijo, v kateri je predložilo lastne ekperimentalne podatke. Gre za zdravilo, ki pomeni novost v nekem zdravljenju.

Generično zdravilo ali bistveno podobno zdravilo pa pridobijo dovoljenje za promet na podlagi skrajšane dokumentacije, saj se sklicujejo na podatke originala. Če se na podlagi takšne dokumentacije ugotovi, da je generično zdravilo farmacevtski ekvivalent ali alternativa originalu in če ima predložena dokazila o bioekvivalenci, potem postane kandidat za uvrstitev v seznam medsebojnih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo.

#### b.) Farmacevtski ekvivalenti

Neko zdravilo je farmacevtski ekvivalent drugemu, če vsebuje enako količino enake oziroma enakih učinkovin, je v enaki farmacevtski obliki in ustreza istim ali primerljivim standardom (za jakost, kakovost, čistoto in istovetnost). Kljub temu farmacevtska ekvivalenca še ne pomeni tudi bioekvivalence, saj lahko različne pomožne snovi povzročijo razlike v sproščanju ali absorpciji zdravila v telesu. Farmacevtski ekvivalenti sestavljajo posamezne terapevtske skupine. Samo tiste terapevtske skupine, znotraj katere imajo zdravila dokazano bioekvivalentnost, imajo možnost uvrstitve na seznam.

#### c.) Farmacevtske alternative

Farmacevtska alternativa je tisto zdravilo, ki vsebuje, v primerjavi z nekim določenim zdravilom, enak terapevtski del učinkovine, vendar pa se razlikuje v kemični obliki učinkovine, v jakosti ali pa v farmacevtski obliki. Sem spadajo različne jakosti istega zdravila istega proizvajalca.

#### d.) Bioekvivalenca

Zdravilo je bioekvivalent drugemu, če sta njegov farmacevtski ekvivalent oz. alternativa in njuni biološki uporabnosti<sup>25</sup> po zaužitju enake doze podobni do te mere, da bodo njuni učinki, upoštevajoč učinkovitost in varnost, klinično bistveno enaki.

#### e.) Bistveno podobno zdravilo

Generično zdravilo je bistveno podobno in s tem tudi zamenljivo z originalom takrat, ko so izpolnjene zahteve po enaki kakovostni in količinski sestavi v smislu učinkovin, enake farmacevtske oblike in bioekvivalence. Izjema je le takrat, ko je na osnovi

---

<sup>25</sup> Biološka uporabnost je definirana kot hitrost in obseg s katerim se učinkovina ali njen terapevtski del sprosti iz farmacevtske oblike v sistemski krvni obtok (Primožič, 2004b: 4).

znanstvenih dognanj njegova različnost od originala še vedno v mejah varnosti in učinkovitosti.

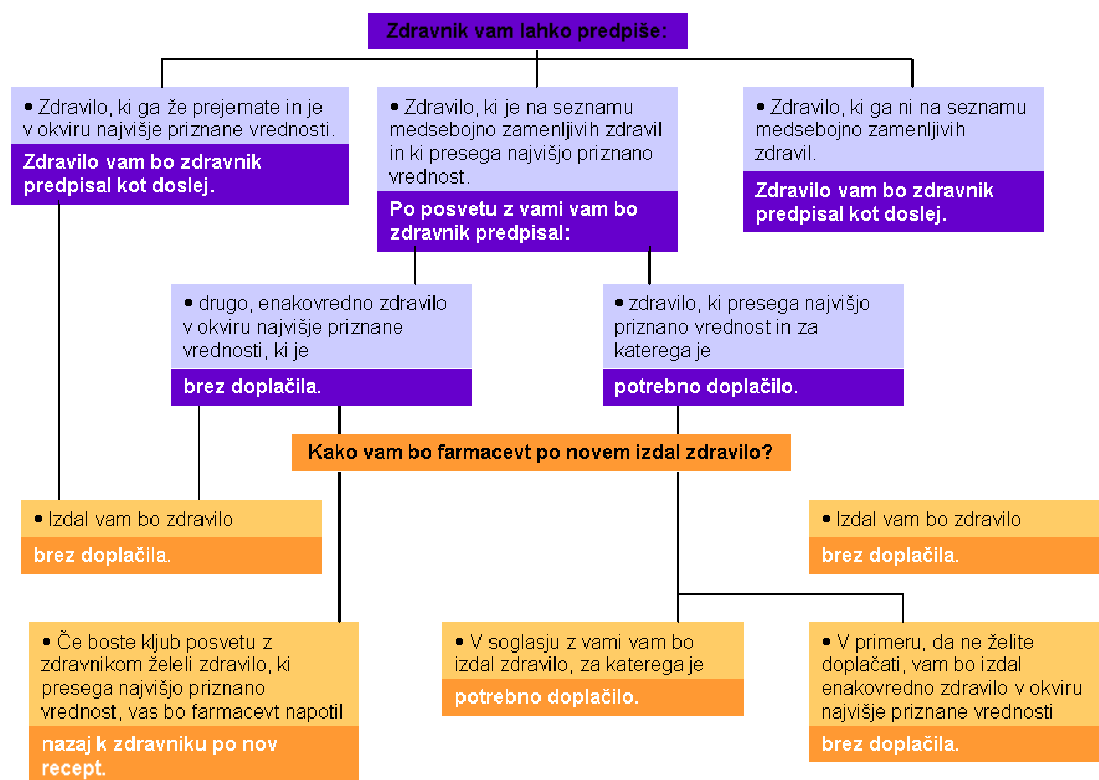
#### f.) Terapevtski ekvivalent

Terapevtski ekvivalent je tisto zdravilo, ki v relaciji do drugega zdravila vsebuje enako učinkovino ali terapevtski del učinkovine in klinično izkazuje enako učinkovitost in varnost. Dovoljena je uporaba le tistih pomožnih snovi, ki so ustrezne in varne.

#### 4.2.4. ***Predpisovanje zdravil po sistemu medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo***

Zaradi uvedbe novega sistema so se zgodile tudi določene spremembe v predpisovanju zdravil, ki so največ novosti prinesle v delu zdravnikov in farmacevtov, hkrati pa prenesle del odločanja o izbiri zdravila tudi na končnega uporabnika. Kako poteka sedaj predpisovanje zdravil, je razvidno iz spodnjega prikaza.

***Prikaz 4.1.: Predpisovanje zdravil po pravilih novega sistema***



Vir: Zloženska Cenejša zdravila za več zdravja!, ZZZS in Ministrstvo za zdravje RS, 2003.

Za boljše razumevanje celotnega sistema sta ZZS in Ministrstvo za zdravje izdelala informativno zloženko in plakat za zdravnike, farmacevte in predvsem končne uporabnike zdravila. Tako lahko iz prikaza vidimo, da je odločitev o doplačilu zgolj odločitev posameznika samega. Farmacevt in zdravnik sta sedaj dolžna predpisati oziroma izdati zdravilo, ki je na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil v okviru najvišje priznane vrednosti, razen če se bolnik strinja z doplačilom. Novo predpisovanje je na začetku prineslo kar nekaj zmede, vendar je moje mnenje z vidika končnega uporabnika, da so se zadeve že utekle.

#### **4.2.5. Predstavitev sistema klasifikacije zdravil ATC/DDD**

ATC ali anatomsko-terapevtsko-kemijska-klasifikacija (Anatomical Therapeutic Chemical classification) je metodologija razvrstitve zdravil, medtem ko so DDD ali dnevno definirani odmerki (Defined Daily Dose) v bistvu merska enota za zdravila, ki jo priporoča in določi WHO, predvsem za študije uporabnosti zdravil. Namen ATC/DDD sistema je v tem, da med tako različnimi zdravili, učinkovinami in oblikami obstaja orodje, ki omogoča primerjave, analize in študije trendov zdravil skozi različno časovno obdobje za doseganje rezultatov, ki omogočajo spoznanja o koristnosti ali škodljivosti nekega zdravila.

Po ATC klasifikaciji so zdravila razvrščena v različne skupine, glede na organ ali sistem na katerega delujejo, glede na kemične, farmakološke in terapevtske značilnosti. V klasifikaciji obstaja štirinajst glavnih skupin zdravil. Te skupine so: **A** – pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove, **B** – pripravki za zdravljenje bolezni krvi in krvotvornih organov, **C** – pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja, **D** – pripravki za zdravljenje bolezni kože in podkožnega tkiva, **G** – pripravki za zdravljenje bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni, **H** – hormonski pripravki za sistemsko zdravljenje – razen spolni hormon, **J** – pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij, **L** – pripravki za zdravljenje novotvorb in imunomodulatorji, **M** – pripravki za zdravljenje bolezni mišičnoskeletnega sistema, **N** – pripravki z delovanjem na živčevje, **P** – antiparazitiki, insekticidi in repelenti, **R** – pripravki za zdravljenje bolezni dihal, **S** – pripravki za zdravljenje bolezni čutil, **V** – razni pripravki.

Skupine so nato razvrščene v pet nivojev. Za lažjo ponazoritev teh nivojev, sem si izbrala konkretni primer *simvastatina*, ki ga bom kasneje uporabila tudi v analizi količine in vrednosti predpisanih zdravil. Simvastatin je glavna aktivna učinkovina v zdravilih, ki se uporabljajo za zmanjševanje holesterola v krvi. Njegova ATC klasifikacija pa je:

C – pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja - 1. nivo, glavna anatomsko skupina

C10 – snovi, ki zmanjšujejo nivo serumskih lipidov – 2. nivo, terapevtska podskupina

C10A – holesterol in zaviralci trigliceridov – 3. nivo, farmakološka podskupina

C10AA – zaviralci HMG COA reduktaze – 4. nivo, kemična podskupina

C10AA01 – **simvastatin** – 5. nivo, kemična učinkovina

Zdravila so razvrščena glede na glavno terapevtsko uporabo njihove glavne aktivne učinkovine po principu ena ATC koda za vsako farmacevtsko obliko zdravila (glede na podobne sestavine, jakosti in oblike so združene v iste skupine). V primeru da ima neko zdravilo več oblik in jakosti, ki imajo različen terapevtski učinek, je lahko izjemoma zdravilu dodeljenih več ATC kod.

DDD ali dnevno definirani odmerek je predpostavljena povprečna količina zdravila na dan, ki jo ob zdravljenju simptomov določene bolezni potrebuje odrasel človek. Potrebno je vedeti, da dnevno definirani odmerek ni nujno enak predpisanemu dnevni odmerku (PDD ali Prescribed Daily Dose), zato se uporablja v pomoč pri študijah in analizah. DDD so preračunani le za tista zdravila, ki imajo dodeljeno ATC kodo in niso izračunani za serume, cepiva, alergene in anestetike (Guidelines for ATC classification and DDD assignment, 2002: 10-45).



## 5. ANALIZA UČINKOV UKREPOV NOVEGA SISTEMA

V tem poglavju sem predstavila lastno analizo, ki sem jo izvedla s pomočjo strokovnjaka iz Oddelka za zdravila ZZZS Jureta Peklarja<sup>26</sup>. Za analizo sem se odločila zato, ker me je zanimalo, ali sistem resnično deluje tako, kot so si zamislili strokovnjaki, ki so ga zasnovali, ali pa je bil ta ukrep še eden izmed mnogih, ki ne bo izpolnil pričakovanj. Ker je bil sistem medsebojno zamenljivih zdravil v Sloveniji uveden šele novembra leta 2003, do danes ni bilo narejene še nobene raziskave na konkretnem področju porabe zdravil.

Preko analize bom skušala verificirati postavljeno hipotezo, da bo država preko novega sistema na področju zdravil zmanjšala stroške in dosegla želeni prihranek že kratkoročno. Namen sistema je predpisovanje enako kakovostnih, a hkrati najcenejših zdravil in tudi globalno zniževanje cen vseh zdravil. Tako naj bi se najvišja priznana vrednost spremenila dvakrat letno. Prihranke, ki jih bo ZZZS realiziral preko povečanega predpisovanja zdravil, ki so med sabo bistveno podobna in hkrati tudi cenejša, bo država namenila v dobrobit zavarovanih oseb za dostop do novih, najsodobnejših zdravil in za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu (Zloženska Cenejša zdravila za več zdravja, 2003).

Kot metodološko osnovo sem pri analizi vzela sistem ATC kod, ki sem ga razložila že v prejšnjem poglavju. Analizirala sem količino in vrednost porabljenih zdravil na petem nivoju ATC, se pravi na nivoju učinkovin z vsemi farmacevtskimi oblikami zdravil, in sicer za tiste ATC skupine, ki so vsebovane v sistemu medsebojno zamenljivih zdravil. ATC nivoji pa so: **A** (pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove), **C** (pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja), **D** (pripravki za zdravljenje bolezni kože in podkožnega tkiva), **G** (pripravki za zdravljenje bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni), **J** (pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij), **M** (pripravki za zdravljenje bolezni mišičnoskeletnega sistema), **N** (pripravki z delovanjem na živčevje) in **R** (pripravki za zdravljenje bolezni dihal). Sistem vsebuje

---

<sup>26</sup> Intervju s predstavnikom ZZZS, Jure Peklar, mag.farm., nadzorni farmacevt na Oddelku za zdravila, ZZZS, Ljubljana, 14.6.2004, 10.7.2004, 25.8.2004, 15.9.2004, 26.9.2004.

vse najpomembnejše in najbolj predpisovane učinkovine. Tako je sistem razdeljen v 29 skupin medsebojno zamenljivih zdravil, od tega 68 lastniških zdravil in nekaj več kot 150 zdravil v različnih odmerkih in pakiranjih. To predstavlja okoli 12% vseh zdravil, ki se predpisujejo v breme zdravstvenega zavarovanja. Za možno primerjavo med različnimi zdravili, ki imajo različne jakosti in različna pakiranja, sem količine in vrednosti preračunala na podlagi dnevnih odmerkov (DDD), kar mi je omogočilo primerjanje enakovrednih elementov.

Za boljšo predstavitev same analize sem se odločila, da jo razdelim na tri dele in v vsakem delu prikažem skupino zdravil, ki odseva njene rezultate, celotna analiza pa je prikazana v prilogah. Prva predstavitev zajema analizo količine porabljenih zdravil, znotraj katere sem skušala prikazati, kakšen je bil vpliv sistema medsebojno zamenljivih zdravil na upad ali porast predpisanih zdravil. Druga predstavitev bo pokazala učinke spreminjanja cen, kar je bil tudi namen samega sistema, s tretjo predstavitevjo pa sem analizirala skupno vrednost prodanih zdravil in projekcijo izdatkov ZZS v tekočem letu. Na ta način sem tudi verificirala postavljeno hipotezo.

## 1.) ANALIZA KOLIČINE PORABLJENIH ZDRAVIL V DOLOČENEM ČASOVNEM ODBOBU

Zaradi časovne omejenosti za obdelavo podatkov sem za obdobje analize količine predpisanih zdravil izbrala prvih sedem mesecev od vzpostavitve sistema medsebojno zamenljivih zdravil. Tako je v analizi zajet časovni pas med novembrom 2003 in majem 2004, ki sem ga primerjala z enakim obdobjem leto poprej, ko sistem še ni veljal, se pravi s časovnim pasom od novembra 2002 do maja 2003. S tem sem se tudi izognila možnim odstopanjem zaradi sezonskega vpliva na predpisovanje zdravil<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Kot vir za pridobitev podatkov količine in vrednosti porabljenih zdravil sem uporabila program PharmMIS, informacijski sistem o prometu z zdravili, ki ga zastopa MIS, Alpe Adria d.o.o. Podatkovna baza je zgrajena iz mesečno pridobljenih podatkov od veletrgovin z zdravili, na osnovi podatkov s področja cele države. Gre za količine in vrednosti prodanih zdravil lekarnam in drugim veletrgovinam. Osnovna cena preračuna je veleprodajna cena, ki je prijavljena tudi na Agenciji za zdravila in medicinske pripomočke in sem jo tudi sama uporabila za lastne izračune.

