

Univerza v Ljubljani
EKONOMSKA FAKULTETA

**TRŽNE NEUČINKOVITOSTI IN REGULIRANJE TRGOV
ZDRAVSTVENIH STORITEV:
PRIMER LEKARNIŠKIH STORITEV V SLOVENIJI**

MAGISTRSKO DELO

Ljubljana, julij 2005

MARKO JAKLIČ

IZJAVA

Študent MARKO JAKLIČ izjavljam, da sem avtor tega magistrskega dela, ki sem ga napisal pod mentorstvom prof. dr. Maksa Tajnikarja.

Skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovoljujem objavo tega magistrskega dela na spletni strani fakultete.

V Ljubljani, 17. julija 2005

Podpis

KAZALO

1. UVOD	1
1.1. Opredelevitev problematike in cilji	2
1.2. Osnovne hipoteze	2
1.3. Metode proučevanja	3
1.4. Struktura dela	5
2. NEPOPOLNA KONKURENCA IN TRŽNE NEPOPOLNOSTI NA TRGIH ZDRAVSTVENIH STORITEV	6
2.1. Oblike nepopolne konkurence	7
2.1.1. Monopol.....	7
2.1.2. Kartel.....	10
2.2. Značilnosti nepopolne konkurence in tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev I I	
2.2.1. Diferenciacija proizvodov	16
2.2.2. Nepopolne informacije	17
2.2.3. Moralni hazard v zdravstvenem zavarovanju.....	18
2.2.4. Škodljiva izbira na trgih zdravstvenega zavarovanja	20
2.4.3. Problem agentov in s strani ponudnika vsiljeno povpraševanje.....	22
3. REGULIRANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV.....	25
3.1. Definicija reguliranja	26
3.2. Cilji reguliranja trgov zdravstvenih storitev	27
3.3. Predmet reguliranja	30
3.4. Pristojnost za reguliranje	32
3.5. Okvir reguliranja	32
3.5.1. Skladnost regulacije	33
3.5.2. Omejitve samoregulacije	34
3.5.3. Napake pri reguliranju	35
3.6. Primeren obseg regulative	36

3.7. Možnosti izboljšanja regulative	38
4. PRIMER LEKARNIŠKIH STORITEV V SLOVENIJI	40
4.1. Predstavitev problematike	40
4.2. Stran povpraševanja	44
4.2.1. Povpraševanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic	45
4.2.2. Prostovoljne zavarovalnice kot agent za pospeševanja prodaje lekarn	46
4.3. Stran ponudbe	47
4.3.1. Nepopolna konkurenca v lekarniški dejavnosti v Sloveniji	47
4.3.2. Poslovna uspešnost lekarn	51
4.3.3. Zakonske obveznosti lekarn	55
4.3.4. Oblikovanje storitev lekarn	56
4.3.4.1. Storitve »obdelava recepta«	56
4.3.4.2. Storitve »izdaje zbirnega računa«	57
4.3.5. Oblikovanje cene	59
4.3.5.1. Analiza stroškov in prihodkov ter (monopolnega) dobička lekarn pri storitvi obdelave recepta	59
4.3.5.2. Analiza stroškov in prihodkov ter (monopolnega) dobička lekarn pri storitvi izdajanja zbirnega računa	64
4.3.5.3. Pravni vidik usklajenega določanja cene storitve izdajanja zbirnih računov	77
4.3.6. Eksternalije, ki jih imajo lekarne s sodelovanjem in izdajanjem izbirnih računov	78
4.4. Ocena tržne strukture lekarniške dejavnosti in vpliva na družbeno blaginjo	79
4.5. Predlogi za zmanjšanje izgube družbene blaginje	81
4.5.1. Vključitev prostovoljnih zavarovalnic v pogajanja o ceni	81
4.5.2. Privatizacija lekarn	82
4.5.3. Modeli privatizacije lekarn	85
5. SKLEP	87

Seznam tabel

Tabela 1:	Analiza uspešnosti poslovanja lekarn v letu 2003	53
Tabela 2:	Deskriptivne statistike poslovne uspešnosti (dobička) največjih slovenskih lekarn	54
Tabela 3:	Donosnost sredstev (ROA) v odstotkih (%)	54
Tabela 4:	Primer izračuna stroškov in odhodkov pri storitvi obdelava recepta	60
Tabela 5:	Izračun presežka prihodkov nad odhodki pri storitvah obdelave recepta in vročitvi 2,4 enote zdravila	61
Tabela 6:	Presežek prihodkov nad odhodki pri storitvah obdelave recepta in vročitvi zdravila ob spreminjanju parametrov povprečnih stroškov dela in povprečnega števila vročenih škatlic zdravil na recept	62
Tabela 7.:	Izračun števila zaposlenih v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana, ki jih financira Vzajemna z letnim pavšalom	67
Tabela 8:	Izračun povprečne marže za storitev izdaje zbirnega računa	69

Seznam primerov

Primer 1:	Vrednost pavšala, ki ga prostovoljna zdravstvena zavarovalnica plačuje lekarnam	43
Primer 2:	Prikaz absolutne vrednosti pavšala v odnosu do stroškov dela v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana	67

Seznam slik

Slika 1:	Elastičnost povpraševanja in pribitek na mejne stroške MC	9
Slika 2:	Udeleženci v zdravstvenem sektorju	31
Slika 3:	Predmeti reguliranja: pravice in odgovornosti posameznih udeležencev v proizvodnji zdravstvenih storitev	31
Slika 4:	Trikotnik analize politik	34
Slika 5:	Izbira (angl. trade-off) med samoreguliranjem in javnim reguliranjem	35
Slika 6:	Razvrstitev zdravstvenega sistema glede na stopnjo vertikalne integracije	37

Slika 7:	Geografska razporeditev lekarn v Sloveniji	48
Slika 8:	Konkurenčni položaj lekarn	49
Slika 9:	Prikaz različnih mejnih stroškov in enotno postavljene cene v primeru lekarn	65
Slika 10:	Skupen nastop lekarn na trgu	66
Slika 11:	Posamično dogovarjanje na trgu	66
Slika 12:	Porazdelitev spremenljivke »marža« – simulacija 1	70
Slika 13:	Porazdelitev neodvisne spremenljivke »stroški dela«	71
Slika 14:	Porazdelitev neodvisne spremenljivke »čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa«	72
Slika 15:	Izpeljana porazdelitev odvisne spremenljivke »marža« pri 0,5-odstotni proviziji	73
Slika 16:	Prikaz regresijske občutljivosti višine marže za storitev izdaje zbirnega računa	74
Slika 17:	Porazdelitev odvisne spremenljivke marža pri triodstotni proviziji	75
Slika 18:	Prikaz regresijske občutljivosti marže	76

Priloge

Priloga 1:	Cene zdravil ob izdaji v lekarni	98
Priloga 2:	Seznam storitev, ki jih opravljajo lekarne	102

Seznam kratic in okrajšav

AJPES	Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve
HMOs	organizacije zdravstvenega varstva (angl. Health Management Organizations)
LZS	Lekarniška zbornica Slovenije
MZ	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
MF	Ministrstvo za finance Republike Slovenije
NHS	Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (angl. National Health System)
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. Organization for Economic Cooperation and Development)
SURS	Statistični Urad Republike Slovenije
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1. UVOD

Večina trgov v gospodarstvu ne ustreza popolno konkurenčnim trgov in zato ne delujejo popolnoma učinkovito. Med takšne sodijo tudi trgi zdravstvenih storitev. Pri nekaterih zdravstvenih storitvah trgi sploh ne delujejo in njihovo zagotavljanje poteka popolnoma mimo trga. Trgi zdravstvenih storitev so tako pogosto regulirani in so področje številnih intervencij. Regulacija je marsikdaj postala substitut za konkurenco, in sicer z omejevanjem vstopa v panogo, nadzorom investicij, ponudbe ali cene. Vendar pa regulacija v veliko primerih ni izboljšala učinkovitosti in uspešnosti, niti ne dostopnosti ali pravičnosti zdravstvenega sistema in torej tudi ni dvignila družbene blaginje (ali preprečila zmanjšanja družbene blaginje). Številne zdravstvene reforme v svetu tako od zelo reguliranih zdravstvenih sistemov prehajajo k bolj tržnim oziroma konkurenčno naravnanim zdravstvenim sistemom (glej na primer Walt, 1994, Wassem, 1995, Warner, 1996, Stepen, 1999). Reguliranje trgov zdravstvenih storitev in povečevanje učinkovitosti njihovega delovanja je gotovo med najpomembnejšimi izzivi 21. stoletja in bistveno vpliva na blaginjo in razvoj ljudi. Ob tem pa bo ključna vloga ne le medicine, ampak predvsem zdravstvene ekonomike, ki bo morala pomagati razrešiti paradoks »prima vista«: ob vse večjem napredku sodobne medicine je vse več bolnih ljudi. Popolno zdravje in popolni zdravstveni sistem se zdita tako še bolj nedosegljiva kot popolna konkurenca. Združevanje znanja večih disciplin je gotovo eden od načinov reševanja teh problemov.

Vprašanje dejavnikov, zaradi katerih trgi zdravstvenih storitev ne delujejo učinkovito, je zato postalo še posebej pomembno. Na učinkovitost trgov vplivata dve značilnosti: nepopolna konkurenca in tržne nepopolnosti. Učinki nepopolne konkurence, ki izvirajo iz obstoja monopolov, oligopolov ali drugih značilnosti nepopolne konkurence, so splošno znani in značilni tudi na trgih zdravstvenih storitev. Učinki tržnih nepopolnosti pa so manj poznani, manj transparentni in jih težje opredelimo v praksi. Velik in ne nujno želen oziroma predviden vpliv na učinkovitost delovanja trgov pa ima tudi samo poseganje v delovanje trgov in njihovo reguliranje.

Tako učinkovito kot neučinkovito delovanje je na trgih »nalezljivo«, zato je poznavanje determinant in oblikovanje ustreznega okolja, ki ne bo spodbujalo neučinkovitosti, izjemnega pomena.

1.1. Opredelitev problematike in cilji

Problematika magistrskega dela sodi v področje zdravstvene ekonomike, ki je v okviru ekonomije dokaj mlada disciplina. Pojav zdravstvene ekonomike kot samostojne discipline pogosto povezujejo z Arrowim člankom iz leta 1963 (»Uncertainty and the Welfare economics of Medical Care«), v katerem je kot temeljni značilnosti trgov v zdravstvu poudaril vlogo nepopolne informiranosti in negotovosti (tveganja) ter sprožil ugotavljanje drugih tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev. Bolj celovito razumevanje trgov zdravstvenih storitev pa je omogočil razvoj dveh teoretičnih konceptov: asimetrije informacij in teorije agentov. Raziskovalna vprašanja s področja zdravstvene ekonomike se osredotočajo na analiziranje delovanja ponudnikov zdravstvenih storitev, trgov zdravstvenih storitev, njihovih nepopolnosti in njihovega reguliranja, zavarovalniškega sistema v zdravstvu, sistemov financiranja, vloge bolnika, organiziranja celotnega sistema zdravstvenega varstva ter na proučevanje dejanskih primerov, kar terja nekoliko bolj interdisciplinaren pristop.

Namen magistrskega dela je analizirati in raziskati (i) oblike in vzroke nepopolne konkurence in tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev, (ii) učinke, ki nastajajo zaradi tržnih nepopolnosti in nepopolne konkurence, (iii) vlogo reguliranja na trgih zdravstvenih storitev ter možnosti za izboljšanje učinkovitosti delovanja trgov. Empirično bomo oblike, vzroke in učinke tržnih neučinkovitosti preverjali na primeru lekarniških storitev v Sloveniji.

1.2. Osnovne hipoteze

Pri proučevanju opisane problematike v magistrskem delu predpostavljamo, da na trgih zdravstvenih storitev obstajajo nepopolna konkurenca in tržne nepopolnosti, ki izvirajo iz nepopolne informiranosti, natančneje: iz asimetrije informacij in agentskih odnosov. Teoretske iztočnice in empirične izkušnje drugih trgov zdravstvenih storitev preverjamo na primeru lekarniških storitev v Sloveniji.

Izhodišče v proučevanju tega odnosa je naslednja hipoteza:

Hipoteza: Lekarne v Sloveniji izkoriščajo položaj nepopolnih konkurentov in tržne nepopolnosti tako pri oblikovanju ponudbe storitev kakor tudi pri oblikovanju cen posameznih storitev.

Empirični primer lekarniških storitev bomo predstavili kot tipičen primer monopolnega položaja in kartelnega dogovarjanja pri oblikovanju cen ter kot pojav s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja (angl. supplier induced demand) oziroma zagotavljanja nepotrebnih storitev, kar izvira iz nepopolnih informacij in problema agentov. Z navedenim primerom želimo ponazoriti, da se vsebinsko enak problem, kot je tradicionalno analiziran na odnosu med ponudnikom oziroma izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom, lahko pojavi tudi med drugimi udeleženci na trgu zdravstvenih storitev. V analizi želimo dokazati, da v izbranem študijskem problemu problem agentov, ki omogoča vsiljeno prodajo t. i. fiktivne storitve po zelo visoki ceni, izvira predvsem iz institucionalne ureditve trga in regulacije in ne iz proizvodnega procesa (stroškovnih funkcij) ali lastnosti oziroma informacij udeležencev na trgu.

V analizi storitev lekarn bo analizirana splošna ponudba storitev lekarn, podrobneje pa proučujemo odnos med lekarnami in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami ter storitve, ki jih lekarnе ponujajo prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam. Mikroekonomska analiza delovanja trga je narejena na primeru dveh storitev, in sicer obdelave recepta ter izdajanja zbirnega računa, osredotočena pa bo na proučevanje načina oblikovanja storitev (proizvodnje storitev) ter načina oblikovanja cene teh storitev. Z analizo ponudbe in povpraševanja po posamezni storitvi bomo ugotavljali možnosti za uveljavljanje s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja, preko analize mejnih stroškov in pribitka na stroške pa morebitno zlorabo monopolnega položaja.

1.3. Metode proučevanja

Proučevanje izbrane problematike združuje teoretično in empirično raziskovanje. Uvodni predstavitvi sledi analiza tržnih nepopolnosti in nepopolne konkurence na trgih zdravstvenih storitev, v kateri ugotavljamo, v čem in zakaj se proučevani trgi razlikujejo od (popolno) konkurenčnih trgov. Sledi teoretična analiza vzrokov, upravičenosti in

načinov reguliranja trga zdravstvenih storitev. Teoretično se v proučevanju trgov zdravstvenih storitev naslonimo na izhodišča iz mikroekonomske teorije, teorijo nepopolne konkurence in nepopolne informiranosti ter na posledice, ki izvirajo iz takih okoliščin. Na tej osnovi teoretično utemeljimo potrebo po regulaciji ter analiziramo tudi cilje in instrumente, primeren obseg ter učinkovitost regulacije.

V empirični analizi tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev se omejimo na en segment trga, in sicer na segment lekarniških storitev. Znotraj tega podrobno proučimo odnos med lekarnami in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami ter analiziramo trg storitev, ki jih lekarne ponujajo prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam.

Magistrsko delo želi prikazati teoretično ozadje aktualnih problemov tržnih neučinkovitosti na trgu zdravstvenih storitev ter to uporabiti na konkretnem primeru trga lekarniških storitev v Sloveniji. Na izbranem študijskem primeru skušamo ponazoriti večino teoretičnih konceptov, ki se značilno pojavljajo na trgih zdravstvenih storitev: nepopolna konkurenca, kartelno dogovarjanje, asimetrija informacij, problem agentov in s strani ponudnika vsiljeno povpraševanje. Pri tem bodo uporabljene metode analize in sinteze, induktivna in deduktivna metoda ter kvalitativne in kvantitativne empirične metode. Preverjanje teoretičnega modela monopolnega položaja opravimo s statističnimi in ekonometričnimi metodami. Pojav izkoriščanja monopolnega položaja in vsiljenega povpraševanja bomo dokazovali na primeru storitve izdaje zbirnega računa in s pomočjo analize stroškov. Analize stroškov in izračun profiitnih marž temeljijo na t. i. Monte Carlo simulacijah.