Prikaz 5.1.: Analiza količine porabljenih zdravil v obdobju november 2002 in maj 2003 ter november 2003 in maj 2004

C - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	število mg	vrednost DDD	skupaj DDD v preparatu	VSOTA KOLIČINE PORABLJENIH ZDRAVIL nov.02-maj.03	VSOTA KOLIČINE PORABLJENIH ZDRAVIL nov.03-maj.04	RAZLIKA [potem] - [prej]	ODSTOTEK POVEČANJA (ZMANJŠANJA) KOLIČINE PORABE ZDRAVIL
<b>C10AA01 Simvastatin - din.</b>				<b>16.242.984</b>	<b>15.689.229</b>	<b>-553.755</b>	<b>-3,4%</b>
Sinvacor film tbl 20 x 10 mg	200	15	13	1.191.067	413.640	-777.427	-65,3%
Sinvacor film tbl 20 x 20 mg	400	15	27	5.701.573	1.324.773	-4.376.800	-76,8%
Sinvacor film tbl 28 x 40 mg	1.120	15	75	3.849.515	954.613	-2.894.901	-75,2%
Sinvacor film tbl 98 x 20 mg	1.960	15	131	179.013	1.013.973	834.960	466,4%
Sinvacor Forte film tbl 98 x 40 mg	3.920	15	261	182.933	769.104	586.171	320,4%
Vasilip film tbl 20 x 10 mg	200	15	13	267	155.547	155.280	58230,0%
Vasilip film tbl 20 x 20 mg	400	15	27	0	497.733	497.733	
Vasilip film tbl 28 x 10 mg	280	15	19	929.656	686.747	-242.909	-26,1%
Vasilip film tbl 28 x 20 mg	560	15	37	3.333.792	2.686.955	-646.837	-19,4%
Vasilip film tbl 28 x 40 mg	1.120	15	75	875.168	1.581.216	706.048	80,7%
Vasilip film tbl 84 x 10 mg	840	15	56	0	735.280	735.280	
Vasilip film tbl 84 x 20 mg	1.680	15	112	0	3.222.576	3.222.576	
Vasilip film tbl 84 x 40 mg	3.360	15	224	0	1.647.072	1.647.072	

Vir: PharmMIS, 2004

V zgornjem prikazu je obdelana skupina petega nivoja ATC - in sicer C10AA01 simvastatin. Obe učinkovini sta v Sloveniji med najbolj predpisovanima, saj se uporabljata za zniževanje odvečnih maščob v krvi, tj. za zniževanje holesterola. Izbrala sem ju zato, ker sem že v razlagi hipoteze povzela pričakovanja ZZZS, da pričakujejo največje prihranke pri treh učinkovinah – simvastatin, enalapril in omeprazol. Z enakimi barvami sem obarvala tiste farmacevtske paralele, ki so med seboj bistveno podobne (tudi po odmerku in pakiranju) in zato zamenljive. Če vzamemo kar primer Sinvacor film tbl 20 x 10 mg in Vasilip film tbl 20 x 10 mg vidimo, da je poraba cenejšega generika porasla kar za 583-krat, medtem ko je poraba originalnega zdravila padla za 65,3%. Tu lahko vidimo, da sistem deluje v smislu predpisovanja cenejše paralele, saj je poraba pri zdravilih z doplačilom močno upadla v primerjavi z porastom tistih, ki doplačila nimajo. To pomeni, da se tudi končni uporabniku raje odločijo za tisto zdravilo, ki je v celoti krito (reimbusirano).

Raziskava in analiza vseh ATC skupin, ki so zajete v sistemu medsebojno zamenljivih zdravil, je pokazala, da gre trend predpisovanja zdravil v smer cenejše paralele oziroma tistega zdravila, ki nima doplačila. Seveda je prišlo tudi do izjem, predvsem pri tistih učinkovinah, ki imajo dodatno zaostrene pogoje z različnimi omejitvami ali smernicami predpisovanja. V prilogi A je prikazan primer analize podatkov za C ATC skupino, v katero spada tudi simvastatin. S prvo analizo sem

hotela prikazati delovanje samega sistema in kako doplačila dejansko vplivajo na izbiro zdravila s strani posameznika. Če pogledamo celotno skupino "simvastatin" pa ugotovimo, da se je poraba vseh zdravil v tej skupini zmanjšala za 3,4%.

## 2.) ANALIZA UČINKOV ZNIŽEVANJA CEN ZDRAVIL

Preko analize učinkov zniževanja cen zdravil sem želela prikazati, da je vrednost porabljenih zdravil upadla tudi zaradi spremembe v cenah, kar je bil eden od osnovnih namenov uvedbe sistema medsebojno zamenljivih zdravil. Že v prejšnji analizi sem prikazala, da se je resnično zmanjšala poraba zdravil, ki so dražja in imajo zato doplačila, povečale pa so se količine zdravil, ki doplačil nimajo. To sicer še ne pomeni, da gre za prihranek, saj je za vsa zdravila, ki so v eni terapevtski skupini, iz sredstev obveznega zavarovanja krita samo najvišja priznana vrednost, ki je enaka najnižji ceni primerljivega zdravila v tej skupini.

Za izračun sem uporabila podatke o količini porabljenih zdravil, iz katerih sem nato izračunala vrednosti na podlagi cen, ki so veljale pred uvedbo sistema medsebojno zamenljivih zdravil (na dan 1.7.2003) in cen leto kasneje (na dan 1.7.2004), ko je bil vpliv sistema že viden.

### Prikaz 5.2.: Analiza učinkov zniževanja cen zdravil

<b>C - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA</b>	<b>KOLIČINA ZDRAVIL nov.03-maj.04</b>	<b>GENE DDD NA DAN 1.07.2003</b>	<b>GENE DDD NA DAN 1.7.2004</b>	<b>GENE DDD NA DAN 1.7.2004 - NPV*</b>	<b>VREDNOST PORABE ZDRAVIL PO CENAH 1.7.2003</b>	<b>VREDNOST PORABE ZDRAVIL PO CENAH 1.7.2004</b>	<b>ODSTOTEK POVEČANJA (ZMANJŠANJA) VREDNOSTI PORABE ZDRAVIL</b>
<b>C10AA01 Simvastatin - din.</b>	<b>15.689.229</b>				<b>2.422.116.028</b>	<b>2.183.376.831</b>	<b>-9,9%</b>
Sinvacor film tbl 20 x 10 mg	413.640	280,51	220,58	188,22	116.029.358	77.855.321	-32,9%
Sinvacor film tbl 20 x 20 mg	1.324.773	174,67	157,61	142,61	231.398.178	188.925.925	-18,4%
Sinvacor film tbl 28 x 40 mg	954.613	157,61	157,61	113,34	150.453.839	108.195.875	-28,1%
Sinvacor film tbl 98 x 20 mg	1.013.973	179,24	154,05	162,68	181.747.648	164.953.182	-9,2%
Sinvacor Forte film tbl 98 x 40 mg	769.104	137,99	113,99	122,50	106.128.727	94.215.240	-11,2%
Vasilip film tbl 20 x 10 mg	155.547	219,69	188,22	188,22	34.172.816	29.277.052	-14,3%
Vasilip film tbl 20 x 20 mg	497.733	154,53	142,61	142,61	76.916.063	70.981.595	-7,7%
Vasilip film tbl 28 x 10 mg	686.747	198,15	188,27	188,27	136.076.177	129.291.649	-5,0%
Vasilip film tbl 28 x 20 mg	2.686.955	150,14	142,61	142,61	403.411.506	383.185.765	-5,0%
Vasilip film tbl 28 x 40 mg	1.581.216	119,30	113,34	113,34	188.642.088	179.220.951	-5,0%
Vasilip film tbl 84 x 10 mg	735.280	195,30	185,54	185,54	143.603.312	136.420.175	-5,0%
Vasilip film tbl 84 x 20 mg	3.222.576	146,48	139,15	139,15	472.030.098	448.425.479	-5,0%
Vasilip film tbl 84 x 40 mg	1.647.072	110,20	104,69	104,69	181.506.218	172.428.622	-5,0%

\*Za izračun prihranka sem uporabila za vsa zdravila njihovo najvišjo priznano vrednost (NPV)

Vir: PharmMIS

Iz zgornjega prikaza je razvidno, da so se cene pri simvastatinu zelo znižale. Če pogledamo učinek sistema na originalnem zdravilu Sinvacor film tbl 20 x 10 mg,

katerega dnevni definirani odmerek je julija 2003 stal 280,51 SIT, medtem ko se je julija 2004 njegova cena zmanjšala na 220,58 SIT. Njegova generična paralela Vasilip film tbl 20 x 10 mg je bil cenejši v obeh primerih. Julija 2003 je cena DDD Vasilipa 20 x 10mg znašala 219,69 SIT, julija 2004 pa 188,22 SIT. Najvišja priznana vrednost te skupine je enaka vrednosti najcenejšega zdravila v skupini, to je Vasilip 20 x 10 mg. Če tako pogledamo vrednost porabe obeh zdravil, se je pri originalu vrednost v obravnavanem časovnem obdobju, samo zaradi znižanja cene, zmanjšala za 32,9%, pri generiku pa za 14,3%. V Sloveniji je poraba teh zdravil zelo visoka, zato je tudi pričakovanje prihrankov te skupine racionalno pričakovanje, saj lahko zniževanje cen in s tem tudi zniževanje najvišje priznane vrednosti ob enaki količini predpisanih zdravil, prinese prihranke. Takšen upad cene obeh zdravil se tako zrcali tudi v prihrankih. Cene se zmanjšujejo predvsem zaradi uspešnosti pogajanj med ZZZS in proizvajalci zdravil v okviru zastavljenega programa racionalizacije porabe zdravil.

Podrobnejši prikaz analize učinkov cen na vse farmacevtske oblike, ki jih je zajel sistem medsebojno zamenljivih zdravil, je razviden iz priloge B.

### 3. ANALIZA CELOTNE KOLIČINE IN VREDNOSTI PORABLJENIH ZDRAVIL

Da bi lahko ugotovila, če sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo resnično prinaša pričakovane prihranke, sem morala analizirati tudi skupno količino in vrednost porabljenih zdravil v istem časovnem obdobju, ki sem ga vzela za analizo količin prodanih zdravil po posameznih ATC skupinah in posameznih farmacevtskih oblikah zdravil ter za analizo učinkov cen. Ti ATC nivoji pa so: **A** (pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove), **C** (pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja), **D** (pripravki za zdravljenje bolezni kože in podkožnega tkiva), **G** (pripravki za zdravljenje bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni), **J** (pripravki za sistemske zdravljenje infekcij), **M** (pripravki za zdravljenje bolezni mišičnoskeletnega sistema), **N** (pripravki z delovanjem na živčevje) in **R** (pripravki za zdravljenje bolezni dihal).

Prikaz 5.3.: Vrednost in količina porabljenih zdravil na recept v obdobju nov 02 – maj 03 in nov 03 – maj 04 za skupine v sistemu medsebojno zamenljivih zdravil

VREDNOST IN KOLIČINA PORABLJENIH ZDRAVIL v obdobju nov 02 - maj 03 in nov 03 - maj 04	Skupaj nov 02 - maj 03	Skupaj nov 03 - maj 04	Stopnja rasti nov04-maj03/ nov02-maj03
Količina porabljenih zdravil znotraj skupin MZZ z NPV* SKUPAJ	18.066.796	17.603.275	-2,6%
Vrednost porabljenih zdravil (v tisočih tolarjev) znotraj sistema MZZ z NPV SKUPAJ	40.471.814	41.499.526	2,5%

Komentar: Samo zdravila na recept!

\* - Sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo

Vir: PharmMIS

Iz zgornjega prikaza lahko vidimo, da se je med analiziranimi primerjalnima obdobjema količina porabljenih zdravil v ATC skupinah, znotraj katerih so opredeljene skupine medsebojno zamenljivih zdravil, znižala za 2,6%. Celotna vrednost porabljenih zdravil pa je v istem obdobju porasla le za 2,5%, kar je precej manj kot je v istem obdobju znašala splošna rast cen v Sloveniji, ki je znašala 3,7% (po podatkih Statističnega urada RS<sup>28</sup>). Iz teh primerjav lahko ugotovimo, da je bila realna rast izdatkov za zdravila v tem obdobju negativna (-1,2%). Lahko torej rečemo, da je uvedba ukrepa medsebojno zamenljivih zdravil pustila določene učinke tudi v skupni količini in vrednosti ATC skupin, znotraj katerih so zdravila iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil.

Če pa za analizo vzamemo količino in vrednost vseh porabljenih zdravil na recept, lahko na osnovi primerjave podatkov o porabljenih količinah in vrednostih zdravil v prvih osmih mesecih leta 2003 in 2004 ugotovimo podobne rezultate.

Kot kažejo spodnji podatki, se je v prvih osmih mesecih letošnjega leta v primerjavi z enakim obdobjem lani, količina vseh porabljenih zdravil na recept povečala le za 1,3%. Vrednost vseh porabljenih zdravil na recept pa je v tem obdobju porasla za 5,8%.

<sup>28</sup> Indeks inflacije, Statistični urad RS, <http://www.stat.si/indikatorji.asp?ID=1>.

*Prikaz 5.4.: Vrednost in količina porabljenih zdravil na recept v obdobju jan 03 – avg 03 in jan 04 – avg 04 za vse skupine ATC klasifikacije*

VREDNOST IN KOLIČINA VSEH PORABLJENIH ZDRAVIL V PRVIH OSMIH MESECIH LETA 2003 IN 2004	SKUPAJ januar - avgust 2003	SKUPAJ januar - avgust 2004	Stopnje rasti jan - avg 04/ jan - avg 03
<b>VREDNOST PORABLJENIH ZDRAVIL ( v tisočih tolarjev):</b>			
SKUPAJ VSE SKUPINE ZDRAVIL ATC klasifikacije	55.130.401	58.304.337	5,8%
<b>KOLIČINA PORABLJENIH ZDRAVIL:</b>			
SKUPAJ VSE SKUPINE ZDRAVIL ATC klasifikacije	23.827.408	24.145.914	1,3%

Komentar: Samo zdravila na recept!

Vir: PharmMIS

Če upoštevamo splošno rast inflacije v tem obdobju (3,7%), lahko ugotovimo, da je realna rast celotnih izdatkov za zdravila v tem obdobju znašala 2%, kar je najnižja rast v zadnjih štirih letih. Po podatkih iz letnih bilanc ZZZS je bila realna rast izdatkov za zdravila v letu 2000 5,6%, v letu 2001 kar 13,8%, v letu 2002 4,6% in v letu 2003 6,7% (Bilten javnih financ, Ministrstvo za finance, 2004). Samo 2%-rast je celo nižja od predvidevanj ZZZS pred uvedbo novega sistema. Na osnovi doseženih gibanj v prvih osmih mesecih letos ZZZS ocenjuje, da bodo do konca letošnjega leta prihranki pri izdatkih za zdravila iz obveznega zavarovanja znašali med 3,0 in 3,5 milijard tolarjev (Bilance prihodkov in odhodkov ZZZS za leto 2004). Ti podatki torej kažejo celo večji prihranek, saj je bil le-ta pred uvedbo novega ukrepa ocenjen na 1,7 milijarde tolarjev, kar pomeni da so globalno učinki uvedbe in delovanja sistema medsebojno zamenljivih zdravil kratkoročno prinesli željene rezultate.

Podrobnejši prikaz podatkov po posameznih skupinah zdravil je razviden iz priloge C in priloge D.

## **6. VERIFIKACIJA HIPOTEZ IN SKLEPI**

V diplomskem delu sem predstavila različne ukrepe za obvladovanje izdatkov za zdravila, ki so bili uvedeni v letih 1992 – 2002. Preko količine predpisanih receptov in analize izdatkov za zdravila sem pokazala, da ukrepi niso dosegli svojega namena, saj so izdatki za zdravila nenehno strmo naraščali. To je bilo tudi izhodišče za lastno analizo novega sistema, saj me je zanimalo, ali so bile predpostavke o nižjih izdatkih, ki naj bi bili posledica uvedbe sistema medsebojno zamenljivih zdravil, nerealne.

Moja izhodiščna hipoteza je bila, da bo država preko sistema medsebojno zamenljivih zdravil, ki ga je uvedla konec leta 2003, zmanjšala stroške in dosegla željeni prihranek že kratkoročno. Finančna projekcija prihranka, ki je bila izračunana pred uvedbo sistema, je ocenila, da bo sistem prinesel najmanj 2,9 milijarde tolarjev prihranka na letni ravni, od tega 1,7 milijarde iz sredstev obveznega zavarovanja. Zastavljen cilj je bil, da realna rast odhodkov za zdravila ne preseže 3%. Največje prihranke naj bi prinesle najbolj predpisovane učinkovine, med katerimi sem si za analizo izbrala simvastatin.

Tako sem v analizi količine porabljenih zdravil v analiziranem časovnem obdobju prikazala, da je res prišlo do znižanja količine predpisanega simvastatina za 3,4%. Znotraj tega so bila najbolj predpisovana tista zdravila, ki niso imela doplačil. Prav tako sem v analizi učinkov cen dokazala, da so pogajanja med ZZS in proizvajalci zdravil uspešna, saj se cene zdravil vidno nižajo. To ima svoje posledice v prihrankih in tako je vrednost simvastatina v analiziranem časovnem obdobju upadla zaradi znižanja cen kar za 7,4%. Glede tega lahko sklepam, da se dosega postavljen cilj novega sistema, to je nižanje cen zdravil, in na podlagi tega tudi prihranki.

V tretji analizi sem dokazala, da so bila predvidevanja države in ZZS pred uvedbo sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo realna, saj so že danes vidni večji prihranki, kot so bili planirani na letni ravni. Tako je moj izračun pokazal, da se bo realna rast izdatkov za zdravila gibala okoli 2%, medtem ko je bil izhodiščni odstotek ZZS 3%. Moje izračune potrjujejo tudi napovedi finančne službe ZZS, ki je napovedala celo prihranke v obsegu 3,0 – 3,5 milijarde tolarjev iz sredstev za obvezno zavarovanje, čeprav so bili prvi izračuni postavljeni na 1,7



milijarde. Tako lahko sprejem postavljeno hipotezo, da bo država zmanjšala stroške in dosegla želeni prihranek pri izdatkih za zdravila že kratkoročno.

Kritiki so v tujini sistemu medsebojno zamenljivih zdravil in sistemu referenčnih cen predvsem očitali, da ni bil učinkovit, ker so bile potrebne dodatne regulacije izdatkov za zdravila. Sama pa mislim, da je prav ustrezno kombiniranje več različnih ukrepov potrebno, da se realizira nek cilj. Vse politike temeljijo na vsoti različnih odločitev, saj so ponavadi njihove vsebine tako raznolike, da jih ne moremo metati v isti koš. To je še posebej značilno za zdravila, kjer je iz medicinskih in etičnih razlogov potrebo biti še posebno previden. Če lahko država na trgu zdravil vzpostavi takšno kombinacijo ukrepov, ki prinašajo prihranke v vrednosti (sistem medsebojno zamenljivih zdravil in posledično zniževanje cen) ali pa zmanjševanje v količini (ukrepi omejevanja predpisovanja), hkrati pa je zagotovljen enak nivo zdravstvenega varstva kot pred uvedbo ukrepov, je to lahko samo dobro. Sistemu so očitali tudi kratkotrajnost v njegovih učinkih. V Sloveniji se je sistem v svojem kratkem času obstoja torej izkazal za učinkovitega, dolgoročno se še razvija. Trenutno kaže, da je na poti uspeha, izgleda, da je prav kombinacija vseh ukrepov končno začela dajati uspehe. V diplomskem delu sem pokazala, da ukrepi, ki so bili na področju zmanjševanja izdatkov za zdravila sprejeti vse od leta 1998, niso imeli velikih učinkov. Zato lahko trdim, da je na podlagi analize razvidno, da je imel do sedaj največji uspeh prav sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, uveden v novembru 2003. Težave s katerimi se srečujemo na področju zdravil, tako pri nas kot v tujini, so precej podobne. Bagarijeva (2002) meni, da še noben zdravstveni sistem ni dosegel dolgoročnega uspeha v zniževanju izdatkov za zdravila, temveč so jih le kratkoročno upočasnili. Vendar pa tega ne bi smeli predpisati slabim ukrepom ali metodam, temveč dejstvu, da nas razvoj tržne družbe vodi v težnje po nenehnem izboljševanju, po boljšem in zdravem življenju. To pa pomeni, da na trg prihajajo vedno bolj draga in vedno boljša zdravila, ki povečujejo tudi izdatke.

Strokovnjaki ocenjujejo, da po vsem svetu iz različnih razlogov ljudje zavržemo kot neporabljena med 10 in 20% vseh zdravil, ki se predpišejo v breme zdravstvenega zavarovanja. Na osnovi teh ocen je ekonomska škoda, ki nastane zaradi zavrženih in

neporabljenih zdravil, v Sloveniji zelo velika (Kramberger in Fürst, 2004: 1) po predvidevanjih je ocenjena na okoli 1 milijardo letnih izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja<sup>29</sup>. Verjetno bi lahko sklepali, da gre tu za krivdo tako zdravnikov, ki neracionalno predpisujejo zdravila, kot tudi bolnikov, ki imajo vse večje, včasih tudi neracionalne zahteve oziroma z zdravili ne ravnaajo tako, kot jim je priporočil njihov zdravnik ali farmacevt glede pravilnega odmerjanja in shranjevanja. Zato je v prihodnje potrebno sprejemati takšne odločitve, ki bodo še bolj osveščale vse ljudi, da bi začeli odgovornejše ravnati z zdravili. Zavedati se moramo, da nepravilno jemanje zdravil vpliva na naše lastno zdravje, saj se npr. s prevelikim uživanjem antibiotikov krepi odpornost bakterij na le-te in znižuje odpornost organizma nanje. Le z odgovornim ravnanjem bomo lahko dosegli kvalitetnejšo oskrbo in boljše splošno zdravje, preko tega prispevali k ekonomičnosti ravnanja z zdravili, že tako omejena sredstva pa porabljati v namene tehnološkega napredka in medicinskega razvoja. Ne smemo pa pozabiti, da je za lastno zdravje odgovoren predvsem posameznik sam.

---

<sup>29</sup> Intervju s predstavnikom ZZZS, Jure Peklar, mag.farm., nadzorni farmacevt na Oddelku za zdravila, ZZZS, Ljubljana, 14.6.2004, 10.7.2004, 25.8.2004, 15.9.2004, 26.9.2004.

## **7. LITERATURA IN VIRI**

1. Albreht, Tit, Silva Pečar-Čad (2000): Poraba zdravil v Sloveniji-socialnomedicinski in socialnofarmaceutski vidik. Zdravniški vestnik, letnik 69, oktober 2000, 1-4.
2. Albreht, Tit et al., ur. (2002): Health care systems in transition. Slovenia. <http://www.who.dk/document/E76966.pdf> (15.05.2004).
3. Bagari, Nevenka (2002): Trendi na področju zdravil pri nas in v tujini. Bilten Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, letnik 18, številka 3-4, 90-96.
4. Bešter, Janez, Petra Gabrovšek, Matej Koren (2003): Raziskava o možnih prihrankih pri izdatkih za zdravila na recept v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.
5. Bučar, Bojko, Zlatko Šabič, Milan Brglez (2002): Navodila za pisanje seminarske naloge in diplomskega dela. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Bilance javnega financiranja v Republiki Sloveniji v letih 1995-2005, Ministrstvo za finance. Ljubljana: avgust 2004.
7. Bilance prihodkov in odhodkov ZZZS za leto 2004, interno gradivo finančne službe ZZZS (2004). Ljubljana.
8. Bilten javnih financ, letnik VI. Št. 7-8 (2004): Ministrstvo za finance Republike Slovenije.
9. Bilten Recept, bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (2003). Letnik 1, št. 1 (10.6.2003) in 2 (1.11.2003). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
10. Bilten Recept, bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (2004). Letnik 2, št. 1 (30.4.2004). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
11. Bitenc, Marko (2000): Vloga zbornice in nadzor zdravnikov v luči racionalne farmakoterapije. Zdravniški vestnik, letnik 69, oktober 2000, 31.
12. Brinc, Tatjana (2003): Analiza sistemov zdravstvenega varstva in referenčna primerjava vrednosti zdravil: magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

13. Cenejša zdravila za več zdravja!, zloženka ZZZS in Ministrstva za zdravje (2003). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
14. Česen, Marjan (1988): Zdravje in denar. Ljubljana: Agencija demokratičnega inozemskega tiska.
15. Česen, Marjan (1998): Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
16. Česen, Marjan (2003): Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
17. Drinovec, Jože (2000): Racionalna farmakoterapija in farmacevtska industrija. Zdravniški vestnik, letnik 69, oktober 2000, 33-36.
18. Finančno poročilo ZZZS za leto 2003 (2004). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
19. Fürst, Jurij (2000a): Predpisovanje zdravil na recept v letu 1999. ISIS, glasilo zdravniške zbornice Slovenije, februar 2000, 4-7.
20. Fürst, Jurij (2000b): Ekonomski vidiki razvrščanja zdravil na listo. Zdravniški vestnik, letnik 69, oktober 2000, 19-22.
21. Fürst, Jurij (2001): Predpisovanje zdravil v letu 2000. Zdravniški vestnik, letnik 70, 569-571.
22. Fürst, Jurij (2002): Predpisovanje zdravil v letu 2001. Zdravniški vestnik, letnik 71, 251-254.
23. Fürst, Jurij (2003a): Predpisovanje zdravil v letu 2002. Zdravniški vestnik, letnik 72, 163-166.
24. Fürst, Jurij (2003b): Reimbursement strategies Slovenia. Interno gradivo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ljubljana.
25. Fürst, Jurij (2004a): Razvrščanje zdravil na liste in kritje zdravil iz zdravstvenega zavarovanja - predstavitev novosti.  
[http://users.volja.net/primozis/gradiva/RC\\_Furst\\_files/frame.htm](http://users.volja.net/primozis/gradiva/RC_Furst_files/frame.htm) (9.9.2004).
26. Fürst, Jurij (2004b): Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals.  
<http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/Slovenia.pdf> (9.9. 2004).
27. Guidelines for ATC classification and DDD assignment (2002). 5th edition. Oslo: WHO collaborating centre for drug statistics methodology.
28. Health care systems in transition. Italy. (2001),  
<http://www.who.dk/document/e73096.pdf> (2.9.2004).

29. Health care systems in transition. France. (2004).  
<http://www.who.dk/document/e83126.pdf> (2.9.2004).
30. Health care systems in transition. Germany. (2000).  
<http://www.who.dk/document/e68952.pdf> (2.9.2004).
31. Jakubowski, Elke (2002): Health care in Slovenia. Euro Observer, Vol. 4, No. 1,5-6,  
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol4no1.pdf> (15.08.2004).
32. Javornik, Jana, Valerija Korošec et al., ur. (2003): Poročilo o človekovem razvoju, Slovenija 2002/03. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.
33. Jommi, Claudio, Giovanni Fattore (2003): Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS. Euro Observer, Vol. 5, No. 3, 1-4,  
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/ObsVol5no3.pdf> (15.08.2004).
34. Jönsson, Bengt (2003): Drugs and Cost-Containment. The role of reference pricing. Ljubljana: Interno gradivo Ministrstva za zdravje.
35. Keber, Dušan et al., ur. (2003): Pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Zdravstvena reforma – osnutek. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.
36. Kervasdoué, Jean de; 2002: Health and the health system in France,  
<http://www.ambafrance-uk.org/asp/service.asp?SERVID=100&LNG=en&PAGID=442>
37. Košir, Franc, Nevenka Bagari (2000): Obvladovanje izdatkov zdravstvenega zavarovanja za zdravila, predpisana na recepte. Zdravniški vestnik, letnik 69, oktober 2000, 5-9.
38. Košir, Franc (2002): Intervju. ISIS, glasilo zdravniške zbornice Slovenije, februar 2002, 40-48.
39. Kramberger, Boris, Jurij Fürst (2004): Zaključki strokovnega posveta "Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil". Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
40. Kucher, Simon & Partners (2004): The Damocles' Sword of Fixed Reference Prices for Medicines in Germany, <http://www.simon->

[kucher.com/relaunch\\_englisch/globale\\_downloads/whitepapers/Whitepaper\\_FRP\\_in\\_Germany.pdf](http://kucher.com/relaunch_englisch/globale_downloads/whitepapers/Whitepaper_FRP_in_Germany.pdf) (02.09.04).

41. López-Casasnovas, Guillem, Jaume Puig-Junoy (2001): Review of the literature on reference pricing. V López-Casasnovas, Guillem, Jönsson Bengt (2001): Reference pricing and pharmaceutical policy: Perspectives on economics and innovation, 1-42. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
42. Macarthur, Donald (2000): Handbook of pharmaceutical pricing and reimbursement, Western Europe 2000. London: Informa Publishing Group.
43. Marolt-Gomišček, Marica (2000): Analiza porabe zdravil in razvrščanje zdravil na liste – slovenske izkušnje. Zdravniški vestnik, letnik 69, oktober 2000, 11-14.
44. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), Uradni list RS, št.49/00.
45. Ovin, Rastko, Mejra Festić, Mira Rihtarič, Monika Šlebinger (2003): Pridružitve Slovenije EU in zdravstvena politika na področju farmacije. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta, Inštitut za ekonomsko diagnozo in prognozo.
46. Oražem, Andreja, Silva Pečar-Čad, Irena Rupnik (1997): Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji v letu 1996 po ATC klasifikaciji, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
47. Pečar-Čad, Silva (2001): Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2000, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
48. Pečar-Čad, Silva, Tone Hribovšek (2003): Predpisovanje zdravil v Sloveniji v prvem polletju 2003. Bilten Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, letnik 19, številka 4, 138-141.
49. Pečar-Čad, Silva et al., ur. (2004): Register zdravil Republike Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
50. Peklar, Jure (2003): Predpisovanje generičnih zdravil slovenskih splošnih zdravnikov in zdravnikov splošne medicine. ISIS, glasilo zdravniške zbornice Slovenije, februar 2003, 36-40.
51. Position Paper of the Federal Ministry of Health and Social Security, <http://pdf.bmgs.comspace.de/bmgs/temp/downloads2f180203SVRSchlussenglisch2epdf/index/> (30.08.04).

52. Poslovno poročilo za leto 2003 (2004). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
53. Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo (Uradni list RS št. 67/01, 4/99, 70/00).
54. Pravilnik o farmakovigilanci (Uradni list RS št. 94/00).
55. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS št. 59/03, 114/03).
56. Pravilnik o postopku za pridobitev dovoljenja za promet z zdravilom (Uradni list RS št. 67/00 in 59/03).
57. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (Uradni list RS št. 76/01).
58. Pravilnik o natančnejših pogojih za promet na debelo z zdravili (Uradni list RS št. 75/03).
59. Pravilnik o postopku razvrščanja zdravil na liste (Uradni list RS št. 106/01).
60. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 79/94, 91/00).
61. Primožič, Stanislav (2004a): Zamenjevanje zdravil: zakaj in kako?. Urad za zdravila, [http://users.volja.net/primozis/gradiva/zamenljiva\\_broch2.3.htm](http://users.volja.net/primozis/gradiva/zamenljiva_broch2.3.htm) (9.9.2004).
62. Primožič, Stanislav (2004b): Seznam medsebojno zamenljivih zdravil. [http://users.volja.net/primozis/gradiva/seznam\\_info\\_final\\_SP.htm](http://users.volja.net/primozis/gradiva/seznam_info_final_SP.htm) (9.9.2004).
63. Primožič, Stanislav (2004c): Generična in originalna zdravila v luči regulatornih vprašanj in farmakoekonomike. [http://users.volja.net/primozis/gradiva/genericna\\_zdravila\\_aa.htm](http://users.volja.net/primozis/gradiva/genericna_zdravila_aa.htm) (9.9.2004)
64. Poredoš, Pavel (2004): Prispevek komisije za razvrščanje zdravil k racionalni farmakoterapiji. [http://users.volja.net/primozis/gradiva/Razvrsca\\_PPa.htm](http://users.volja.net/primozis/gradiva/Razvrsca_PPa.htm) (11.9.2004).
65. Sklep o določitvi seznama medsebojno zamenljivih zdravil, Uradni list RS, št. 97/03.
66. Sklep o razvrščanju zdravil na liste (Uradni list RS št. 106/01).
67. Sklep o kriterijih za razvrščanje zdravil na liste (Uradni list RS, št. 78/03).
68. Stepan, Adolf et al., ur. (1999): Sistemi financiranja v zdravstvu: mednarodna primerjava. Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

69. Svenšek, Rosvita (2004): Zasnova modela za obvladovanje odhodkov zdravil, predisanih na recept (projekt STIRA). Spremembe v sistemu zdravstvenega varstva. 11. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu. Maribor, april 2004.
70. Toporišič, Jože et al., ur. (2001): Slovenski pravopis. SAZU. Ljubljana: Založba ZRC.
71. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/9).
72. Verbinc, France (1971): Slovar tujk. Tretja izdaja. Ljubljana: Cankarjeva založba.
73. Wörz, Markus, Wismar Mattias (2002): Structural reforms for Germany's health care system?. Euro Observer, Vol. 4, No. 4, 1-3, <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/ObsVol4no4.pdf> (15.08.2004).
74. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS št. 101/99, 70/00, 7/02, 13/02, 67/02).
75. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS št. 9/92, 26/92, 13/93, 45/94, 37/95, 8/96, 59/99, 90/99, 98/99, 31/00 in 45/01).
76. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99, 20/04).
77. Zajc, Drago (1999): Politika človekovih pravic, gradivo za predavanja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
78. Žurga, Gordana (2001): Kakovost državne uprave. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
79. <http://www.who.dk/eprise/main/WHO/countryinformation/country?AreaCode=SVN>
80. <http://www.stat.si/indikatorji.asp?ID=1>



## **PRILOGE**

Seznam prilog:

PRILOGA A – Analiza količine porabljenih zdravil v analiziranem obdobju

PRILOGA B – Analiza učinkov zniževanja cen zdravil

PRILOGA C - Analiza vrednosti in količine porabljenih zdravil  
(nov02-maj03/ nov03-maj04)"

PRILOGA D - Analiza vrednosti in količine vseh porabljenih zdravil v prvih osmih  
mesecih leta 2003 in 2004