Znanstveni prispevek empiričnega primera je v dejstvu, da primera lekarniških storitev in odnosa med lekarnami ter zdravstvenimi zavarovalnicami ni tipičen učbeniški primer za omenjene teoretične koncepte (in ga doslej še ni bilo mogoče zaslediti v literaturi). Kljub temu pa (lahko ob določenem regulativnem okviru) lekarne kot posrednik oziroma udeleženec na trgu zdravstvenih storitev prevzamejo vodenje, značilno za druge udeležence na trgu zdravstvenih storitev, in s tem povzročajo velike tržne neučinkovitosti in izgubo družbene blaginje. Na ta način magistrsko delo preverja univerzalnost teoretičnih konceptov vodenja udeležencev na trgih zdravstvenih storitev. Drugi del znanstvenega prispevka pa je v

empirični analizi in razkrivanju možnih neučinkovitosti, ki nastajajo zaradi reguliranja (kar gotovo ni njegov namen).

Kot viri podatkov so v magistrskem delu uporabljeni vsi razpoložljivi sekundarni podatki, potrebni za analizo zdravstvenega sistema in analizo institucionalnega okvira trgov zdravstvenih storitev, podatki Statističnega urada Republike Slovenije ter podatkovne baze iBON (www.ibon.si). Študija primera vključuje tudi primarne podatke Lekarniške zbornice Slovenije in Vzajemne zdravstvene zavarovalnice.

1.4. Struktura dela

Možne neučinkovitosti na trgih zdravstvenih storitev proučujemo najprej na podlagi teoretičnih izhodišč in analiziramo, kakšen vpliv imajo odkloni od predpostavk popolne konkurence na ceno in kakovost zdravstvenih storitev. Na učinkovitost trgov vplivata dve značilnosti trgov: nepopolna konkurenca in tržne nepopolnosti. V drugem poglavju najprej obravnavamo učinke nepopolne konkurence, ki izvirajo iz obstoja monopolov, oligopolov, kartelov ali drugih značilnosti nepopolne konkurence. Podrobneje analiziramo značilnosti nepopolne konkurence na trgih zdravstvenih dejavnosti. Nadaljujemo z analizo posledic tržnih nepopolnosti, ki so v splošnem manj poznane, številne pa so bile najprej opažene prav na trgih zdravstvenih storitev. Analiza učinkov tržnih nepopolnosti, kot so nepopolna informiranost, problem agentov in vsiljeno povpraševanje, se osredotoča na proučevanje (ne)učinkovitosti v pogojih različnih tržnih struktur.

Analizi splošnih zakonitosti trgov zdravstvenih storitev sledi tretje poglavje o reguliranju trgov zdravstvenih storitev, v katerem analiziramo, zakaj je potrebno reguliranje zdravstvenih storitev, kakšni so cilji reguliranja, kdo je pristojen za reguliranje, kako zagotoviti okvir reguliranja in kakšen je primeren obseg reguliranja.

V četrtem, empiričnem delu najprej predstavimo problematiko zdravstvenih storitev na trgu lekarniških dejavnosti in natančno opredelimo segment trga (storitve in udeležence), ki ga analiziramo. Uvodoma predstavljamo zdravstveni sistem v Republiki Sloveniji in analiziramo

regulacijo v njem, saj to pogojuje institucionalno ureditev trga storitev, ki jih lekarne ponujajo prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicam. Nadalje v empiričnem delu (i) preverjamo učinkovitost izbranega trga lekarniških storitev, (ii) pokažemo vzroke in posledice tržnih nepopolnosti ter (iii) utemeljimo nujnost spremembe v regulaciji. Analiza je vsebinsko ločena na stran povpraševanja in ponudbe. Na strani ponudbe analiziramo način oblikovanja vrste storitev ter način oblikovanja cene storitev. Ob sklepi oceni tržne strukture lekarniške dejavnosti v Sloveniji navajamo predloge za zmanjšanje izgube družbene blaginje. V petem poglavju podajamo sklepne ugotovitve.

2. NEPOPOLNA KONKURENCA IN TRŽNE NEPOPOLNOSTI NA TRGIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

Konkurenčnost okolja, v katerem se srečujejo prodajalci in kupci, opredeljujemo kot tržno strukturo (Clewer, Perkins, 1998, str. 120). V gospodarstvu na posameznih trgih obstajajo različne tržne strukture. Opisujemo jih z naslednjimi dimenzijami: število in velikostna porazdelitev kupcev in prodajalcev, diferenciranost proizvodov oziroma storitev, razpoložljivost informacij ter vstopne in izstopne ovire. Predpostavke popolno konkurenčnih trgov so: veliko število kupcev in prodajalcev, ki se racionalno obnašajo (maksimirajo zadovoljstvo oziroma profit), popolna informiranost, neovirana selitev proizvodnih dejavnikov ter homogeno blago (Tajnikar, 2003, str. 146). Popolno konkurenčni trgi zagotavljajo učinkovito in decentralizirano odločanje, saj cena, ki se oblikuje na trgu, zagotovi učinkovito razporeditev virov in spodbuja maksimalno učinkovito proizvodnjo, ki se hitro odziva na spremembe v povpraševanju. Od vseh tržnih struktur je popolna konkurenca najbolj učinkovita oblika, ki navadno služi za primerjavo vsem drugim tržnim strukturam. Ob tem je treba dodati, da popolna konkurenca (ob upoštevanju eksternalij) ni vedno idealna (ali želena) tržna struktura. Je ekstremna struktura z vidika ekonomske učinkovitosti. Ob presojanju primernosti tržnih struktur in regulaciji pa se običajno upošteva več kriterijev (več o tem v četrtem poglavju). Le Grand in Bartlett (1993) poleg učinkovitosti navajata še odzivnost na spremembe, možnost izbire in enakost dostopa.

2.1. Oblike nepopolne konkurence

Tržne strukture, ki ne izpolnjujejo predpostavk oziroma pogojev popolne konkurence, imenujemo nepopolna konkurenca. Kot nepopolne konkurente opredeljujemo vse posameznike ali podjetja, ki se soočajo s padajočo krivuljo povpraševanja ali naraščajočo krivuljo ponudbe in imajo vpliv na ravnotežno ceno. Nepopolna konkurenca nastane iz različnih razlogov in se lahko izrazi v različnih tržnih strukturah, nobena od njih pa ne zagotavlja maksimalne učinkovitosti. Najpogostejše oblike nepopolne konkurence so monopol, oligopol, monopolistična konkurenca, monopson.

Nepopolna konkurenca ni sposobna usmerjati gospodarstva k učinkovitim stanjem. Družbe se lahko približajo k učinkovitim stanjem šele s poseganjem v delovanje trga in konkurence (Tajnikar, 2003, str. 230). Razlogi za manjšo učinkovitost in pojavljanje tržnih nepopolnosti so lahko različni in jih obravnavamo v nadaljevanju.

Dejstvo je, da tržne strukture na posameznih trgih niso statične, temveč dinamične. Vsaka od navedenih dimenzij tržne strukture se lahko spreminja in tako oblikuje drugačne konkurenčne pogoje. Njihovo proučevanje je potrebno za razumevanje tržne strukture in za spremembe v smeri bolj učinkovitega delovanja. Za potrebe nadaljnje analize lekarniške dejavnosti v Sloveniji podrobneje predstavljamo dve obliki nepopolne konkurence: monopol in kartel.

2.1.1. Monopol

Na trgu, kjer vlada popolna konkurenca, posamezen prodajalec ne more vplivati na tržno ceno. Cena se oblikuje na podlagi ponudbe in povpraševanja, kar pomeni, da jo ponudniki in povpraševalci na trgu sprejmejo kot dano. Monopol je nasproten pol popolni konkurenci. V primeru monopola obstaja na trgu samo en ponudnik, povpraševalcev pa je veliko. Za blago, ki ga ponuja, prodajalec na trgu nima nadomestkov. Krivulja povpraševanja na trgu, kjer imamo opravka z monopolistom, odraža ceno, ki jo monopolist postavi pri posamezni ponujeni količini produkta. Monopolist lahko ravno zaradi tega privilegirane položaja vpliva na ceno, ki se oblikuje na trgu (in je ne sprejema kot dano).