PRILOGA A - ANALIZA KOLIČINE PORABLJENIH ZDRAVLJENIH V ANALIZIRANEM OBDOBJU

Prodanih enot								
ATC 5 nivo	C - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	število mg	vrednost DDD*	skupaj DDD v preparatu	VSOTA "prej" nov.02-maj.03	VSOTA "potem" nov.03 maj.04	RAZLIKA [potem] - [prej]	SPREMEMBA V % [potem]/[prej]
	Slovenija							
C01AA05	C01AA05 Digoksin - din.				579.660	483.720	-95.940	-16,6%
C01AA05								
C01AA05	Lanicor tbl 20 x 0,25 mg	5	0,25	20	579.660	483.720	-95.940	-16,6%
C01AA08	C01AA08 Metildigoksin - din.				2.002.025	1.846.125	-155.900	-7,8%
C01AA08								
C01AA08	Lanitop tbl 50 x 0,1mg	5	0,20	25	2.002.025	1.846.125	-155.900	-7,8%
C01BA03	C01BA03 Dizopiramid - din.				2.050	0	-2.050	-100,0%
C01BA03	Disopyramide kaps 50 x 100 mg	5.000	400	13	2.050	0	-2.050	-100,0%
C01BA08	C01BA08 Prajmalin - din.				2.633	3.500	867	32,9%
C01BA08	Neo-Gilurytmal film tbl 100 x 20 mg	2.000	30	67	133	0	-133	-100,0%
C01BA08	Neo-Gilurytmal film tbl 50 x 20 mg	1.000	30	33	2.500	3.500	1.000	40,0%
C01BB02	C01BB02 Meksiletin - din.				50	0	-50	-100,0%
C01BB02	Mexitil kaps 50 x 200mg	10.000	800	13	50	0	-50	-100,0%
C01BC03	C01BC03 Propafenon - din.				1.034.075	1.029.900	-4.175	-0,4%
C01BC03	Prolekofen tbl 50 x 150 mg	7.500	300	25	2.025	20.025	18.000	888,9%
C01BC03	Prolekofen tbl 50 x 300 mg	15.000	300	50	250	6.300	6.050	2420,0%
C01BC03								
C01BC03	Rytmonorm tbl 50 x 150 mg	7.500	300	25	824.200	792.825	-31.375	-3,8%
C01BC03	Rytmonorm tbl 50 x 300 mg	15.000	300	50	207.600	210.750	3.150	1,5%
C01BD01	C01BD01 Amiodaron - din.				1.018.440	1.050.900	32.460	3,2%
C01BD01	Amiokordin tbl 60 x 200 mg	12.000	200	60	104.340	122.820	18.480	17,7%
C01BD01	Cordaron tbl 60 x 200 mg	12.000	200	60	914.100	928.080	13.980	1,5%
C01DA02	C01DA02 Gliceritritrat - din.				29.726.251	29.119.377	-606.874	-2,0%
C01DA02	Angised tbl 100 x 0,5 mg		5	0	0	0	0	
C01DA02	Nitro-Dur 0,2mg/h obliži 28 x 40 mg	1.120	5	224	8.562.624	8.253.280	-309.344	-3,6%
C01DA02	Nitro-Dur 0,4mg/h obliži 28 x 80 mg	2.240	5	448	16.558.080	16.230.592	-327.488	-2,0%
C01DA02	Nitro-Dur 0,6mg/h obliži 28 x 120 mg	3.360	5	672	2.683.968	2.983.008	299.040	11,1%
C01DA02	Nitroderm TTS 10 obliži 10 x 50 mg	500	5	100	1.205.500	994.400	-211.100	-17,5%
C01DA02	Nitrolingual pršilo 1 x 12,2 ml/200 odmerkov (0,4 mg/odm.)	80	5	16	374.944	388.928	13.984	3,7%
C01DA02	Sustac forte tbl 25 x 6,4 mg	160	5	32	88.064	576	-87.488	-99,3%
C01DA02	Sustac mite tbl 25 x 2,6 mg	65	5	13	253.071	268.593	15.522	6,1%
C01DA08	C01DA08 Izosorbiddinitrat - din.				117.760	93.710	-24.050	-20,4%
C01DA08	Iso mack retard kaps 50 x 20 mg	1.000	60	17	103.150	91.533	-11.617	-11,3%
C01DA08	Tindil tbl 40 x 5mg	200	60	3	14.610	2.177	-12.433	-85,1%
C01DA14	C01DA14 Izosorbidmononitrat - din.				1.937.315	1.910.450	-26.865	-1,4%
C01DA14	Mono-5-Wolff retard kaps 20 x 40 mg	800	40	20	0	2.640	2.640	#DEL/0!
C01DA14	Mono-5-Wolff retard kaps 20 x 60 mg	1.200	40	30	0	2.250	2.250	#DEL/0!
C01DA14	Mono-5-Wolff tbl 50 x 20 mg	1.000	40	25	164.000	140.275	-23.725	-14,5%
C01DA14	Mono-5-Wolff tbl 50 x 40 mg	2.000	40	50	58.750	39.400	-19.350	-32,9%
C01DA14	Monosan tbl 30 x 20 mg	600	40	15	75.705	69.405	-6.300	-8,3%
C01DA14	Monosan tbl 30 x 40 mg	1.200	40	30	24.060	31.410	7.350	30,5%
C01DA14	Olicard retard kaps 50 x 40 mg	2.000	40	50	962.150	995.550	33.400	3,5%
C01DA14	Olicard retard kaps 50 x 60 mg	3.000	40	75	534.975	519.000	-15.975	-3,0%
C01DA14	Plodin tbl 30 x 20 mg	600	40	15	87.075	78.330	-8.745	-10,0%
C01DA14	Plodin tbl 30 x 40 mg	1.200	40	30	30.600	32.190	1.590	5,2%
C01DX12	C01DX12 Molsidomin - din.				82.220	68.830	-13.390	-16,3%
C01DX12	Corvaton tbl 30 x 2 mg	60	6	10	82.220	68.830	-13.390	-16,3%
C01DX16	C01DX16 Nikorandil - din.				88.050	77.520	-10.530	-12,0%
C01DX16	Stimokal tbl 30 x 10 mg	300	40	8	88.050	77.520	-10.530	-12,0%
C01EB15	C01EB15 trimetazidin - din.				163.920	207.990	44.070	26,9%
C01EB15	Preductal tbl 60 x 20 mg	1.200	40	30	163.920	207.990	44.070	26,9%
C02AC05	C02AC05 Moksonidin - din.				961.510	858.880	-102.630	-10,7%
C02AC05	Cynt tbl 30 x 0,2 mg	6	0,3	20	221.480	186.640	-34.840	-15,7%
C02AC05	Cynt tbl 30 x 0,3 mg	9	0,3	30	353.070	312.480	-40.590	-11,5%
C02AC05	Cynt tbl 30 x 0,4 mg	12	0,3	40	386.960	359.760	-27.200	-7,0%
C02CA01	C02CA01 Prazosin - din.				55.464	50.916	-4.548	-8,2%
C02CA01	Vasoflex tbl 30 x 1 mg	30	5	6	10.872	9.108	-1.764	-16,2%
C02CA01	Vasoflex tbl 60 x 2 mg	120	5	24	21.192	21.288	96	0,5%
C02CA01	Vasoflex tbl 60 x 5 mg	300	5	60	23.400	20.520	-2.880	-12,3%
C02CA04	C02CA04 Doksazosin - din.				3.760.890	3.770.155	9.265	0,2%
C02CA04	Kamiren tbl 20 x 2 mg	40	4	10	272.350	329.600	57.250	21,0%

DODATNI KOMENTAR

C02CA04	Kamiren tbl 20 x 4 mg	80	4	20	551.900	747.220	195.320	35,4%
C02CA04	Kamiren tbl 90 x 2 mg	180	4	45	0	47.565	47.565	#DEL/0!
C02CA04	Kamiren tbl 90 x 4 mg	360	4	90	0	114.840	114.840	#DEL/0!
C02CA04	Tonocardin tbl 20 x 2 mg	40	4	10	799.740	643.130	-156.610	-19,6%
C02CA04	Tonocardin tbl 20 x 4 mg	80	4	20	2.136.900	1.887.800	-249.100	-11,7%
C02CA06	C02CA06 Urapidil - din.				15.388	15.838	450	2,9%
C02CA06	Ebrantil retard kaps 50 x 30 mg	1.500	120	13	5.150	4.975	-175	-3,4%
C02CA06	Ebrantil retard kaps 50 x 60 mg	3.000	120	25	8.100	8.725	625	7,7%
C02CA06	Ebrantil retard kaps 50 x 90 mg	4.500	120	38	2.138	2.138	0	0,0%
C02DC01	C02DC01 Minoksidil - din.				10.100	6.950	-3.150	-31,2%
C02DC01	Loniten tbl 100 x 10 mg	1.000	20	50	10.100	6.950	-3.150	-31,2%
C02LA51	C02LA51 Reserpin in diuretiki, kombinacije z drugimi pripravki - din.				51.620	45.790	-5.830	-11,3%
C02LA51	Brinerdin tbl 50 x 0,1 mg	5	0,5	10	41.540	36.780	-4.760	-11,5%
C02LA51	Sinepres draž 50 x 0,1 mg	5	0,5	10	10.080	9.010	-1.070	-10,6%
C03BA04	C03BA04 Klortalidon - din.				51.680	118.260	66.580	128,8%
C03BA04	Hygroton tbl 20 x 25 mg	500	25	20	51.680	118.260	66.580	128,8%
C03BA11	C03BA11 Indapamid - din.				926.730	456.960	-469.770	-50,7%
C03BA11	Amoron tbl 30 x 2,5 mg	75	3	30	155.820	186.330	30.510	19,6%
C03BA11	Tertensif SR film tbl 30 x 1,5 mg		3	0	0	0	0	#DEL/0!
C03BA11	Tertensif tbl 30 x 2,5 mg	75	3	30	770.910	270.630	-500.280	-64,9%
C03CA01	C03CA01 Furosemid - din.				6.531.304	6.552.476	21.172	0,3%
C03CA01	Edemid tbl 12 x 40 mg	480	40	12	2.905.464	2.998.956	93.492	3,2%
C03CA01	Edemid forte tbl 20 x 500 mg	10.000	40	250	1.518.500	1.536.500	18.000	1,2%
C03CA04	Lasix tbl 20 x 40 mg	800	40	20	2.107.340	2.017.020	-90.320	-4,3%
C03CA02	C03CA02 Bumetanid - din.				46.180	40.100	-6.080	-13,2%
C03CA02	Burinex tbl 20 x 1 mg	20	1	20	46.180	40.100	-6.080	-13,2%
C03DA01	C03DA01 Spironolakton - din.				1.175.127	1.199.087	23.960	2,0%
C03DA01	Aldactone kaps 20 x 100 mg	2.000	75	27	452.747	443.680	-9.067	-2,0%
C03DA01	Aldactone tbl 20 x 25 mg	500	75	7	381.607	442.233	60.627	15,9%
C03DA01	Aldactone tbl 20 x 50 mg	1.000	75	13	340.773	313.147	-27.627	-8,1%
C03DA01	Xenalon-100 tbl 20 x 100 mg	2.000	75	27	0	27	27	#DEL/0!
C03EA01	C03EA01 Hidroklorotiazid in diuretiki, ki varčujejo s kalijem - din.				1.954.000	1.829.840	-124.160	-6,4%
C03EA01	Moduretic tbl 40 x 50 + 5 mg	2.000	25	80	1.954.000	1.829.840	-124.160	-6,4%
C04AD03	C04AD03 Pentoksifilin - din.				1.837.292	1.364.580	-472.712	-25,7%
C04AD03	Dartelin tbl 20 x 400 mg	8.000	1.000	8	254.728	172.520	-82.208	-32,3%
C04AD03	Pentilin forte tbl 20 x 600 mg	12.000	1.000	12	428.076	384.324	-43.752	-10,2%
C04AD03								
C04AD03	Pentilin retard tbl 20 x 400 mg	8.000	1.000	8	938.808	656.216	-282.592	-30,1%
C04AD03	Pentilin tbl 20 x 400 mg	8.000	1.000	8	9.920	4.800	-5.120	-51,6%
C04AD03	Trental tbl 20 x 400 mg	8.000	1.000	8	205.760	146.720	-59.040	-28,7%
C04AE01	C04AE01 Zmes hidrogeniranih ergot alkaloidov - din.				166.010	140.600		
C04AE01	Redergin razt 50 ml (1 mg/ml)		3	0	0	0	0	0,0%
C04AE01	Redergin tbl 20 x 1,5 mg	30	3	10	41.630	36.980	-4.650	-11,2%
C04AE01	Redergin tbl 20 x 4,5 mg	90	3	30	124.380	103.620	-20.760	-16,7%
C04AE02	C04AE02 Nicergolin - din.				300.690	270.700	-29.990	-10,0%
C04AE02	Adavin draž 30 x 10 mg	300	30	10	300.690	270.700	-29.990	-10,0%
C07AA02	C07AA02 Oksiprenolol - din.				26.070	9.210	-16.860	-64,7%
C07AA02	Trasicor tbl 20 x 80 mg	1.600	160	10	26.070	9.210	-16.860	-64,7%
C07AA05	C07AA05 Propranolol - din.				356.586	371.088	14.502	4,1%
C07AA05	Inderal LA kaps 14 x 160 mg	2.240	160	14	-14	0	14	-100,0%
C07AA05	Propranolol tbl 50 x 40 mg	2.000	160	13	356.600	371.088	14.488	4,1%
C07AA07	C07AA07 Sotalol - din.				223.140	205.410	-17.730	-7,9%
C07AA07	Darob mite tbl 20 x 80 mg	1.600	160	10	-60	210	270	-450,0%
C07AA07	Darob mite tbl 50 x 80 mg	4.000	160	25	223.200	205.200	-18.000	-8,1%
C07AB02	C07AB02 Metoprolol - din.				4.294.800	4.255.860	-38.940	-0,9%
C07AB02	Bloxan tbl 30 x 100 mg	3.000	150	20	4.294.800	4.255.860	-38.940	-0,9%
C07AB03	C07AB03 Atenolol - din.				1.464.152	1.389.768	-74.384	-5,1%
C07AB03	Atenolol tbl 14 x 100 mg	1.400	75	19	20.328	30.912	10.584	52,1%
C07AB03	Atenolol tbl 30 x 50 mg	1.500	75	20	245.200	257.620	12.420	5,1%
C07AB03	Ormidol tbl 14 x 100 mg	1.400	75	19	444.211	431.573	-12.637	-2,8%
C07AB03	Ormidol tbl 30 x 50 mg	1.500	75	20	0	12.260	12.260	0,0%
C07AB03	Tenormin tbl 14 x 100 mg	1.400	75	19	752.659	657.403	-95.256	-12,7%
C07AB03	Velorin tbl 14 x 100 mg	1.400	75	19	1.755	0	-1.755	-100,0%
C07AB07	C07AB07 Bisoprolol - din.				1.194.615	1.596.218	401.603	33,6%
C07AB07	Concor Cor tbl 30 x 10 mg	300	10	30	0	16.440	16.440	0,0%
C07AB07	Concor Cor tbl 30 x 2,5 mg	75	10	8	0	66.233	66.233	0,0%
C07AB07	Concor Cor tbl 30 x 5 mg	150	10	15	0	16.230	16.230	0,0%
C07AB07	Concor tbl 30 x 10 mg	300	10	30	195.030	210.180	15.150	7,8%

C07AB07	Concor tbl 30 x 5 mg	150	10	15	999.585	1.287.135	287.550	28,8%
<b>C07AG02</b>	<b>C07AG02 Karvedilol - din.</b>				<b>1.187.144</b>	<b>1.707.244</b>	<b>520.100</b>	<b>43,8%</b>
C07AG02	Coryol tbl 28 x 12,5 mg	350	38	9	269.845	465.519	195.673	72,5%
C07AG02	Coryol tbl 28 x 25 mg	700	38	19	210.168	425.021	214.853	102,2%
C07AG02	Coryol tbl 28 x 6,25 mg	175	38	5	76.137	217.611	141.475	185,8%
C07AG02	Dilatrend tbl 28 x 12,5 mg	350	38	9	204.241	194.516	-9.725	-4,8%
C07AG02	Dilatrend tbl 28 x 25 mg	700	38	19	284.891	254.277	-30.613	-10,7%
C07AG02	Dilatrend tbl 28 x 6,25 mg	175	38	5	141.862	150.299	8.437	5,9%
<b>C07CA03</b>	<b>C07CA03 Pindolol in drugi diuretiki - din.</b>				<b>558.720</b>	<b>529.533</b>	<b>-29.187</b>	<b>-5,2%</b>
C07CA03	Tenzimet tbl 20 tablet 10 + 5 mg	200	15	13	558.720	529.533	-29.187	-5,2%
<b>C08CA01</b>	<b>C08CA01 Amlodipin - din.</b>				<b>9.699.300</b>	<b>10.164.640</b>	<b>465.340</b>	<b>4,8%</b>
C08CA01	Amlopin tbl 20 x 10 mg	200	5	40	840	0	-840	-100,0%
C08CA01	Amlopin tbl 20 x 5 mg	100	5	20	5.040	2.740	-2.300	-45,6%
C08CA01	Amlopin tbl 30 x 10 mg	300	5	60	5.748.900	5.830.260	81.360	1,4%
C08CA01	Amlopin tbl 30 x 5 mg	150	5	30	3.786.960	3.742.140	-44.820	-1,2%
C08CA01	Norvasc tbl 30 x 10 mg	300	5	60	77.880	199.140	121.260	155,7%
C08CA01	Norvasc tbl 30 x 5 mg	150	5	30	79.680	202.530	122.850	154,2%
C08CA01	Tenox tbl 30 x 10 mg	300	5	60	0	96.420	96.420	
C08CA01	Tenox tbl 30 x 5 mg	150	5	30	0	91.410	91.410	
C08CA03	C08CA03 Isradipin - din.				158.000	115.020	-42.980	-27,2%
C08CA03	Tenzin retard kaps 20 x 5 mg	100	5	20	158.000	115.020	-42.980	-27,2%
C08CA05	C08CA05 Nifedipin - din.				3.905.488	3.770.257	-135.231	-3,5%
C08CA05	Adalat oros tbl 28 x 30 mg	840	30	28	859.208	839.496	-19.712	-2,3%
C08CA05	Adalat oros tbl 28 x 60 mg	1.680	30	56	190.120	237.104	46.984	24,7%
C08CA05	Cordipin retard tbl 30 x 20 mg	600	30	20	1.150.860	944.380	-206.480	-17,9%
C08CA05	Cordipin XL tbl 20 x 40 mg	800	30	27	1.669.360	107	-1.669.253	-100,0%
C08CA05	Cordipin XL tbl 30 x 40 mg	1.200	30	40	0	1.689.480	1.689.480	
C08CA05	Nifecard tbl 50 x 10 mg	500	30	17	13.200	9.800	-3.400	-25,8%
C08CA05	Nifecard XL tbl 30 x 30 mg	900	30	30	22.740	49.890	27.150	119,4%
C08CA06	C08CA06 Nimodipin - din.				89.375	49.427	-39.948	-44,7%
C08CA06	Nimotop film tbl 30 x 30 mg	900	300	3	84.975	46.227	-38.748	-45,6%
C08CA06	Nimotop S film tbl 100 x 30 mg	3.000	300	10	4.400	3.200	-1.200	-27,3%
C08CA06	Nimotop S inf razt 1 x 10 mg/50 ml		300	0	0	0	0	#DEL/0!
C08CA08	C08CA08 Nitrendipin - din.				207.820	187.480	-20.340	-9,8%
C08CA08	Unipres tbl 20 x 10mg	200	20	10	87.420	75.260	-12.160	-13,9%
C08CA08	Unipres tbl 20 x 20 mg	400	20	20	120.400	112.220	-8.180	-6,8%
C08CA09	C08CA09 Lacidipin - din.				528.542	919.254	390.712	73,9%
C08CA09	Lacipil tbl 14 x 4 mg	56	4	14	528.542	919.254	390.712	73,9%
C08DA01	C08DA01 Verapamil - din.				1.560.498	1.456.470	-104.028	-6,7%
C08DA01	Isoplin RR tbl 20 x 240 mg	4.800	240	20	17.220	0	-17.220	-100,0%
C08DA01	Isoplin tbl 20 x 120 mg	2.400	240	10	1.420	130	-1.290	-90,8%
C08DA01	Isoplin tbl 30 x 40 mg	1.200	240	5	11.435	0	-11.435	-100,0%
C08DA01	Isoplin tbl 50 x 80 mg	4.000	240	17	26.850	283	-26.567	-98,9%
C08DA01	Lekoptin inj 50 x 5mg/2ml				0	0	0	#DEL/0!
C08DA01	Lekoptin mite draž 30 x 40 mg	1.200	240	5	288.300	280.650	-7.650	-2,7%
C08DA01	Lekoptin retard tbl 20 x 240 mg	4.800	240	20	289.680	306.900	17.220	5,9%
C08DA01	Lekoptin draž 20 x 120 mg	2.400	240	10	26.460	27.390	930	3,5%
C08DA01	Lekoptin draž 80 mg 50 x 80 mg	4.000	240	17	899.133	841.117	-58.017	-6,5%
C08DB01	C08DB01 Diltiazem - din.				303.461	286.496	-16.965	-5,6%
C08DB01	Aldizem tbl 30 x 60 mg	1.800	240	8	122.265	115.733	-6.533	-5,3%
C08DB01	Aldizem tbl 30 x 90 mg	2.700	240	11	180.281	170.438	-9.844	-5,5%
C08DB01	Diltiazem tbl 30 x 60 mg	1.800	240	8	600	248	-353	-58,8%
C08DB01	Diltiazem tbl 30 x 90mg	2.700	240	11	315	79	-236	-75,0%
<b>C09AA01</b>	<b>C09AA01 Kaptopril - din.</b>				<b>86.135</b>	<b>80.955</b>	<b>-5.180</b>	<b>-6,0%</b>
C09AA01	Alkadil tbl 40 x 25 mg	1.000	50	20	2.500	1.880	-620	-24,8%
C09AA01	Alkadil tbl 40 x 50 mg	2.000	50	40	9.200	7.680	-1.520	-16,5%
C09AA01	Kaptopril tbl 20 x 12,5 mg	250	50	5	31.615	34.705	3.090	9,8%
C09AA01	Kaptopril tbl 20 x 25 mg	500	50	10	42.820	36.690	-6.130	-14,3%
<b>C09AA02</b>	<b>C09AA02 Enalapril - din.</b>				<b>32.890.138</b>	<b>33.822.223</b>	<b>932.085</b>	<b>2,8%</b>
C09AA02	Enap tbl 20 x 10 mg	200	10	20	3.328.160	1.754.780	-1.573.380	-47,3%
C09AA02	Enap tbl 20 x 2,5 mg	50	10	5	263.085	143.540	-119.545	-45,4%
C09AA02	Enap tbl 20 x 20 mg	400	10	40	4.178.560	3.260.040	-918.520	-22,0%
C09AA02	Enap tbl 20 x 5 mg	100	10	10	1.462.990	754.570	-708.420	-48,4%
C09AA02	Enap tbl 90 x 10 mg	900	10	90	2.435.490	4.202.820	1.767.330	72,6%
C09AA02	Enap tbl 90 x 2,5 mg	225	10	23	201.283	299.383	98.100	48,7%
C09AA02	Enap tbl 90 x 20 mg	1.800	10	180	3.400.740	4.996.980	1.596.240	46,9%
C09AA02	Enap tbl 90 x 5 mg	450	10	45	1.043.730	1.662.345	618.615	59,3%
C09AA02	Enazil tbl 20 x 10 mg	200	10	20	98.300	332.440	234.140	238,2%
C09AA02	Enazil tbl 20 x 20 mg	400	10	40	123.160	419.400	296.240	240,5%
C09AA02	Enazil tbl 20 x 5 mg	100	10	10	41.950	125.580	83.630	199,4%
C09AA02	Olivin tbl 20 x 10 mg	200	10	20	2.323.740	1.253.320	-1.070.420	-46,1%
C09AA02	Olivin tbl 20 x 20 mg	400	10	40	3.099.080	1.985.560	-1.113.520	-35,9%
C09AA02	Olivin tbl 20 x 5 mg	100	10	10	714.400	398.460	-315.940	-44,2%
C09AA02	Olivin tbl 90 x 10 mg	900	10	90	3.819.690	4.449.150	629.460	16,5%
C09AA02	Olivin tbl 90 x 20 mg	1.800	10	180	5.276.880	6.607.260	1.330.380	25,2%
C09AA02	Olivin tbl 90 x 5 mg	450	10	45	1.078.920	1.176.615	97.695	9,1%

doplačilo 142 SIT  
doplačilo 167 SIT  
doplačilo 34 SIT

9,1%  
ali povečanje za  
985.440  
DDD

43,8%  
ali povečanje za  
520.100  
DDD

KJER JE  
DOPLAČILO JE  
ZNIŽANJE, KJER  
GA NI VELIKO  
POVEČANJE

ni doplačil

4,8%  
ali povečanje za  
465.340  
DDD

9,4%  
ali povečanje za  
4.528.801  
DDD

2,83%  
ali povečanje za  
932.085  
DDD

CELA SKUPINA  
"PRILOV" (ACE  
INHIBITORJEV) JE  
V GLAVNEM  
NARASLA ZARADI  
NE-ENALAPRILOV.  
GRE V GLAVNEM  
ZA NOVE  
PREDSTAVNIKNE,  
KI SO ZANIMIVI  
ZARADI  
AKTIVNEGA  
TRŽENJA, NE PA  
ZARADI NEKIH  
VELIKIH  
TERPATIVSKIH  
PREDNOSTI  
(HIPERTENZIJA+Z  
ASTOJNA SRČNA  
DOPOVED)

C09AA03	C09AA03 Lizinopril - din.				855.405	995.115	139.710	16,3%
C09AA03	Irumed tbl 30 x 10 mg	300	10	30	363.180	417.960	54.780	15,1%
C09AA03	Irumed tbl 30 x 20 mg	600	10	60	344.400	426.060	81.660	23,7%
C09AA03	Irumed tbl 30 x 5 mg	150	10	15	147.825	151.095	3.270	2,2%
C09AA04	C09AA04 Perindopril - din.				2.448.000	3.478.410	1.030.410	42,1%
C09AA04	Prexanil tbl 30 x 4 mg	120	4	30	2.448.000	3.478.410	1.030.410	42,1%
C09AA05	C09AA05 Ramipril - din.				8.456.560	10.059.322	1.602.762	19,0%
C09AA05	Tritace tbl 28 x 1,25 mg	35	3	14	562.856	558.810	-4.046	-0,7%
C09AA05	Tritace tbl 28 x 2,5 mg	70	3	28	2.246.160	2.336.208	90.048	4,0%
C09AA05	Tritace tbl 28 x 5 mg	140	3	56	5.647.544	7.164.304	1.516.760	26,9%
C09AA08	C09AA08 Cilazapril - din.				384.864	338.142	-46.722	-12,1%
C09AA08	Cilazil tbl 30 x 1 mg	30	3	12	77.364	54.012	-23.352	-30,2%
C09AA08	Cilazil tbl 30 x 2,5 mg	75	3	30	307.500	284.130	-23.370	-7,6%
C09AA09	C09AA09 Fozinopril - din.				1.196.963	1.837.080	640.117	53,5%
C09AA09	Monopril tbl 28 x 10 mg	280	15	19	114.296	174.291	59.995	52,5%
C09AA09	Monopril tbl 28 x 20 mg	560	15	37	1.082.667	1.662.789	580.123	53,6%
C09AA10	C09AA10 Trandolapril - din.				1.663.791	1.899.410	235.619	14,2%
C09AA10	Gopten kaps 20 x 0,5 mg	10	2	5	128.355	141.570	13.215	10,3%
C09AA10	Gopten kaps 28 x 2 mg	56	2	28	1.535.436	1.757.840	222.404	14,5%
C09BA02	C09BA02 Enalapril in diuretiki - din.				10.997.410	11.337.280	339.870	3,1%
C09BA02	Anaton tbl 20 x (20+12,5mg)	400	10	40	5.269.520	5.517.880	248.360	4,7%
C09BA02	Enap-H tbl 20 x 10 mg+12,5 mg	200	10	20	3.006.820	1.833.280	-1.173.540	-39,0%
C09BA02	Enap-H tbl 90 x 10 mg	900	10	90	1.493.640	2.747.790	1.254.150	84,0%
C09BA02	Enap-HL tbl 20 x 10 mg	200	10	20	800.380	420.140	-380.240	-47,5%
C09BA02	Enap-HL tbl 90 x 10 mg	900	10	90	427.050	818.190	391.140	91,6%
C09BA03	C09BA03 Lizinopril in diuretiki - din.				0	194.640	194.640	#DEL/0!
C09BA03	Iruzid tbl 30 x 20 mg	600	10	60	0	194.640	194.640	#DEL/0!
C09BA04	C09BA04 perindopril in diuretiki - din.				0	1.538	1.538	#DEL/0!
C09BA04	Noliprel Forte tbl 30 x 4 mg/1,25 mg	120	4	30	0	870	870	#DEL/0!
C09BA04	Noliprel tbl 30 x 2 mg/0,625 mg	30	4	8	0	668	668	#DEL/0!
C09BA05	C09BA05 Ramipril in diuretiki - din.				65.268	1.316.700	1.251.432	1917,4%
C09BA05	Tritazide tbl 28 x 2,5 mg/12,5 mg	70	3	28	2.604	376.684	374.080	14365,6%
C09BA05	Tritazide tbl 28 x 5 mg/25 mg	140	3	56	62.664	940.016	877.352	1400,1%
C09BB10	C09BB10 Trandolapril in zaviralci kalcijevih kanalčkov - din.				790.272	872.060	81.788	10,3%
C09BB10	Tarka kaps 28 x 2 mg	56	2	28	790.272	872.060	81.788	10,3%
C09CA01	C09CA01 Losartan - din.				4.214.028	4.118.716	-95.312	-2,3%
C09CA01	Cozaar tbl 28 x 50 mg	1.400	50	28	3.451.084	1.521.044	-1.930.040	-55,9%
C09CA01	Lorista film tbl 28 x 50 mg	1.400	50	28	762.944	2.383.976	1.621.032	212,5%
C09CA01	Lorista film tbl 84 x 50 mg	4.200	50	84	0	213.696	213.696	0,0%
C09CA03	C09CA03 Valsartan - din.				1.070.104	1.184.568	114.464	10,7%
C09CA03	Diovan kaps 28 x 160 mg	4.480	80	56	555.296	81.480	-473.816	-85,3%
C09CA03	Diovan kaps 28 x 80 mg	2.240	80	28	514.808	174.188	-340.620	-66,2%
C09CA03	Diovan film tbl 28 x 160 mg	4.480	80	56	0	573.552	573.552	#DEL/0!
C09CA03	Diovan film tbl 28 x 80 mg	2.240	80	28	0	355.348	355.348	#DEL/0!
C09CA04	C09CA04 Irbesartan - din.				1.683.640	1.702.708	19.068	1,1%
C09CA04	Aprovel tbl 28 x 150 mg	4.200	150	28	791.056	748.860	-42.196	-5,3%
C09CA04	Aprovel tbl 28 x 300 mg	8.400	150	56	892.584	953.848	61.264	6,9%
C09CA06	C09CA06 kandesartan - din.				0	1.450	1.450	#DEL/0!
C09CA06	Atacand tbl 100 x 16 mg	1.600	8	200	0	1.400	1.400	#DEL/0!
C09CA06	Atacand tbl 100 x 4 mg	400	8	50	0	50	50	#DEL/0!
C09CA07	C09CA07 telmisartan - din.				1.544.144	1.743.896	199.752	12,9%
C09CA07	Micardis tbl 28 x 40 mg	1.120	40	28	470.904	442.596	-28.308	-6,0%
C09CA07	Micardis tbl 28 x 80 mg	2.240	40	56	546.616	692.888	146.272	26,8%
C09CA07	Pritor tbl 28 x 40 mg	1.120	40	28	249.648	238.700	-10.948	-4,4%
C09CA07	Pritor tbl 28 x 80 mg	2.240	40	56	276.976	369.712	92.736	33,5%
C09DA01	C09DA01 Losartan in diuretiki - din.				2.690.660	2.983.512	292.852	10,9%
C09DA01	Fortizaar tbl 28 x 100 mg/25 mg	2.800	50	56	0	205.240	205.240	#DEL/0!
C09DA01	Hyzaar tbl 28 x (50/12,5 mg)	1.400	50	28	2.690.660	1.277.976	-1.412.684	-52,5%
C09DA01	Lorista H film tbl 28 x (50/12,5 mg)	1.400	50	28	0	1.500.296	1.500.296	#DEL/0!

doplačilo 391 SIT

2,8%  
ali povečanje za  
239.422  
DDD-2,26%  
ali znižanje za  
-95.312ZOPET LEP  
PRIMER, KO  
DOPLAČILO  
VPLIVA NA  
PORABO

doplačil ni

12,94%  
ali povečanje za  
199.752

doplačilo 371 SIT

39,0%  
ali povečanje za  
1.063.66410,9%  
ali povečanje za  
292.852VELIK UPAD  
PORABE  
ZDRAVILA Z  
DOPLAČILOM.