Na splošno bo monopolist zaradi vsega naštetega ponujal manjšo količino in višjo ceno, kot je na trgu, kjer vlada popolna konkurenca. Monopolist z omenjenim delovanjem povzroča stroške družbi, zaradi česar država želi preprečevati pojav monopolov in oblikuje protimonopolno zakonodajo. Izvor monopolov je lahko v t. i. naravnih monopolih (ekonomije obsega in padajoči mejni stroški na celotnem območju proizvajalca, ki predstavljajo vstopne ovire za druge proizvajalce), lahko pa nastajajo tudi z državnimi koncesijami ali franšizami.

Načelo maksimiziranja dobička zahteva od ponudnikov, da izenačujejo mejne prihodke (MR) z mejnimi stroški (MC). V pogojih popolne konkurence, so mejni prihodki na takih trgih kar enaki ceni, ponudnik pa išče točko, kjer je cena (P) enaka mejnim stroškom (MC):

$$P = MC . \quad (1)$$

Na monopolnih trgih, kjer obstaja samo en ponudnik ali pa je delovanje večih ponudnikov usklajeno, lahko posameznik ali usklajena skupina postavlja ceno skoraj povsem neodvisno. Edini omejevalni dejavnik, ki monopolista omejuje pri določanju res visokih cen, je povpraševanje ali natančneje cenovna elastičnost povpraševanja (E_D).¹ Ceno proizvoda na monopolnem trgu izračunamo z enačbo (Varian, 1992, str. 236):

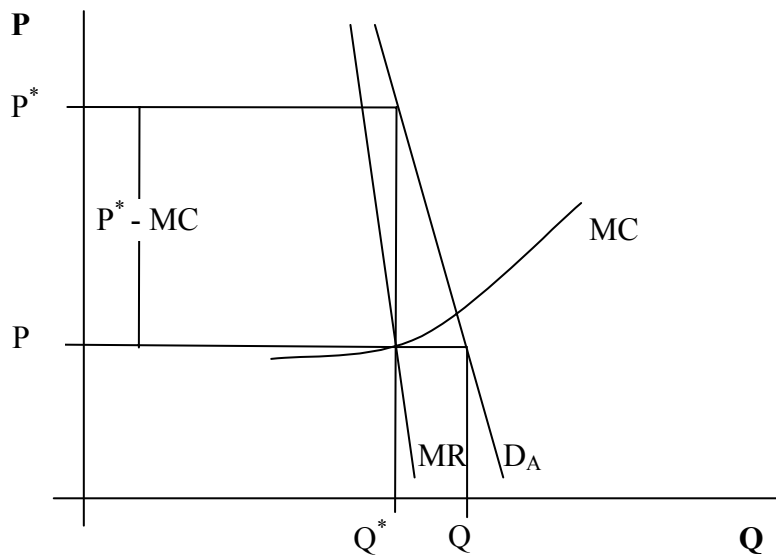
$$P = \frac{MC}{1 + 1/E_D} . \quad (2)$$

Če monopolist želi maksimizirati dobiček, mora izenačiti mejne prihodke (MR) z mejnimi stroški (MC), kot je prikazano na sliki (slika 1). Monopolistov položaj se razlikuje od tistega, v katerem se nahaja ponudnik v okviru popolne konkurence, ker mejni prihodki niso več enaki ceni (2). To razhajanje vodi do situacije, ko je optimalna ponujena količina Q^* monopolista nižja (v popolni konkurenci Q) in pri višji ceni P^* , kot bi bila v primeru popolne konkurence (v popolni konkurenci P).

¹ Koeficient cenovne elastičnosti povpraševanja meri občutljivost spremembe obsega povpraševanja na spremembo cene: za koliko odstotkov se bo spremenil obseg povpraševanja po nekem blagu, če se cena tega blaga spremeni za en odstotek. Če označimo povpraševalo količino s Q in ceno s P , lahko zapišemo koeficient elastičnosti povpraševanja takole: $E_D = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P}$, kjer $\% \Delta Q$ pomeni relativno spremembo količine, $\% \Delta P$ pa relativno spremembo cene. Vrednost koeficienta cenovne elastičnosti povpraševanja je običajno negativno število. Če se cena dobrine poveča, povpraševana količina običajno pade (Prašnikar, Debeljak, 1998, str. 115).

Kakšna bo razlika v ceni (med monopolistom in ponudnikom na trgu, na katerem vlada popolna konkurenca), oziroma kakšna bo t. i. monopolna marža ($P^* - MC$), je odvisno samo še od prej omenjene cenovne elastičnosti povpraševanja, ki meri občutljivost količine povpraševanja na spremembo cene. Manjša kot je cenovna elastičnost povpraševanja, večja je monopolna moč in posledično višja njegova marža. Grafično je cenovna elastičnost povpraševanja D_A (slika 1) prikazana preko funkcije povpraševanja. Ponudnika zanima krivulja povpraševanja in s tem cenovna elastičnost povpraševanja po njegovih produktih, ki pa je v primeru monopola kar enaka tržni krivulji povpraševanja.

Slika 1: Elastičnost povpraševanja in pribitek na mejne stroške MC



Vir: Prirejeno po Tajnikar, 2003, str. 246-247.

Za nastanek monopola ni nujno, da obstaja samo en ponudnik, lahko jih obstaja tudi več in delujejo usklajeno. Omenjenemu dogovoru pravimo kartelni dogovor. Dogovor lekarn, ki ga bomo obravnavali v nadaljevanju v empirični analizi, je primer usklajenega delovanja.

2.1.2. Kartel

Kartel je organizacija ponudnikov blaga, katerih cilj je z medsebojnim sodelovanjem zmanjšati konkurenco in povečati profite. Obstajajo različne oblike kartelov, med najpomembnejšimi oblikami sta centralizirani kartel in kartel z delitvijo trga. Določanje cene je odvisno od oblike kartela (podrobneje Tajnikar, 2003, str. 393-345 in Salvatore, 1992, str. 181, 208-209).

Centralizirani kartel običajno na trgu povzroči takšne razmere, kot so značilne za monopol. Ponudniki blaga se pri centraliziranem kartelu posebej dogovorijo o usklajenem določanju cen in proizvedenih količin, da bi povečali skupni profit vseh sodelujočih v kartelu. S takim delovanjem ponudniki v centraliziranem kartelu dejansko delujejo kot eno podjetje. Ker ponudniki nastopajo kot eden, se bo ravnotežje oblikovalo z upoštevanjem skupnega tržnega povpraševanja, skupnih mejnih prihodkov in skupnih mejnih stroškov. Ravnotežna cena se bo oblikovala na taki ravni, ki bo omogočila maksimalni profit obeh ponudnikov skupaj; ravnotežje je torej enako kakor ravnotežje pri monopolu.

Kako se med kartelna podjetja razdeli profit in količina proizvedenega oziroma prodanega blaga, je odvisno od ekonomske moči sodelujočih podjetij. V primeru sorazmerne ekonomske moči (ko imata približno enake mejne stroške) je verjetno, da bo med podjetji sorazmerno razdeljena tudi količina proizvodnje oziroma prodaje in profit. Težje pa je razdeliti proizvedene količine in profite med podjetji v primerih, ko podjetja nimajo nujno enakih stroškov in niso enako velika. V teh primerih običajno upoštevajo informacije o pretekli proizvodnji oziroma prodaji, obstoječe proizvodne zmogljivosti ter pogajalsko in gospodarsko moč posameznih podjetij.

Kartel z delitvijo trga pa je takšna organiziranost ponudnikov blaga, pri kateri si na tihi ali javni način delijo trg med seboj in s tem zmanjšajo ali celo odpravijo medsebojno konkurenco. Vsako posamezno podjetje nastopa na svojem trgu kot monopolist in se srečuje s padajočo krivuljo povpraševanja ter prodaja tisto količino, ki mu prinaša maksimalen profit. Količina in cena, po kateri jo proda, sta odvisni od njegovih krivulj povprečnih in mejnih stroškov (podjetja z večjimi mejnimi stroški zaračunavajo višje cene, podjetja z nižjimi mejnimi stroški pa nižje cene). Na različnih trgih pri tej obliki kartela obstajajo različne cene.

2.2. Značilnosti nepopolne konkurence in tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev

Večina trgov v gospodarstvu ne deluje popolnoma učinkovito in med take sodijo tudi trgi zdravstvenih storitev. Trgi zdravstvenih storitev so značilni primer trgov z nepopolno konkurenco, saj predpostavke popolne konkurence niso izpolnjene. Pri nekaterih zdravstvenih storitvah trgi sploh ne delujejo in njihovo zagotavljanje poteka popolnoma mimo trga. Na učinkovitost trgov vplivata dve značilnosti: nepopolna konkurenca in tržne nepopolnosti. Učinki nepopolne konkurence, ki izvirajo iz obstoja monopolov, oligopolov, kartelov ali drugih značilnosti nepopolne konkurence, ki jih obravnavamo v tem poglavju, so splošno znani z drugih trgov in prenosljivi tudi na trge zdravstvenih storitev. Učinki tržnih nepopolnosti pa so manj poznani, manj transparentni in jih težje opredelimo v praksi. Številni so bili opaženi ravno na trgih zdravstvenih storitev.

Ob nepopolni konkurenci in tržnih nepopolnostih so vprašanja o (ne)učinkovitem delovanju trgov in merjenju učinkovitosti še pogostejša. Tržne nepopolnosti prinašajo odklone od splošno uveljavljenih (teoretično pričakovanih) načel tako pri oblikovanju cene kakor kakovosti proizvodov in storitev. Ker so predpostavke popolne konkurence neizpolnjene, nekateri dvomijo, da bi uvajanje elementov konkurenčnosti povečevalo učinkovitost delovanja trgov zdravstvenih dejavnosti. Negativne posledice odpirajo celo vprašanja, ali lahko zdravstvene storitve sploh delujejo po načelu ponudbe in povpraševanja ali je bolje, da jih reguliramo le na ponudbeni strani (Rainhardt, 1994). Mnogi zaradi neizpolnjenih predpostavk celo odklanjajo merjenje učinkovitosti po načelih, ki veljajo v popolni konkurenci. Znana je na primer Ricejeva kritika (1998), da so strokovnjaki ob uvajanju konkurence v zdravstvo premalo pozorni na tržne nepopolnosti, ki so značilno prisotne na trgih zdravstvenih storitev, in da družbena blaginja ni odvisna le od individualne porabe posameznikov.

Med strokovnjaki ekonomike zdravstva sicer prevladuje mnenje, da povečevanje elementov popolne konkurence povečuje blaginjo. Študije, ki jih povzemata Propper in Green (1999), namreč kažejo pozitivne rezultate uvajanja tržnih mehanizmov. Posamezni analizirani primeri uvajanja tržnih mehanizmov pa na primer ugotavljajo povečanje produktivnosti na

primeru trgov zdravstvenih storitev na Švedskem (Van de Ven, 1996), ali znižanje cene, kar je na primeru Velike Britanije dokazal Barnett (1997).

Dejstvo je, da odklone od predpostavk popolne konkurence lahko najdemo na večini trgov v realnosti in da so pogosto zelo veliki. Na trgih zdravstvih dejavnosti so odkloni predvsem naslednji² (povzeto po Folland, Goldman, Stano, 2001, str. 426-429):

- Vstopne ovire na trgih zdravstvenih storitev so običajno visoke. Vključujejo različne oblike: od licenc za opravljanje storitev do reguliranja cen ali reguliranja proizvodnih zmogljivosti oziroma proizvedenih količin.
- Obstaja nepopolna informiranost med udeleženci.
- Število ponudnikov zdravstvenih storitev je pogosto relativno majhno (ni atomiziranosti), zato imajo lahko določeno stopnjo monopolne moči. (Podobna situacija se lahko pojavi tudi na strani povpraševalcev (monopson).)
- Zdravstvene storitve niso homogene (ne po vrsti ne po kakovosti).
- Na trgih zdravstvenih storitev se pojavljajo eksternalije.
- Motivacija za izvajanje zdravstvenih storitev navadno presega zgolj profitni motiv (obstajajo neprofitne organizacije).
- Potrošniki zdravstvenih storitev so lahko neracionalni. Rice (1998) ob tem omenja, da koristnost, ki jo ovrednoti posamezen potrošnik, ni nujno vezana na storitev oziroma izdelek s trgov zdravstvenih storitev, da so okusi potrošnikov zelo spremenljivi in pogosto pridobljeni na podlagi izkušenj ter da posamezniki niso vedno najboljši sodniki oziroma ocenjevalci svojega zdravstvenega stanja.³
- Trgi zdravstvenih storitev delujejo v pogojih tveganja (negotovost pojavljanja potreb po zdravstvenih storitvah).

Med navedenimi odkloni od predpostavk popolne konkurence velja podrobneje opredeliti predvsem vlogo tveganja, vlogo informacij in vlogo eksternalij. Večina tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev namreč izvira iz tveganja ter asimetrije informacij (Arrow, 1963, Pauly, 1978, Gaynor, 1994).

² Podrobneje tržne nepopolnosti, ki so relevantne za analizo lekarniške dejavnosti, obravnavamo v tretjem poglavju.

³ Pozitivne eksternalije se pogosto uporabljajo kot argument za uvedbo socialnih programov zdravstvenega zavarovanja.

Negotovost povpraševanja po zdravstvenih storitvah pri osebah, ki so tveganju nenaklonjene, spodbuja povpraševanje po zavarovanju proti tem tveganjem. Zdravstveno zavarovanje pa vpliva na delovanje trgov zdravstvenih storitev na več načinov. Za zavarovano osebo se cena zdravstvenih storitev spremeni (kar pomeni cenovno diskriminacijo v primerjavi z nezavarovanimi osebami), znesek, ki ga za opravljeno storitev dobi ponudnik storitve, se razlikuje od zneska, ki ga za to storitev nameni povpraševalec (zavarovanec) zdravstvene storitve (kar pomeni neučinkovito soočanje ponudbe in povpraševanja), cene zdravstvenega zavarovanja so pogosto predmet pogajanj med vlado in zdravstvenimi zavarovalnicami in se oblikujejo na podlagi izkušenj o preteklih stroških (kar pomeni odklon od tržne cene in določanje administrativne cene), pogosto pa je na trgih zdravstvenih storitev pokritje stroškov s strani (različnih) zavarovalnic popolno, kar ponudnika ne spodbuja k doseganju (ali povečevanju) učinkovitosti. Tveganje in uvedba zdravstvenega zavarovanja torej močno vplivata na učinkovitost delovanja trgov zdravstvenih storitev tako na strani povpraševanja kakor na strani ponudbe.⁴

Za učinkovito delovanje trgov je posebej velika ovira nepopolna informiranost in asimetrija informacij med posameznimi udeleženci (bodisi v primeru, ko je manj informiran prodajalec ali kupec). Prodajalci in kupci na trgih zdravstvenih storitev so različno informirani, zato se pri odločanju zanašajo ne le na svoje, ampak tudi na informacije, ki jih pridobijo od nasprotne stranke. Zdravnik je na primer bistveno bolj informiran o primernih in učinkovitih metodah zdravljenja kakor pacient, pacient pa ima na primer bistveno več informacij o njegovem zdravstvenem stanju in življenjskih navadah kakor zdravstvena zavarovalnica. Dejansko lahko pri zdravstvenih storitvah najdemo številne primere neučinkovitega delovanja trgov, ki izvirajo ravno iz teh razlogov.