<b>C09DA03</b>	<b>C09DA03 Valsartan in diuretiki - din.</b>				0	198.156	198.156	#DEL/0!	
C09DA03	Co-diovan tbl 28 x (160/12,5 mg)	4.480	80	56	0	108.304	108.304	#DEL/0!	
C09DA03	Co-diovan tbl 28 x (160/25 mg)	4.480	80	56	0	50.400	50.400	#DEL/0!	
C09DA03	Co-diovan tbl 28 x (80/12,5 mg)	2.240	80	28	0	39.452	39.452	#DEL/0!	
<b>C09DA04</b>	<b>C09DA04 Irbesartan in diuretiki - din.</b>				36.904	412.104	375.200	1016,7%	
C09DA04	Coaprovel tbl 28 x 150/12,5 mg	4.200	150	28	15.344	137.480	122.136	796,0%	
C09DA04	Coaprovel tbl 28 x 300/12,5 mg	8.400	150	56	21.560	274.624	253.064	1173,8%	
<b>C09DA07</b>	<b>C09DA07 Telmisartan in diuretiki - din.</b>				0	197.456	197.456	#DEL/0!	
C09DA07	MicardisPlus tbl 28 x (80/12,5 mg)	2.240	40	56	0	183.120	183.120	#DEL/0!	
C09DA07	Pritorplus tbl 28 x 80 mg/12,5 mg	2.240	40	56	0	14.336	14.336	#DEL/0!	
<b>C10AA01</b>	<b>C10AA01 Simvastatin - din.</b>				16.242.984	15.689.229	-553.755	-3,4%	
C10AA01	Sinvacor film tbl 20 x 10 mg	200	15	13	1.191.067	413.640	-777.427	-65,3%	doplačilo 299 SIT, naraslo na 431 SIT
C10AA01	Sinvacor film tbl 20 x 20 mg	400	15	27	5.701.573	1.324.773	-4.376.800	-76,8%	doplačilo 199 SIT, naraslo na 400 SIT
C10AA01	Sinvacor film tbl 28 x 40 mg	1.120	15	75	3.849.515	954.613	-2.894.901	-75,2%	doplačilo 249 SIT, naraslo na 694 SIT
C10AA01	Sinvacor film tbl 98 x 20 mg	1.960	15	131	179.013	1.013.973	834.960	466,4%	doplačilo 989 SIT, naraslo na 1947 SIT
C10AA01	Sinvacor Forte film tbl 98 x 40 mg	3.920	15	261	182.933	769.104	586.171	320,4%	doplačilo 990 SIT, naraslo na 2431 SIT
C10AA01	Vaslip film tbl 20 x 10 mg	200	15	13	267	155.547	155.280	58230,0%	
C10AA01	Vaslip film tbl 20 x 20 mg	400	15	27	0	497.733	497.733		
C10AA01	Vaslip film tbl 28 x 10 mg	280	15	19	929.656	686.747	-242.909	-26,1%	
C10AA01	Vaslip film tbl 28 x 20 mg	560	15	37	3.333.792	2.686.955	-646.837	-19,4%	
C10AA01	Vaslip film tbl 28 x 40 mg	1.120	15	75	875.168	1.581.216	706.048	80,7%	
C10AA01	Vaslip film tbl 84 x 10 mg	840	15	56	0	735.280	735.280		
C10AA01	Vaslip film tbl 84 x 20 mg	1.680	15	112	0	3.222.576	3.222.576		
C10AA01	Vaslip film tbl 84 x 40 mg	3.360	15	224	0	1.647.072	1.647.072		
<b>C10AA02</b>	<b>C10AA02 Lovastatin - din.</b>				648.000	489.307	-158.693	-24,5%	
C10AA02	Artein tbl 20 mg 20 x 20 mg	400	30	13	525.107	402.760	-122.347	-23,3%	
C10AA02	Holetar tbl 20 x 20 mg	400	30	13	122.893	86.547	-36.347	-29,6%	
<b>C10AA04</b>	<b>C10AA04 Fluvastatin - din.</b>				710.010	811.300	101.290	14,3%	
C10AA04	Lescol kaps 28 x 20 mg	560	40	14	308.266	249.732	-58.534	-19,0%	
C10AA04	Lescol kaps 28 x 40 mg	1.120	40	28	401.744	540.680	138.936	34,6%	
C10AA04	Lescol XL film obl tbl 28 x 80 mg	2.240	40	56	0	20.888	20.888		
<b>C10AA05</b>	<b>C10AA05 Atorvastatin - din.</b>				6.268.740	9.132.510	2.863.770	45,7%	
C10AA05	Atoris film tbl 30 x 10 mg	300	10	30	662.160	1.204.800	542.640	81,9%	ni doplačila
C10AA05	Atoris film tbl 30 x 20 mg	600	10	60	854.580	2.117.100	1.262.520	147,7%	ni doplačila
C10AA05	Atoris film tbl 90 x 10 mg	900	10	90	0	297.990	297.990		
C10AA05	Atoris film tbl 90 x 20 mg	1.800	10	180	0	638.640	638.640		
C10AA05	Sortis film tbl 30 x 10 mg	300	10	30	1.226.730	455.580	-771.150	-62,9%	doplačilo 236 SIT
C10AA05	Sortis film tbl 30 x 20 mg	600	10	60	2.232.720	328.680	-1.904.040	-85,3%	doplačilo 1429 SIT
C10AA05	Sortis film tbl 30 x 40 mg	1.200	10	120	0	547.320	547.320		
C10AA05	Tulip film tbl 30 x 10 mg	300	10	30	641.970	1.441.290	799.320	124,5%	ni doplačila
C10AA05	Tulip film tbl 30 x 20 mg	600	10	60	650.580	2.020.020	1.369.440	210,5%	ni doplačila
C10AA05	Tulip film tbl 90 x 10 mg	900	10	90	0	29.610	29.610		
C10AA05	Tulip film tbl 90 x 20 mg	1.800	10	180	0	51.480	51.480		
<b>C10AA07</b>	<b>C10AA07 Rosuvastatin - din.</b>				0	2.576	2.576		
C10AA07	Crestor film obl tbl 28 x 10 mg	280	10	28	0	1.064	1.064		
C10AA07	Crestor film obl tbl 28 x 20 mg	560	10	56	0	728	728		
C10AA07	Crestor film obl tbl 28 x 40 mg	1.120	10	112	0	784	784		
C10AB04	C10AB04 Gemfibrozil - din.				189.083	189.844	761	0,4%	
C10AB04	Elmogon tbl 30 x 450 mg	13.500	1.200	11	90.203	85.309	-4.894	-5,4%	
C10AB04	Elmogon tbl 30 x 600 mg	18.000	1.200	15	98.880	104.535	5.655	5,7%	
C10AB05	C10AB05 Fenofibrat - din.				539.138	577.163	38.025	7,1%	
C10AB05	Katalip kaps 30 x 250 mg	7.500	200	38	539.138	577.163	38.025	7,1%	
					0	0	0	#DEL/0!	
<b>SKUPAJ C - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA</b>					176.028.384	185.293.896	9.265.511	5,3%	prečišen porast porabe cele skupine C: kar za 5,3%

9,4%  
ali povečanje za  
2.255.188

-3,4%  
ali znižanje za  
-553.755

NAJBOLJ  
AKTUALNA  
STATINA  
(SIMVASTATIN IN  
ATORVASTATIN)  
STA V SISTEMU  
MZZ Z NPV. V  
OBEH PRIMERIH  
SE LEPO VIDI, DA  
DOPLAČILA  
POVEČUJEJO  
PORABO  
CENEJŠIH  
ZDRAVIL OZ.  
ZDRAVIL BREZ  
PANIČU

45,7%  
ali povečanje za  
2.863.770

VIDNO  
POVEČANJE  
ZDRAVILA, KI  
NIMA DOPLAČILA  
V NASPROTJU S  
TISTIM, KI GA IMA

PRILOGA B - ANALIZA UČINKOV ZNIŽEVANJA CEN ZDRAVIL

		KOLIČINA ZDRAVIL nov.02-maj.03	KOLIČINA ZDRAVIL nov.03 maj.04	CENE NA DAN 1.07.2003	CENE NA DAN 1.7.2004	VREDNOST PORABE ZDRAVIL PO CENAH 1.11.2003	VREDNOST PORABE ZDRAVIL PO CENAH 1.7.2004	ODSTOTEK POVEČANJA (ZMANJŠANJA) VREDNOSTI PORABE ZDRAVIL
<b>A - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE PREBAVIL IN PRESNOVE :</b>								
<b>A02BC01</b>	<b>A02BC01 Omeprazol - din.</b>	<b>6.278.566</b>	<b>7.050.594</b>			<b>2.085.708.714</b>	<b>1.562.494.480</b>	<b>-25,1%</b>
A02BC01	Ortanol kaps 14 x 20 mg	955.514	762.664	296,44	211,19	226.084.503	161.065.104	-28,8%
A02BC01	Ortanol kaps 28 x 20 mg	499.772	676.788	288,53	211,23	195.273.170	142.955.391	-26,8%
A02BC01	Ortanol kaps 30 x 40 mg	0	79.020	302,29	222,43	23.886.938	17.576.024	-26,4%
A02BC01	Ortanol S kaps 30 x 10 mg	0	57.240	349,64	332,08	20.013.237	19.008.393	-5,0%
A02BC01	Ulitop kaps 14 x 20 mg	4.313.610	4.378.374	296,40	211,19	1.297.771.248	924.657.859	-28,8%
A02BC01	Ulitop kaps 14 x 40 mg	0	5.936	222,27	222,43	1.319.395	1.320.315	0,1%
A02BC01	Ulitop kaps 28 x 20 mg	0	15.512	363,74	211,23	5.642.352	3.276.542	-41,9%
A02BC01	Ulitop S kaps 28 x 10 mg	409.682	542.458	363,74	332,09	197.314.284	180.143.521	-8,7%
A02BC01	Uzilol kaps 14 x 20 mg v pret. omotu	99.988	532.602	222,31	211,21	118.403.588	112.491.332	-5,0%
<b>A04AA01</b>	<b>A04AA01 Ondansetron - din.</b>	<b>8.115</b>	<b>4.175</b>			<b>19.010.108</b>	<b>18.973.043</b>	<b>-0,2%</b>
A04AA01	Onilat tbl 10 x 4 mg	868	968	4.863,84	4.863,84	4.705.763	4.705.763	0,0%
A04AA01	Onilat tbl 10 x 8 mg	1.055	230	4.139,12	4.139,12	951.998	951.998	0,0%
A04AA01	Zofran tbl 10 x 4 mg	3.028	1.368	4.890,78	4.863,84	6.688.148	6.651.298	-0,6%
A04AA01	Zofran tbl 10 x 8 mg	3.165	1.610	4.139,25	4.139,12	6.664.199	6.663.983	0,0%
<b>A05AA02</b>	<b>A05AA02 Ursodeoksiholna kislina - din.</b>	<b>36.950</b>	<b>50.867</b>			<b>14.404.412</b>	<b>14.099.254</b>	<b>-2,1%</b>
A05AA02	Ursolfalk kaps 100 x 250 mg	67	24.633	268,85	274,25	6.622.781	6.755.749	2,0%
A05AA02	Ursolfalk kaps 50 x 250 mg	0	3.800	283,02	274,24	1.075.479	1.042.119	-3,1%
A05AA02	Ursosan kaps 50 x 250 mg	36.883	22.433	298,94	280,89	6.706.152	6.301.389	-6,0%
<b>A07EC02</b>	<b>A07EC02 Mesalazin - din.</b>	<b>1.190.718</b>	<b>1.279.339</b>			<b>608.725.137</b>	<b>606.688.842</b>	<b>-0,3%</b>
A07EC02	Pentasa tbl 100 x 500 mg	43.200	43.700	458,70	458,70	20.045.190	20.045.190	0,0%
A07EC02	Salofalk klizme 7 x 60 g	598.920	656.880	562,00	562,00	369.166.560	369.166.560	0,0%
A07EC02	Salofalk mikrokлизme 7x 4 g	35.075	25.163	562,00	562,00	14.141.419	14.141.419	0,0%
A07EC02	Salofalk svečke 30 x 250 mg	1.355	1.310	1.096,10	1.118,11	1.435.888	1.464.718	2,0%
A07EC02	Salofalk svečke 30 x 250 mg	8.165	8.170	1.096,10	1.118,11	8.956.120	9.134.920	2,0%
A07EC02	Salofalk svečke 30 x 500 mg	5.070	6.490	1.118,50	755,29	7.259.084	4.901.850	-32,5%
A07EC02	Salofalk tbl 100 x 250 mg	156.800	113.100	391,78	391,78	44.310.016	44.310.016	0,0%
A07EC02	Salofalk tbl 100 x 500 mg	342.133	396.167	339,36	339,36	134.443.861	134.443.861	0,0%
A07EC02	Samežli tbl 50 x 400 mg	0	4.547	316,26	317,04	1.437.928	1.441.462	0,2%
A07EC02	Samežli tbl 50 x 800 mg	0	23.813	316,21	320,78	7.530.071	7.638.847	1,4%
<b>A10BA02</b>	<b>A10BA02 Metformin - din.</b>	<b>2.516.336</b>	<b>3.190.910</b>			<b>193.630.025</b>	<b>171.136.731</b>	<b>-11,6%</b>
A10BA02	Aglurab tbl 100 x 500 mg	590.275	619.425	73,63	75,11	45.609.689	46.523.260	2,0%
A10BA02	Aglurab tbl 100 x 850 mg	0	235.535	48,45	48,45	11.412.807	11.412.807	0,0%
A10BA02	Aglurab tbl 36 x 850 mg	987.202	1.138.075	58,31	48,50	66.364.018	55.200.947	-16,8%
A10BA02	Aglurab tbl 60 x 500 mg	735	255	76,83	76,83	19.591	19.591	0,0%
A10BA02	Glucophage tbl 100 x 850 mg	936.530	1.124.423	59,23	48,50	66.601.665	54.539.236	-18,1%
A10BA02	Gluformin tbl 30 x 850 mg	1.594	73.198	49,49	47,01	3.622.254	3.440.890	-5,0%
<b>SKUPAJ A - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE PREBAVIL IN PRESNOVE</b>			<b>11.575.885</b>			<b>2.921.478.395</b>	<b>2.373.392.350</b>	<b>-18,8%</b>
<b>C - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA :</b>								
<b>C07AG02</b>	<b>C07AG02 Karvedilol - din.</b>	<b>1.187.144</b>	<b>1.707.244</b>			<b>224.291.489</b>	<b>225.627.782</b>	<b>0,6%</b>
C07AG02	Coryol tbl 28 x 12,5 mg	269.845	465.519	112,82	112,82	52.520.373	52.520.373	0,0%
C07AG02	Coryol tbl 28 x 25 mg	210.168	425.021	91,70	91,70	38.976.174	38.976.174	0,0%
C07AG02	Coryol tbl 28 x 6,25 mg	76.137	217.611	223,85	223,85	48.712.016	48.712.016	0,0%
C07AG02	Dilatrend tbl 28 x 12,5 mg	204.241	194.516	130,71	130,71	25.425.073	25.425.073	0,0%
C07AG02	Dilatrend tbl 28 x 25 mg	284.891	254.277	99,30	99,30	25.250.549	25.250.549	0,0%
C07AG02	Dilatrend tbl 28 x 6,25 mg	141.862	150.299	222,27	231,16	33.407.305	34.743.597	4,0%
<b>C08CA01</b>	<b>C08CA01 Amlodipin - din.</b>	<b>9.699.300</b>	<b>10.164.640</b>			<b>788.673.264</b>	<b>711.192.183</b>	<b>-9,8%</b>
C08CA01	Amlopin tbl 20 x 10 mg	840	0	87,88	87,88	0	0	0,0%
C08CA01	Amlopin tbl 20 x 5 mg	5.040	2.740	104,84	104,84	287.265	287.265	0,0%
C08CA01	Amlopin tbl 30 x 10 mg	5.748.900	5.830.260	65,99	59,39	384.726.905	346.233.877	-10,0%
C08CA01	Amlopin tbl 30 x 5 mg	3.786.960	3.742.140	95,55	86,00	357.573.286	321.840.256	-10,0%
C08CA01	Norvasc tbl 30 x 10 mg	77.880	199.140	60,00	59,38	13.143.070	11.825.601	-10,0%
C08CA01	Norvasc tbl 30 x 5 mg	79.680	202.530	95,57	86,00	19.355.116	17.417.562	-10,0%
C08CA01	Tenox tbl 30 x 10 mg	0	96.420	59,39	59,39	5.725.966	5.725.966	0,0%
C08CA01	Tenox tbl 30 x 5 mg	0	91.410	86,00	86,00	7.861.656	7.861.656	0,0%
<b>C09AA02</b>	<b>C09AA02 Enalapril - din.</b>	<b>32.890.138</b>	<b>33.822.223</b>			<b>2.341.777.446</b>	<b>1.496.297.634</b>	<b>-36,1%</b>
C09AA02	Enap tbl 20 x 10 mg	3.328.160	1.754.780	87,75	53,11	153.986.241	93.197.682	-39,5%
C09AA02	Enap tbl 20 x 2,5 mg	263.085	143.540	100,83	100,91	14.472.480	14.483.904	0,1%
C09AA02	Enap tbl 20 x 20 mg	4.178.560	3.260.040	56,92	34,48	185.545.503	112.392.732	-39,4%
C09AA02	Enap tbl 20 x 5 mg	1.462.990	754.570	87,85	53,27	66.289.973	40.198.585	-39,4%
C09AA02	Enap tbl 90 x 10 mg	2.435.490	4.202.820	81,12	53,13	340.931.861	223.290.923	-34,5%
C09AA02	Enap tbl 90 x 2,5 mg	201.263	299.363	96,64	100,91	28.929.906	30.208.670	4,4%
C09AA02	Enap tbl 90 x 20 mg	3.400.740	4.996.980	56,25	34,47	281.057.203	172.230.077	-38,7%
C09AA02	Enap tbl 90 x 5 mg	1.043.730	1.662.345	81,71	53,24	135.831.079	88.498.815	-34,8%
C09AA02	Enazil tbl 20 x 10 mg	98.300	332.440	65,79	53,13	21.872.768	17.661.587	-19,3%
C09AA02	Enazil tbl 20 x 20 mg	123.160	419.400	42,68	34,47	17.899.882	14.454.647	-19,2%
C09AA02	Enazil tbl 20 x 5 mg	41.950	125.580	65,91	53,23	8.277.245	6.684.647	-19,2%
C09AA02	Olivin tbl 20 x 10 mg	2.323.740	1.253.320	87,74	53,11	109.968.566	66.564.765	-39,5%
C09AA02	Olivin tbl 20 x 20 mg	3.099.080	1.985.560	56,91	34,48	113.000.505	68.453.918	-39,4%
C09AA02	Olivin tbl 20 x 5 mg	714.400	396.460	87,84	53,27	35.002.155	21.227.359	-39,4%
C09AA02	Olivin tbl 90 x 10 mg	3.819.690	4.449.150	81,12	53,13	360.933.545	236.378.149	-34,5%
C09AA02	Olivin tbl 90 x 20 mg	5.276.880	6.607.260	56,24	34,47	371.621.971	227.731.329	-38,7%
C09AA02	Olivin tbl 90 x 5 mg	1.078.920	1.176.615	81,72	53,24	96.156.563	62.639.845	-34,9%
<b>C09CA01</b>	<b>C09CA01 Losartan - din.</b>	<b>4.214.028</b>	<b>4.118.716</b>			<b>632.516.926</b>	<b>613.224.690</b>	<b>-3,1%</b>
C09CA01	Cozaar tbl 28 x 50 mg	3.451.084	1.521.044	162,54	162,54	247.223.467	247.223.467	0,0%
C09CA01	Lorista film tbl 28 x 50 mg	762.944	2.383.976	148,57	141,13	354.178.708	336.444.573	-5,0%
C09CA01	Lorista film tbl 84 x 50 mg	0	213.696	146,60	138,31	31.114.750	29.556.650	-5,0%
<b>C09CA07</b>	<b>C09CA07 telmisartan - din.</b>	<b>1.544.144</b>	<b>1.743.896</b>			<b>199.309.950</b>	<b>195.193.096</b>	<b>-2,1%</b>
C09CA07	Micardis tbl 28 x 40 mg	470.904	442.596	151,64	146,99	67.116.193	65.057.831	-3,1%
C09CA07	Micardis tbl 28 x 80 mg	546.616	692.888	92,42	89,45	64.036.583	61.978.091	-3,2%
C09CA07	Prilor tbl 28 x 40 mg	249.648	238.700	146,98	146,98	35.084.936	35.084.936	0,0%
C09CA07	Prilor tbl 28 x 80 mg	278.976	369.712	89,45	89,45	33.072.238	33.072.238	0,0%
<b>C09DA01</b>	<b>C09DA01 Losartan in diuretiki - din.</b>	<b>2.690.660</b>	<b>2.983.512</b>			<b>463.082.308</b>	<b>462.507.273</b>	<b>-0,1%</b>
C09DA01	Fortzaar tbl 28 x 100 mg/25 mg	0	205.240	162,54	159,73	33.358.762	32.783.727	-1,7%
C09DA01	Hyzaar tbl 28 x (50/12,5 mg)	2.690.660	1.277.976	161,84	161,84	206.824.553	206.824.553	0,0%
C09DA01	Lorista H film tbl 28 x (50/12,5 mg)	0	1.500.296	148,57	148,57	222.898.993	222.898.993	0,0%

<b>C10AA01</b>	<b>C10AA01 Simvastatin - din.</b>	<b>16.242.984</b>	<b>15.689.229</b>			<b>2.422.116.028</b>	<b>2.243.594.528</b>	<b>-7,4%</b>
C10AA01	Sinvacor film tbl 20 x 10 mg	1.191.067	413.640	280,51	220,58	116.029.358	91.238.674	-21,4%
C10AA01	Sinvacor film tbl 20 x 20 mg	5.701.573	1.324.773	174,67	157,61	231.398.178	208.800.690	-9,8%
C10AA01	Sinvacor film tbl 28 x 40 mg	3.849.515	954.613	157,61	157,61	150.453.839	150.453.839	0,0%
C10AA01	Sinvacor film tbl 98 x 20 mg	179.013	1.013.973	179,24	154,05	181.747.648	156.201.009	-14,1%
C10AA01	Sinvacor Forte film tbl 98 x 40 mg	182.933	769.104	137,99	113,99	106.128.727	87.669.028	-17,4%
C10AA01	Vasilip film tbl 20 x 10 mg	267	155.547	219,69	188,22	34.172.816	29.277.052	-14,3%
C10AA01	Vasilip film tbl 20 x 20 mg	0	497.733	154,53	142,61	76.916.063	70.981.596	-7,7%
C10AA01	Vasilip film tbl 28 x 10 mg	929.656	686.747	198,15	188,27	136.076.177	129.291.649	-5,0%
C10AA01	Vasilip film tbl 28 x 20 mg	3.333.792	2.686.955	150,14	142,61	403.411.506	383.185.765	-5,0%
C10AA01	Vasilip film tbl 28 x 40 mg	875.168	1.581.216	119,30	113,34	188.642.088	179.220.951	-5,0%
C10AA01	Vasilip film tbl 94 x 10 mg	0	735.280	195,30	185,54	143.603.312	136.420.175	-5,0%
C10AA01	Vasilip film tbl 94 x 20 mg	0	3.222.576	146,48	139,15	472.030.098	448.425.479	-5,0%
C10AA01	Vasilip film tbl 94 x 40 mg	0	1.647.072	110,20	104,69	181.506.218	172.428.622	-5,0%
<b>C10AA05</b>	<b>C10AA05 Atorvastatin - din.</b>	<b>6.268.740</b>	<b>9.132.510</b>			<b>1.122.301.075</b>	<b>1.122.297.587</b>	<b>0,0%</b>
C10AA05	Atoris film tbl 30 x 10 mg	662.160	1.204.800	147,36	147,36	177.535.082	177.535.082	0,0%
C10AA05	Atoris film tbl 30 x 20 mg	854.580	2.117.100	107,91	107,91	228.459.221	228.459.221	0,0%
C10AA05	Atoris film tbl 90 x 10 mg	0	297.990	139,75	139,75	41.643.507	41.643.507	0,0%
C10AA05	Atoris film tbl 90 x 20 mg	0	638.640	104,11	104,11	66.489.946	66.489.946	0,0%
C10AA05	Sortis film tbl 30 x 10 mg	1.226.730	455.580	155,22	155,22	70.717.226	70.717.226	0,0%
C10AA05	Sortis film tbl 30 x 20 mg	2.232.720	328.680	131,73	131,73	43.295.869	43.295.869	0,0%
C10AA05	Sortis film tbl 30 x 40 mg	0	547.320	116,64	116,63	63.838.030	63.834.542	0,0%
C10AA05	Tulip film tbl 30 x 10 mg	641.970	1.441.290	147,33	147,33	212.349.959	212.349.959	0,0%
C10AA05	Tulip film tbl 30 x 20 mg	650.580	2.020.020	107,91	107,91	217.972.235	217.972.235	0,0%
C10AA05	Tulip film tbl 90 x 10 mg	0	29.610	0,00	139,75	0	4.137.938	-2,4%
C10AA05	Tulip film tbl 90 x 20 mg	0	51.480	0,00	104,11	0	5.359.674	
<b>SKUPAJ C - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA</b>			<b>79.361.970</b>			<b>8.194.068.485</b>	<b>7.069.934.772</b>	<b>-13,7%</b>

**D - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI KOŽE IN PODKOŽNEGA TKIVA :**

<b>D01BA02</b>	<b>D01BA02 Terbinafin - din.</b>		<b>297.395</b>			<b>162.161.806</b>	<b>141.561.526</b>	<b>-12,7%</b>
D01BA02	Atifan tbl 14 x 125 mg	959	478,25	478,25		458.638	458.638	0,0%
D01BA02	Atifan tbl 14 x 250 mg	29.218	478,13	478,13		13.969.953	13.969.953	0,0%
D01BA02	Lamisil tbl 14 x 125 mg	6.426	531,56	473,09		3.415.817	3.040.076	-11,0%
D01BA02	Lamisil tbl 14 x 250 mg	260.792	553,38	475,91		144.317.398	124.112.858	-14,0%
<b>D05AX02</b>	<b>D05AX02 Kalcipotriol - din.</b>		<b>38.183</b>			<b>3.377.305</b>	<b>3.190.105</b>	<b>#SKLICI</b>
D05AX02	Daivonex krema 30 g (50 mcg/g)	3.554	91,59	88,20		325.447	313.430	-3,7%
D05AX02	Daivonex mazilo 30 g (50 mcg/g)	17.202	90,51	82,67		1.556.945	1.422.046	-8,7%
D05AX02	Sorel mazilo 0,005% 100 g	7.145	82,67	82,67		590.650	590.650	0,0%
D05AX02	Sorel mazilo 0,005% 30 g	7.895	87,12	82,68		687.800	652.694	-5,1%
D05AX02	Sorel razl 0,005% 60 ml	2.388	90,65	88,48		216.461	211.285	-2,4%
<b>D07AC01</b>	<b>D07AC01 Betametazon - din.</b>		<b>1.255.180</b>			<b>31.070.754</b>	<b>30.873.181</b>	<b>-0,6%</b>
D07AC01	Beloderm krema 100 g	40.550	22,95	22,95		930.745	930.745	0,0%
D07AC01	Beloderm krema 15 g	43.575	22,55	22,55		982.457	982.457	0,0%
D07AC01	Beloderm krema 30 g	31.335	22,96	22,96		719.440	719.440	0,0%
D07AC01	Beloderm mazilo 15 g	25.185	24,20	24,20		609.445	609.445	0,0%
D07AC01	Beloderm mazilo 30 g	27.195	23,93	23,93		650.720	650.720	0,0%
D07AC01	Diprosone krema 15 g	55.853	25,49	26,51		1.423.505	1.480.835	4,0%
D07AC01	Diprosone krema 500 g	98.000	26,50	27,56		2.543.609	2.646.054	4,0%
D07AC01	Diprosone mazilo 15 g	81.878	25,49	26,51		2.086.801	2.170.844	4,0%
D07AC01	Diprosone mazilo 500 g	162.000	26,50	27,56		4.292.340	4.465.217	4,0%
D07AC01	Kuterid krema 0,05% 1 kg	176.500	26,59	23,10		4.693.135	4.077.150	-13,1%
D07AC01	Kuterid krema 0,05% 20 g	260.310	22,95	22,95		5.973.529	5.974.115	0,0%
D07AC01	Kuterid mazilo 0,05% 1 kg (0,5 mg/g)	3.500	24,20	24,20		84.700	84.700	0,0%
D07AC01	Kuterid mazilo 0,05% 20 g (0,5 mg/g)	251.300	24,20	24,20		6.080.329	6.081.460	0,0%
<b>D07XC01</b>	<b>D07XC01 Betametazon - din.</b>		<b>1.617.915</b>			<b>70.078.305</b>	<b>69.209.375</b>	<b>-1,2%</b>
D07XC01	Belosalic losion 100 ml	240.700	43,21	43,21		10.400.135	10.400.135	0,0%
D07XC01	Belosalic losion 50 ml	332.125	41,33	41,33		13.725.403	13.725.403	0,0%
D07XC01	Belosalic mazilo 30 g	282.825	35,11	28,46		9.929.743	8.050.048	-18,9%
D07XC01	Daivobet mazilo 30 g	52.770	185,14	193,55		9.769.801	10.213.451	4,5%
D07XC01	Diprosalic derm razl 100 ml	124.050	44,93	46,74		5.573.061	5.797.526	4,0%
D07XC01	Diprosalic derm razl 30 ml	100.245	45,17	46,99		4.527.753	4.710.117	4,0%
D07XC01	Diprosalic mazilo 15 g	68.760	36,62	38,10		2.518.102	2.619.518	4,0%
D07XC01	Diprosalic mazilo 50 g	40.975	35,65	37,09		1.460.854	1.519.697	4,0%
D07XC01	Kuterid S mazilo 30 g	259.395	28,45	28,45		7.379.490	7.379.788	0,0%
D07XC01	Kuterid S razl 30 ml	116.070	41,30	41,30		4.793.962	4.793.691	0,0%
<b>D10AF01</b>	<b>D10AF01 Klindamicin - din.</b>		<b>14.980.200</b>			<b>605.050.180</b>	<b>614.479.729</b>	<b>1,6%</b>
D10AF01	Dalacin T gel 30 g (10 mg/1 g)	920.100	43,64	51,41		40.153.344	47.303.722	17,8%
D10AF01	Dalacin T losion 30 ml	312.000	66,09	73,40		20.620.278	22.899.449	11,1%
D10AF01	Dalacin T razl 30 ml	996.300	39,60	39,60		39.448.969	39.448.969	0,0%
D10AF01	Klimicin T gel 1% 30 g	5.208.000	39,82	39,82		207.402.292	207.402.292	0,0%
D10AF01	Klimicin T razl 1% 30 ml	7.543.800	39,43	39,43		297.425.297	297.425.297	0,0%
<b>SKUPAJ D - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI KOŽE IN PODKOŽNEGA TKIVA</b>			<b>18.188.873</b>			<b>871.738.350</b>	<b>859.333.915</b>	<b>-1,4%</b>

**G - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE SEČIL IN SPOLOVIL TER SPOLNI HORMONI :**

<b>G01AA10</b>	<b>G01AA10 Klindamicin - din.</b>		<b>8.380.051</b>			<b>2.441.364.100</b>	<b>2.308.558.474</b>	<b>-5,4%</b>
G01AA10	Dalacin vag krema 40 g (1g/20 mg)	2.776.000	275,53	275,53		764.860.419	764.860.419	0,0%
G01AA10	Dalacin vag globule 3 x	51	1.014,48	1.014,48		51.738	51.738	0,0%
G01AA10	Klimicin V vag krema 2% 40 g	5.604.000	299,15	275,45		1.676.451.943	1.543.646.318	-7,9%
<b>G03AA10</b>	<b>G03AA10 Gestoden in estrogen - din.</b>		<b>7.611.303</b>			<b>294.416.451</b>	<b>294.416.451</b>	<b>0,0%</b>
G03AA10	Femoden draž 21 x	1.943.655	39,09	39,09		75.985.277	75.985.277	0,0%
G03AA10	Harmonet tbl 21 x	246.960	34,14	34,14		8.430.960	8.430.960	0,0%
G03AA10	Logest tbl 21 x 0,075 mg	3.634.638	40,61	40,61		147.606.796	147.606.796	0,0%
G03AA10	Minulet tbl 21 x	1.032.129	34,93	34,93		36.056.133	36.056.133	0,0%
G03AA10	Minulet tbl 21 x	753.921	34,93	34,93		26.337.285	26.337.285	0,0%
<b>SKUPAJ G - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE SEČIL IN SPOLOVIL TER SPOLNI HORMONI</b>			<b>15.991.354</b>			<b>2.735.780.551</b>	<b>2.602.974.925</b>	<b>-4,9%</b>

**J - PRIPRAVKI ZA SISTEMSKO ZDRAVLJENJE INFEKCIJ :**

<b>J01DA06</b>	<b>J01DA06 Cefuroksim - din.</b>	<b>98.358</b>	<b>107.505</b>			<b>57.199.438</b>	<b>57.012.317</b>	<b>-0,3%</b>
J01DA06	Novocef tbl 10 x 250 mg	1.360	860	623,09	569,84	535.856	490.063	-8,5%
J01DA06	Novocef tbl 10 x 500 mg	7.680	3.860	568,05	531,43	2.192.659	2.051.330	-6,4%
J01DA06	Zinnat film tbl 10 x 125 mg	448	460	682,22	682,22	313.820	313.820	0,0%
J01DA06	Zinnat film tbl 10 x 250 mg	11.490	14.155	569,83	569,83	8.065.945	8.065.945	0,0%
J01DA06	Zinnat film tbl 10 x 500 mg	51.200	56.830	531,45	531,45	30.202.066	30.202.066	0,0%



J01DA06	Zinnat susp 100 ml (250 mg/5 ml)	11.460	16.770	442,06	442,06	7.413.276	7.413.276	0,0%
J01DA06	Zinnat susp 50 ml (125 mg/5 ml)	14.720	14.570	581,73	581,73	8.475.816	8.475.816	0,0%
J01FA09	<b>J01FA09 Klaritromicin - din.</b>	<b>739.950</b>	<b>692.379</b>			<b>321.280.982</b>	<b>318.507.683</b>	<b>-0,9%</b>
J01FA09	Fromidil film tbl 14 x 250 mg	126.532	89.229	472,26	472,26	42.139.648	42.139.648	0,0%
J01FA09	Fromidil film tbl 14 x 500 mg	411.362	376.376	463,99	463,99	174.633.201	174.635.641	0,0%
J01FA09	Fromidil zrnca za susp 60 ml (125 mg/5 ml)	14.190	15.528	486,96	503,44	7.592.645	7.817.416	3,0%
J01FA09	Fromidil Uno tbl 7 x 500 mg	0	70.938	437,10	437,10	31.007.000	31.007.000	0,0%
J01FA09	Lekoklar tbl 14 x 250 mg	20.720	12.138	472,29	472,28	5.732.595	5.732.499	0,0%
J01FA09	Lekoklar tbl 14 x 500 mg	50.484	43.036	463,99	463,99	19.968.381	19.968.381	0,0%
J01FA09	Lekoklar XL tbl 7 x 500 mg	116.662	85.134	472,29	437,04	40.207.511	37.207.097	-7,5%
J01MA02	<b>J01MA02 Ciprofloksacin - din.</b>	<b>303.750</b>	<b>299.435</b>			<b>297.523.732</b>	<b>204.618.511</b>	<b>-31,2%</b>
J01MA02	Bactiflox tbl 10 x 250 mg	0	10.380	988,38	680,94	10.259.376	7.068.201	-31,1%
J01MA02	Bactiflox tbl 10 x 500 mg	0	88.685	965,48	671,83	85.623.917	59.581.479	-30,4%
J01MA02	Bactiflox tbl 10 x 750 mg	0	4.080	956,89	779,03	3.904.096	3.178.443	-18,6%
J01MA02	Ciprinol film tbl 10 x 250 mg	8.290	3.130	1.094,98	681,38	3.427.277	2.132.719	-37,8%
J01MA02	Ciprinol film tbl 10 x 500 mg	80.100	32.030	1.093,06	672,05	35.010.630	21.525.729	-38,5%
J01MA02	Ciprobay susp 10 g/100 ml	160	0	1.057,69	1.057,69	0	0	0,0%
J01MA02	Ciprobay film tbl 10 x 250 mg	15.755	6.250	1.095,10	681,47	6.844.375	4.259.160	-37,8%
J01MA02	Ciprobay film tbl 10 x 500 mg	166.500	79.690	1.093,02	672,10	87.103.091	53.559.480	-38,5%
J01MA02	Ciprobay film tbl 10 x 750 mg	22.680	13.523	1.093,69	779,17	14.789.395	10.536.263	-28,8%
J01MA02	Ciprum tbl 10 x 250 mg	985	3.333	821,22	681,38	2.736.708	2.270.700	-17,0%
J01MA02	Ciprum tbl 10 x 500 mg	8.080	46.185	819,72	672,05	37.858.952	31.038.663	-18,0%
J01MA02	Ciprum tbl 10 x 750 mg	1.200	12.150	820,24	779,23	9.965.915	9.467.673	-5,0%
	<b>SKUPAJ J - PRIPRAVKI ZA SISTEMSKO ZDRAVLJENJE INFEKCIJ</b>		<b>1.099.319</b>			<b>676.004.152</b>	<b>580.138.511</b>	<b>-14,2%</b>