Za trge zdravstvenih storitev so značilne tudi eksternalije (posledice imajo tudi udeleženci, ki na trgi niso neposredno udeleženi kot kupci ali kot prodajalci). Udeležencev na trgu zdravstvenih storitev ne zanima le njihovo lastno zdravstveno stanje, temveč tudi zdravstveno stanje drugih udeležencev. To eksternalijo je zelo težko internalizirati na trgu, četudi vpliva na učinkovitost delovanja trgov zdravstvenih storitev. V prisotnosti pozitivnih eksternalij bi se namreč tudi na popolno konkurenčnih trgih proizvajal manjši obseg proizvodnje od optimalnega, kar bi pomenilo manjšo učinkovitost (v mejno korist potrošnika se ne vključi

⁴ Več o tržnih nepopolnostih na trgu zdravstvenih zavarovanj Jaklič 1999, 2000 in 2002.

tudi korist drugih oziroma zunanjih oseb zaradi pozitivnih eksternalij, mejne koristi pa bi se tako izenačile z mejnimi stroški pri nižji ravni proizvodnje). To je pogosto argument za subvencioniranje dodatne količine proizvodnje. Pozitivne eksternalije se pogosto uporabljajo kot argument za uvedbo socialnih programov zdravstvenega zavarovanja. Tipični primeri za analizo eksternalij na trgih zdravstvenih storitev so (i) imunizacija nalezljivih bolezni, od česar imajo koristi vsi v družbi, ali pa (ii) občutek skrbi in sočutja za druge, ki je mnogim ljudem naraven in so zato, da bi pomagali drugim, pripravljeni nekaj plačati. Pauly (1971, str. 10-11) oba primera izenačuje: »Želja, da bi ob razpoložljivih zmožnostih pozdravili ljudi, ki imajo ozdravljive bolezni, niso pa še imeli zdravljenja, je človeku naravna. Vsaj do neke mere bi se za zmanjšanje bolezni in trpljenja drugih večina od nas odrekla delu svojega dohodka. Nekateri so na to imuni, vendar so nekateri imuni tudi na nalezljive bolezni, zato to ne predstavlja teoretičnega problema.« Splošno velja, da so problemi in tržne nepopolnosti, ki nastajajo zaradi eksternalij, običajno manj moteči, kot če so v ozadju tržnih nepopolnosti tveganje ali asimetrija informacij.

Zaradi številnih tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev zveza med konkurenco in družbeno blaginjo ni tako neposredno dosežena, kot se zdi v primeru drugih dejavnosti. Zaradi tržnih nepopolnosti se upravljanja družbene blaginje pogosto lotimo po teoremu druge najboljše možnosti (angl. second best theorem), saj prva najboljša možnost (popolna konkurenca) ni dosegljiva. Teorem druge najboljše možnosti pravi, da v primeru ko na nekem trgu obstaja ena ali več tržnih nepopolnosti, poseganje ekonomske politike, ki odpravi eno ali več, vendar ne vseh tržnih nepopolnosti, ne pomeni nujno dviga družbene blaginje.⁵

Omenjeni teorem je pogosto (zlo)rabljen, posebej s strani interesnih skupin ponudnikov storitev (zdravniških, lekarniških združenj). Napačno bi bilo namreč zaključiti, da so vse politike, ki na trge zdravstvenih vnašajo elemente večje konkurence, slabe ali da vse poslabšajo blaginjo. Nasprotno, vnašanje konkurence na trge zdravstvenih storitev lahko močno poveča družbeno blaginjo. Ker pa vseh trgov zdravstvenih storitev ni mogoče preurediti v popolno konkurenčne trge, je ob poseganju z ekonomsko politiko treba upoštevati okoliščine druge najboljše možnosti in opraviti dobro predhodno analizo.

⁵ Klasičen primer v zdravstveni ekonomiki so na primer licence za zdravnike, ki zdravnikom, ponudnikom medicinskih storitev, dajejo določeno stopnjo monopolne moči (odklon od konkurence). Potrošniki teh storitev pa imajo na drugi strani nepopolne informacije o primernosti, uspešnosti in ceni posameznih terapij. Asimetrija informacij (ponovno odklon od konkurence) deluje v prid ponudnika. Če na primer odpravimo licence kot pogoj za opravljanje zdravniške dejavnosti, hkrati pa ne rešimo problema asimetrije informacij, bodo lahko potrošniki celo v slabšem položaju.

Zaradi vseh navedenih tržnih nepopolnosti so trgi zdravstvenih storitev tradicionalno regulirani in so področje številnih intervencij. Trgi zdravstvenih storitev so značilni primeri trgov z zelo visoko stopnjo regulacije. Kadar trgi za določene dobrine ali storitve ne obstajajo, oziroma aktivnosti kupcev in prodajalcev niso povezane, skuša ekonomska politika z regulativo uvesti vsaj »kvazi« trg, ki bi nadomestil (popolnoma) birokratske modele. Taki trgi, kjer so kupci preko pogodb s tretjimi osebami vezani na nakup storitev od različnih ponudnikov, so s strani države močno regulirani tako v ceni kakor tudi v količini in kakovosti storitev.

Izvajalci oziroma ponudniki zdravstvenih storitev se ne morejo svobodno odločati o ceni ali ponujeni količini proizvodnje. Njihovo vedenje in odločanje je odvisno od strukture trga, lahko pa se v posameznih fazah proizvodnega procesa močno razlikuje. Izvajalci zdravstvenih storitev, na primer, nakupijo »inpute« (delo, zdravila, oprema) za svoje dejavnosti na drugih manj reguliranih trgih, na katerih se »tržno« odločajo. Podobno velja, da se zasebne dejavnosti, ki se izvajajo v bolnišnicah, izvajajo v bolj konkurenčnem okolju kakor storitve, ki so plačane s strani zdravstvenega zavarovanja.

Regulacija na trgih zdravstvenih storitev je tako postala substitut za konkurenco, in sicer z omejevanjem vstopa v panogo, reguliranjem investicij, ponudbe ali cene. Vendar pa regulacija ni vedno izboljšala učinkovitosti in uspešnosti, niti ne dostopnosti ali pravičnosti zdravstvenega sistema (ker naj bi bil osnovni namen regulacije) in torej tudi ni dvignila družbene blaginje (ali preprečila zmanjšanja družbene blaginje). Številne zdravstvene reforme v svetu tako od zelo reguliranih zdravstvenih sistemov prehajajo k bolj tržnim oziroma konkurenčno naravnanim zdravstvenim sistemom (glej na primer Walt, 1994, Wasseem, 1995, Warner, 1996, Stepen, 1999, Tajnikar, Došenović, 2005, str. 16-17) Ne glede na posebnosti trgov zdravstvenih dejavnosti trendi kažejo na naraščanje tržnih zakonitosti in vnašanje »večje doze konkurence«.

Posebnosti trgov zdravstvenih storitev v nadaljevanju prikazujemo s podrobnejšo analizo izbranih tržnih nepopolnosti in posledic, ki iz tega izhajajo. Posledice posameznih tržnih nepopolnosti skušamo analizirati v razmerah različnih tržnih struktur. Če je mogoče, primerjamo posledice v popolni konkurenci in posledice v monopolu.

2.2.1. Diferenciacija proizvodov

Zdravstvene storitve so diferenciran produkt. Ker gre za storitve, že zaradi narave storitev velja, da so heterogene in jih običajno ni moč prodati naprej (preprodaja s strani kupca ni možna). To še posebej velja, kadar so storitve oblikovane po meri. Na zdravstvene storitve te značilnosti lahko v celoti prenesemo, pa najsi gre za rutinske ali pa za bolj specifične, po meri oblikovane storitve. Heterogene so tudi preference potrošnikov. Nekateri želijo podrobno razlago in obsežno obravnavo njihovega primera, drugi pa imajo raje hitrost in minimalne potrebne informacije. Nekateri želijo zdravljenje z najboljšimi možnimi sredstvi, drugi bodo pripravljani plačati le minimalno oskrbo oziroma kar je temu vsebinsko ustrezno in potrebno.⁶ Preference so različne tudi glede nespremenljivih lastnosti ponudnikov oziroma izvajalcev storitev (take lastnosti so na primer osebnostne lastnosti izvajalcev, ugled, priznanost, izvor licence, medicinska fakulteta, lastništvo bolnišnic ...). Posamezniki lahko preferirajo določenega ponudnika zaradi starosti, spola, rase, etičnega prepričanja in podobno.

Kombinacija heterogenih produktov in heterogenih preferenc, ki je pomembna značilnost trgov zdravstvenih storitev, ponudniku daje dodatno tržno moč. Bolj verjetno je, da je heterogenost preferenc tista, ki spodbuja heterogenost storitev. Dejstvo, da pacienti izbirajo tiste ponudnike, ki jim maksimirajo koristnost, ponudnikom daje dodatno tržno moč, saj bi jim menjava ponudnika zmanjšala koristnost. Manj ko so ponudniki zamenljivi, večja je tržna moč in nižja je elastičnost povpraševanja. V primeru zdravnikov, ki so v urbanih področjih locirani v velikem številu, govorimo o monopolistični konkurenci. V primeru bolnišnic, katerih je običajno relativno majhno število, ki delujejo skozi daljše obdobje, pa govorimo o oligopolu z diferenciranimi produkti. Te značilnosti trgov zdravstvenih storitev omogočajo ponudnikom nadzor nad ceno in jim zagotavljajo odsotnost kakršnih koli konkurenčnih pritiskov. Vendar pa podobno velja tudi za druge trge z diferenciranimi proizvodi.

Teorija monopola (ki se osredotoča na zvezo med monopolom in kakovostjo proizvodov ter monopolom in raznovrstnostjo proizvodov), ne daje jasnega odgovora, katera tržna struktura je v primeru diferenciranih proizvodov optimalna (Spence, 1976, Dixit in Stiglitz, 1977, Salop, 1979, Anderson idr., 1992). Konkurenca se lahko pokaže kot optimalna ali pa ne. Število različic proizvodov je v popolni konkurenci lahko nižje od optimalnega, ker popolni

⁶ Primer iz prakse je uporaba belih zalivk na zadnjih zobeh, ki so kakovostno manj primerne in dražje, na zadnjih zobeh pa tega ne more kompenzirati estetska funkcija.

konkurenti ne dobijo dovolj potrošnikovega presežka zaradi dodatne različice (nova različica, ki ima pozitivno družbeno vrednost, za ponudnika v popolni konkurenci ni dobičkonosna). Monopolist pa to lahko ponudi, ker si lažje pridobi potrošnikov presežek. Možno pa je tudi, da se v popolni konkurenci ponudi obseg, ki je večji od optimalnega. Del profita zaradi nove različice proizvoda prihaja iz povpraševanja, ukradenega od drugih ponudnikov, a ponudnik zunanjih učinkov ne upošteva. Ali bo kakovost in število različic proizvodov in storitev optimalno bodisi manjše bodisi večje, je odvisno od tega, kateri od teh dveh učinkov prevlada. Natančnejše rezultate je mogoče izpeljati iz specifičnih modelov. Deneckere in Rothschild (1992) v svojih modelih pokažeta, da je konkurenca približno optimalna, kadar se fiksni stroški relativno glede na velikost trga gibljejo proti nič.

Kadar je cena določena z regulativo, konkurenca vodi k presežni diferenciaciji. Podobne ugotovitve kažejo modeli necenovne konkurence v (cenovno) regulirani letalski industriji (podrobneje o tem Douglas in Miller, 1974, White, 1972, Van der Weide idr., 1981). Nekateri menijo (Robinson in Luft, 1985), da zaradi zavarovanja bolnišnice pacientov ne privabljajo s ceno, temveč s kakovostjo in diferenciacijo, kakovostnimi zmogljivostmi ali zdravniki (ki jim pripeljejo paciente). Konkurenca tako vodi k presežni diferenciaciji in višjim cenam.

Ekonomska teorija ne daje jasnega odgovora o optimalni tržni strukturi za trge z močno diferenciranimi proizvodi. Soglasje je doseženo, da fiksiranje cene zmanjšuje družbeno blaginjo. Velja tudi soglasje, da je v primeru, če so v določenem kratkem obdobju lastnosti proizvodov oziroma storitev nespremenljive (ni nadaljnje diferenciacije in novih vstopov na trg), optimalna struktura cenovna konkurenca. Sicer pa iz teorije sledi, da je treba druge pojave analizirati od primera do primera. Taka je tudi praksa protimonopolnih agencij (običajno zajemajo v analizo le kratkoročno obdobje, da po možnosti lahko jemljejo lastnosti proizvodov in storitev kot fiksne in brez vpliva novih ponudnikov na panogo). Združitve, ki povečujejo tržno moč, cenovna diskriminacija, poskusi oviranja vstopa na trg in poskusi zmanjševanja konkurence lahko družbeno blaginjo povečajo ali pomanjšajo.

2.2.2. Nepopolne informacije

Že od leta 1963, ko je Kenneth Arrow napisal temeljno delo za področje zdravstvene ekonomike (Arrow, 1963), je znano, da je za razumevanje trgov zdravstvenih dejavnosti treba

razumeti strukturo informacij. V svojem delu je poudaril vlogi nepopolne in različne informiranosti ter negotovosti (tveganja) kot temeljni značilnosti trgov v zdravstvu in sprožil ugotavljanje drugih tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev. Asimetrija informacij vodi v moralni hazard v zdravstvenem zavarovanju, škodljivo izbiro na trgu zdravstvenih zavarovanj in problem agentov na trgu zdravstvenih storitev. Asimetrija informacij in problem agentov pogojujeta tudi nastanek s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja. Navedene posledice nepopolnih informacij se ne odražajo le na posameznih trgih zdravstvenih storitev, temveč posredno močno vplivajo tudi na delovanje drugih trgov zdravstvenih storitev. Posledice nepopolnih informacij na trgu zdravstvenih zavarovanj (na primer škodljiva izbira) občutijo tako izvajalci zdravstvenih storitev kot izvajalci lekarniških storitev, na primer v povečanem povpraševanju po storitvah (več o teh tržnih nepopolnostih na trgih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji Jaklič, 1999, 2000, 2002, 2004). Kako močno je prelivanje teh storitev med posameznimi trgi zdravstvenih storitev, je odvisno tudi od načina regulacije in sistema zdravstvenega varstva. Vsakega od navedenih pojavov nepopolne informiranosti obravnavamo podrobneje, ker želimo ugotoviti, kako lahko nepopolne informacije zmanjšajo učinkovitost delovanja trgov ter kako vplivajo na ceno in kakovost zdravstvenih storitev.

2.2.3. Moralni hazard v zdravstvenem zavarovanju

Potrošnikova negotovost glede zdravstvenega stanja in s tem povezanih potencialnih izgub povzroči povpraševanje po zdravstvenem zavarovanju. Ker je naravo in obseg potencialnih bolezni in potrebnih zdravstvenih storitev zelo težko oceniti, asimetrija informacij med potrošnikom in ponudnikom zdravstvenega zavarovanja vodi v moralni hazard.

Ena najpomembnejših tržnih nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev je učinek moralnega hazarda na potrošnjo zdravstvenega zavarovanja (Arrow 1963, Pauly 1968, Zechauser, 1970). Večina zdravstvenih storitev je plačana s strani zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni, da potrošnik plača le majhen delež stroškov, večino pa jih pokrijejo tretje osebe. Zavarovanje proti tveganjem za porabnike zdravstvenih storitev dejansko zniža cene zdravstvenih storitev. Premija, ki jo plačajo zavarovanci, navadno predstavlja le manjši del cen storitev, ki jih izvajalcem zdravstvenih storitev dejansko plača prostovoljna zdravstvena zavarovalnica. Večja uporaba zdravstvenih storitev (več obiskov zdravnikov, večja poraba zdravil) torej

poveča koristnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za zavarovanca. Učinek moralnega hazarda zato po eni strani (i) spodbuja presežno potrošnjo zdravstvenih storitev, hkrati pa (ii) ne spodbuja k iskanju cenejših storitev. Potrošniki, ki imajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, namreč izvajalcem zdravstvenih storitev ne plačujejo neposredno ali pa plačajo le manjši del cene zdravstvenih storitev. Z naraščanjem cen zdravstvenih storitev pa se koristnost zdravstvenega zavarovanja povečuje. Anketno raziskovanje v Sloveniji kaže, da se zavarovanci zavedajo koristnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja oziroma obstoja razlike v ceni, ki bi jo morali plačati izvajalcem zdravstvenih storitev, če ne bi kupili prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, da pa praviloma ne znajo oceniti velikosti te razlike (»ex post«) ter da cen zdravstvenih storitev praviloma ne poznajo (Vzajemna, 2000, 2002, 2004).