<b>M - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI MIŠIČNO SKELETNEGA SISTEMA :</b>								
M01AB05	<b>M01AB05 Diklofenak - din.</b>	<b>10.057.948</b>	<b>10.135.063</b>			<b>525.534.594</b>	<b>533.614.171</b>	<b>1,5%</b>
M01AB05	Naklofen Duo kaps 20 x 75 mg	6.353.220	6.512.670	53,45	64,39	348.105.801	354.254.514	1,8%
M01AB05	Naklofen inj 5 x 75 mg/3 ml	0	0	0,00	0,00	0	0	0,0%
M01AB05	Naklofen rapid film tbl 10 x 50 mg	93.340	49.750	37,55	37,54	1.868.157	1.867.665	0,0%
M01AB05	Naklofen retard tbl 20 x 100 mg	487.820	1.066.820	44,37	44,37	47.337.286	47.337.286	0,0%
M01AB05	Naklofen svečke 10 x 50 mg	174.590	161.125	72,00	72,00	11.601.003	11.601.003	0,0%
M01AB05	Naklofen tbl gastrorez 20 x 50 mg	371.330	294.540	38,83	39,71	11.436.203	11.696.478	2,3%
M01AB05	Ofifen - 100 rectocaps kaps 5 x 100 mg	27.535	22.545	87,87	89,63	1.981.047	2.020.647	2,0%
M01AB05	Ofifen - 25 lactab tbl 30 x 25 mg	12.825	11.378	55,12	56,17	627.087	639.063	1,9%
M01AB05	Ofifen - 50 rectocaps kaps 10 x 50 mg	33.465	29.230	107,36	109,51	3.138.228	3.200.992	2,0%
M01AB05	Ofifen - 50 lactab tbl 20 x 50 mg	124.070	133.230	40,84	41,00	5.440.490	5.463.008	0,4%
M01AB05	Ofifen 100 SR depo kaps 20 x 100 mg	1.234.120	1.369.740	48,26	49,23	66.106.184	67.431.099	2,0%
M01AB05	Voltaren forte tbl 20 x 50 mg	226.240	134.210	48,56	48,56	6.516.814	6.516.814	0,0%
M01AB05	Voltaren rapid draž 10 x 50 mg	131.025	122.505	52,47	53,60	6.428.431	6.566.153	2,1%
M01AB05	Voltaren retard tbl 20 x 100 mg	709.640	164.900	53,45	53,45	8.813.242	8.813.242	0,0%
M01AB05	Voltaren svečke 10 x 12,5 mg	21.140	22.610	103,79	106,02	2.346.754	2.397.051	2,1%
M01AB05	Voltaren svečke 10 x 25 mg	7.363	9.410	105,55	107,81	993.204	1.014.494	2,1%
M01AB05	Voltaren svečke 10 x 50 mg	50.225	30.400	91,93	91,93	2.794.661	2.794.661	0,0%
M05BA04	<b>M05BA04 Alendronska kislina - din.</b>	<b>3.795.008</b>	<b>65.464</b>			<b>15.996.982</b>	<b>16.217.583</b>	<b>1,4%</b>
M05BA04	Fosamax tbl 28 x 10 mg	96.712	31.780	253,99	260,93	8.071.785	8.292.386	2,7%
M05BA04	Lindron tbl 28 x 10 mg	22.512	33.684	235,28	235,28	7.925.197	7.925.197	0,0%
	<b>SKUPAJ M - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI MIŠIČNO SKELETNEGA SISTEMA</b>		<b>10.200.527</b>			<b>541.531.575</b>	<b>549.831.754</b>	<b>1,5%</b>

<b>N - PRIPRAVKI ZA DELOVANJE NA ŽIVČEVJE :</b>								
N02AX02	<b>N02AX02 Tramadol - din.</b>	<b>2.036.407</b>	<b>2.121.303</b>			<b>606.322.957</b>	<b>555.172.949</b>	<b>-8,4%</b>
N02AX02	Tadol kaps 20 x 50 mg	164.517	154.903	247,31	247,05	38.308.960	38.269.566	-0,1%
N02AX02	Tadol kapljice 10 ml (100 mg/ml)	41.550	33.447	244,94	278,31	8.192.316	9.308.603	13,6%
N02AX02	Tadol kapljice 96 ml (100 mg/ml)	25.696	59.776	278,31	244,94	16.636.368	14.641.335	-12,0%
N02AX02	Tadol retard tbl 30 x 150 mg	15.210	30.015	315,23	315,23	9.461.507	9.461.507	0,0%
N02AX02	Tadol retard tbl 30 x 200 mg	7.040	10.440	306,58	306,58	3.200.718	3.200.718	0,0%
N02AX02	Tadol svečke 5 x 100 mg	3.327	3.703	305,96	305,96	1.133.063	1.133.063	0,0%
N02AX02	Tadol retard tbl 30 x 100 mg	187.260	204.500	312,46	258,45	63.898.873	62.852.412	-17,3%
N02AX02	Tramal kaps 20 x 50 mg	292.567	253.160	247,00	247,00	62.529.564	62.529.564	0,0%
N02AX02	Tramal kapljice 10ml (100mg/1ml)	96.423	71.290	278,22	278,22	19.833.990	19.833.990	0,0%
N02AX02	Tramal kapljice 96 ml (100mg/1ml)	255.744	226.304	244,93	244,93	55.428.464	55.428.464	0,0%
N02AX02	Tramal retard film tbl 30 x 100 mg	673.910	305.100	312,44	258,45	95.326.311	78.852.205	-17,3%
N02AX02	Tramal retard film tbl 30 x 150 mg	104.250	117.195	315,21	315,21	36.940.640	36.940.640	0,0%
N02AX02	Tramal retard film tbl 30 x 200 mg	81.940	84.080	306,57	306,57	25.776.395	25.776.395	0,0%
N02AX02	Tramal svečke 5 x 100 mg	8.873	7.405	306,70	305,97	2.271.102	2.265.700	-0,2%
N02AX02	Tramal tbl 10 x 50 mg	2.867	1.952	252,71	252,71	493.212	493.212	0,0%
N02AX02	Tramundin retard film tbl 50 x 100 mg	75.233	558.033	299,07	258,38	166.891.476	144.185.577	-13,6%
N06DA02	<b>N06DA02 donepezil - din.</b>	<b>290.136</b>	<b>258.869</b>			<b>154.687.420</b>	<b>154.687.420</b>	<b>0,0%</b>
N06DA02	Aricept tbl 28 x 10 mg	135.072	23.595	507,16	507,16	11.966.214	11.966.214	0,0%
N06DA02	Aricept tbl 28 x 5 mg	98.485	20.496	846,57	846,57	17.351.236	17.351.236	0,0%
N06DA02	Yasnal film tbl 28 x 10 mg	32.144	134.139	461,21	461,21	61.866.041	61.866.041	0,0%
N06DA02	Yasnal film tbl 28 x 5 mg	24.435	80.640	787,50	787,50	63.503.929	63.503.929	0,0%
	<b>SKUPAJ N - PRIPRAVKI Z DELOVANJE NA ŽIVČEVJE</b>		<b>2.380.173</b>			<b>761.010.377</b>	<b>709.860.369</b>	<b>-6,7%</b>

<b>R - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI DIHAL :</b>								
R06AX13	<b>R06AX13 Loratadin - din.</b>	<b>4.746.352</b>	<b>4.262.690</b>			<b>251.637.972</b>	<b>217.761.711</b>	<b>-13,5%</b>
R06AX13	Claritine sirup 120 ml (1 mg/ml)	349.752	222.396	74,06	77,05	16.471.590	17.134.879	4,0%
R06AX13	Claritine tbl 10 x 10 mg	194.960	172.360	69,45	72,22	11.970.648	12.447.829	4,0%
R06AX13	Claritine tbl 30 x 10 mg	2.621.550	1.132.950	60,05	60,05	68.030.833	68.030.833	0,0%
R06AX13	Flonidan S tbl 10 x 10 mg	137.060	156.560	78,19	81,55	12.240.684	12.767.239	4,3%
R06AX13	Flonidan susp 120 ml (5 mg/5 ml)	76.380	93.084	75,68	75,68	7.044.481	7.044.481	0,0%
R06AX13	Flonidan tbl 20 x 10 mg	1.366.180	1.084.600	56,42	40,20	61.193.132	43.600.107	-28,8%
R06AX13	Flonidan tbl 30 x 10 mg	0	1.072.140	56,39	40,22	60.462.503	43.118.612	-28,7%
R06AX13	Rinolal sirup 100 ml	0	11.720	55,55	56,74	651.104	664.980	2,1%
R06AX13	Rinolal tbl 10 x 10 mg	80	15.710	52,72	53,85	828.170	845.914	2,1%
R06AX13	Rinolal tbl 30 x 10 mg	390	301.170	42,32	40,20	12.744.826	12.106.838	-5,0%
	<b>SKUPAJ R - PRIPRAVKI ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI DIHAL</b>		<b>1.086.552</b>			<b>61.686.344</b>	<b>44.093.318</b>	<b>-28,5%</b>

<b>SKUPAJ VSE SKUPINE ZDRAVIL (A+C+D+G+J+M+N+R)</b>								
			<b>139.884.652</b>			<b>16.763.298.230</b>	<b>14.789.559.914</b>	<b>-11,8%</b>

**PRILOGA C - ANALIZA VREDNOSTI IN KOLIČINE PORABLJENIH ZDRAVIL  
(nov02-maj03/ nov03-maj04)**

VREDNOST IN KOLIČINA PORABLJENIH ZDRAVIL v obdobju nov 02 - maj 03 in nov 03 - maj 04	Skupaj nov 02 - maj 03	Skupaj nov 03 - maj 04	Stopnja rasti nov04-maj03/ nov02-maj03
<b>Količina porabljenih zdravil znotraj skupin MZZ z NPV*</b>			
A Pripravki za zdravljenje boleznih prebavil in presnove	2.119.231	2.183.371	3,0%
C Pripravki za zdravljenje boleznih srca in ožilja - din.	5.783.780	5.507.154	-4,8%
D Pripravki za zdravljenje boleznih kože in podkožnega tkiva - din.	751.130	691.384	-8,0%
G Pripravki za zdravljenje boleznih sečil in spolovil ter spolni hormoni - din.	1.414.102	1.449.916	2,5%
J Pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij - din.	1.784.228	1.752.109	-1,8%
M Pripravki za zdravljenje boleznih mišičnoskeletnega sistema - din.	1.771.431	1.734.446	-2,1%
N Pripravki z delovanjem na živčevje - din.	3.260.251	3.206.415	-1,7%
R Pripravki za zdravljenje boleznih dihal - din.	1.182.643	1.078.480	-8,8%
<b>Skupaj</b>	<b>18.066.796</b>	<b>17.603.275</b>	<b>-2,6%</b>
<b>Vrednost porabljenih zdravil (v tisočih tolarjev) znotraj sistema MZZ z NPV</b>			
A Pripravki za zdravljenje boleznih prebavil in presnove - din.	5.780.476	5.956.957	3,1%
C Pripravki za zdravljenje boleznih srca in ožilja - din.	13.710.803	13.347.837	-2,6%
D Pripravki za zdravljenje boleznih kože in podkožnega tkiva - din.	1.091.108	1.048.907	-3,9%
G Pripravki za zdravljenje boleznih sečil in spolovil ter spolni hormoni - din.	2.840.845	3.204.907	12,8%
J Pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij - din.	4.820.233	4.775.718	-0,9%
M Pripravki za zdravljenje boleznih mišičnoskeletnega sistema - din.	2.648.915	2.835.426	7,0%
N Pripravki z delovanjem na živčevje - din.	6.809.297	7.505.177	10,2%
R Pripravki za zdravljenje boleznih dihal - din.	2.770.137	2.824.597	2,0%
<b>Skupaj</b>	<b>40.471.814</b>	<b>41.499.526</b>	<b>2,5%</b>

Komentar: Samo zdravila na recept!

\* - Sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo

**PRILOGA D - ANALIZA VREDNOSTI IN KOLIČINE VSEH PORABLJENIH ZDRAVIL V PRVIH OSMIH MESECIH LETA 2003 IN 2004**

<b>VREDNOST IN KOLIČINA VSEH PORABLJENIH ZDRAVIL V PRVIH OSMIH MESECIH LETA 2003 IN 2004</b>	<b>SKUPAJ januar - avgust 2003</b>	<b>SKUPAJ januar - avgust 2004</b>	<b>Stpnje rasti jan - avg 04/ jan - avg 03</b>
<b>VREDNOST PORABLJENIH ZDRAVIL ( v tisočih tolarjev):</b>			
<b>SKUPAJ VSE SKUPINE ZDRAVIL (A do V)</b>	<b>55.130.401</b>	<b>58.304.337</b>	<b>5,8%</b>
A Pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove	6.559.381	6.719.788	2,4%
B Pripravki za zdravljenje bolezni krvi in krvotvornih organov	4.383.363	5.063.457	15,5%
C Pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja	15.281.825	14.935.996	-2,3%
D Pripravki za zdravljenje bolezni kože in podkožnega tkiva	1.247.988	1.224.047	-1,9%
G Pripravki za zdravljenje bolezni sečil in spolovil ter spolni	3.226.949	3.603.915	11,7%
H Hormonski pripravki za sistemsko zdravljenje - razen spolni	1.086.521	1.105.041	1,7%
J Pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij	5.166.212	5.277.937	2,2%
L Pripravki za zdravljenje novotvorb in imunomodulatorji	3.335.043	4.165.579	24,9%
M Pripravki za zdravljenje bolezni mišičnoskeletnega sistema	2.967.486	3.261.420	9,9%
N Pripravki z delovanjem na živčevje	7.778.840	8.587.389	10,4%
P Antiparazitiki, insekticidi in repelenti	42.159	37.333	-11,4%
R Pripravki za zdravljenje bolezni dihal	3.054.827	3.226.403	5,6%
S Pripravki za zdravljenje bolezni čutil	681.833	718.996	5,5%
V Razni pripravki	317.974	377.036	18,6%
<b>KOLIČINA PORABLJENIH ZDRAVIL:</b>			
<b>SKUPAJ VSE SKUPINE ZDRAVIL (A do V)</b>	<b>23.827.408</b>	<b>24.145.914</b>	<b>1,3%</b>
A Pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove	2.325.560	2.397.331	3,1%
B Pripravki za zdravljenje bolezni krvi in krvotvornih organov	2.784.195	3.307.482	18,8%
C Pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja	6.352.390	6.173.607	-2,8%
D Pripravki za zdravljenje bolezni kože in podkožnega tkiva	859.550	797.710	-7,2%
G Pripravki za zdravljenje bolezni sečil in spolovil ter spolni	1.622.170	1.616.968	-0,3%
H Hormonski pripravki za sistemsko zdravljenje - razen spolni	329.380	351.027	6,6%
J Pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij	1.870.814	1.854.360	-0,9%
L Pripravki za zdravljenje novotvorb in imunomodulatorji	159.528	173.815	9,0%
M Pripravki za zdravljenje bolezni mišičnoskeletnega sistema	1.957.285	1.951.943	-0,3%
N Pripravki z delovanjem na živčevje	3.595.965	3.612.198	0,5%
P Antiparazitiki, insekticidi in repelenti	62.772	55.621	-11,4%
R Pripravki za zdravljenje bolezni dihal	1.292.189	1.224.969	-5,2%
S Pripravki za zdravljenje bolezni čutil	555.226	566.649	2,1%
V Razni pripravki	60.384	62.234	3,1%