Ker moralni hazard spodbuja presežno potrošnjo, bi med mogočimi rešitvami za zmanjšanje neučinkovitosti lahko upoštevali (regulativno) omejitev »outputa«, ki ga ponujajo ponudniki s tržno močjo (Crew, 1969, Frech, 1996, Pauly, 1998). Vendar pa bi ob fiksnih zavarovalnih policah, za katere obstaja presežno povpraševanje po zdravstvenih storitvah po konkurenčnih cenah (na ravni mejnih stroškov), povečanje cene zdravstvenih storitev, ki bi se zaradi omejevanja količine postavila nad konkurenčni nivo, dejansko povečalo blaginjo. To formalno dokazujejo Gaynor, Haas-Wilson in Vogt (2001). Če je trg prostovoljnega zdravstvenega zavarovalništva konkurenčen, potem je postavljanje cene za zdravstvene storitve na raven mejnih stroškov druga najboljša rešitev. Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice bodo prodajale zavarovanja, ki bodo maksimirala blaginjo potrošnikov glede na cene zdravstvenih storitev.

Druga oblika moralnega hazarda je zmanjšana spodbuda, da bi se potrošniki racionalno obnašali (podobno kot na drugih trgih, kjer plačujejo neposredno) in iskali najnižje cene zdravstvenih storitev (Newhouse, 1978). Študije, ki so sicer upoštevale zdravstvene storitve kot homogene, kažejo, da je v ravnotežju možno, da potrošniki lahko intenzivirajo ali opustijo iskanje nižjih cen (Dionne, 1984). Prisotnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja navadno vodi v večji razpon cen zdravstvenih storitev. Izvajalci privabljajo potrošnike zdravstvenih storitev s kakovostjo, ugledom in podobno ter zvišajo ceno, kar za zavarovanega pacienta pomeni večjo koristnost (glej tudi poglavje 2.4.). Če potrošniki delno krijejo storitev sami, bodo morda bolj spodbujeni k iskanju nižje cene, veliki razponi v cenah namreč povečujejo verjetnost, da bo razlika med trenutno ceno in najnižjo ceno (pri kateri morda ne

bi imeli doplačila) velika. Možno pa je tudi, da zaradi tega, ker sami doplačajo le majhno količino, potrošniki prenehajo iskati nižjo ceno. Večja cenovna občutljivost potrošnikov zdravstvenih storitev ostaja tako izziv za razvoj institucionalnih rešitev.

Na trgih zdravstvenih storitev, ki so finančno pokrite z zdravstvenim zavarovanjem (obveznim ali prostovoljnim), kakovost postaja glavni konkurenčni dejavnik. Povpraševanje s strani zavarovancev se tako v celoti preusmeri na kakovost. V zvezi z nepopolnimi informacijami o ceni in kakovosti sta Dranove in Satterthwhite (1992) pokazala, da v primeru izboljšanja informiranosti o kakovosti tako cena kot kakovost narasteta nad optimalno raven. To nakazuje, kaj se lahko zgodi na trgu zdravstvenih storitev ob odsotnosti zdravstvenega zavarovanja in regulacije.

Omenjena avtorja tudi pokažeta, da boljša informiranost o cenah lahko vodi v izboljšanje ali zmanjšanje družbene blaginje. Če izboljšamo samo informiranost glede cen, je možno, da bo blaginja potrošnikov celo padla. Cene zdravstvenih storitev bodo (zaradi reakcije na strani ponudbe oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev) padle, potrošniki bodo s tem pridobili, toda marže ponudnikov bodo padle toliko, da se bo zmanjšala kakovost storitev, kar bo povzročilo neto znižanje blaginje. Možno je tudi, da bo učinek povečanja blaginje potrošnikov zaradi znižanja cen odtehtal učinek padca kakovosti in bo končni rezultat povečanje blaginje. Bolj verjetno je, da se bodo taki učinki pokazali v primeru cenovno občutljivih shem (angl. managed care plans). Takšni rezultati so možni, kadar potrošniki za zdravstvene storitve v celoti plačujejo sami. V prisotnosti zdravstvenih zavarovanj (tako obveznih kot prostovoljnih) učinki izboljšanja informiranosti še niso v celoti raziskani. Hibbard in Weeks (1989) ocenjujeta, da ima izboljšanje informiranosti o cenah zanemarljiv učinek na potrošnikovo odločitev prav zaradi zdravstvenega zavarovanja (posrednega pokritja storitev s strani tretje osebe).

2.2.4. Škodljiva izbira na trgih zdravstvenega zavarovanja

Drugi dobro znan primer tržne nepopolnosti na trgih zdravstvenih storitev, ki izvira iz asimetrije informacij, je škodljiva izbira na trgih zdravstvenega zavarovanja (angl. adverse selection). Potrošniki in zavarovalnice so različno informirani o tveganju – običajno je tveganje znano le potrošniku, ne pa zavarovalnici. Zdravstvena zavarovalnica zato privablja

predvsem zavarovance (paciente), ki so nadpovprečno tvegani. Zelo verjetno je (in večina analitikov to potrjuje), da imajo zavarovanci boljše informacije o svojem zdravstvenem stanju in pričakovanem povpraševanju po zdravstvenih storitvah kakor zavarovalnica. Posledica tega je, da so premije za visoko tvegane zavarovance (paciente) podcenjene in da so le-ti nadzavarovani, medtem ko za nizko oziroma podpovprečno tvegane zavarovance velja nasprotno. Ta pojav zmanjšuje učinkovitost trga zdravstvenega zavarovanja in prerazdeljuje dohodek od bolj zdravih k bolj tveganim.

Rothschild in Stiglitz (1976) pokažeta, da popolno konkurenčni trgi zaradi pojava škodljive izbire lahko propadejo. Ko posamezniki poznajo svoje tveganje, zavarovalnice pa ne, ravnotežje ne obstaja. Parcialno ravnotežje lahko obstaja, če visoko tvegani potrošniki kupijo popolno zavarovanje in nizko tvegani potrošniki nepopolno zavarovanje. Tako ravnotežje tudi ne bo obstajalo, če obstaja dovolj nizko število visoko rizičnih potrošnikov. Stiglitz (1977) je analiziral ravnotežno zavarovalno pogodbo, ki jo ponuja monopolist v pogojih škodljive izbire, in ugotavlja, da tudi v primeru monopola skupno ravnotežje ni možno. V parcialnem ravnotežju visoko rizični posamezniki kupijo popolno zavarovalno kritje, nizko rizični posamezniki pa kupijo delno zavarovanje ali pa ga sploh ne kupijo. Primerjava blaginje v pogojih konkurence in monopola na podlagi Stiglitzeve študije ne daje jasnih rezultatov. V konkurenci je obseg nižji od optimalnega, a tudi monopol ni nujno bolj učinkovit. Prednost monopola je, da zavarovalnica pozna celotno količino in vrsto nakupov (sklenjenih zavarovalnih polic). V primeru konkurence (tudi nepopolne) izmenjava teh informacij praviloma ne deluje.

Možno je tudi, da Rothschild-Stiglitzeva predpostavka, da je nespremenljivo tveganje posameznikom v celoti znano, ni verjetna oziroma realistična. Empirično proučevanje namreč kaže, da obstaja neka inercija v izdatkih za zdravstveno zavarovanje, vendar pa je časovno omejena in traja največ štiri do pet let (Eichner idr., 1997). Nekateri modeli (Spence, 1978, Miyazaki, 1977, Riley, 1979, Wilson, 1977, Cave, 1986) nakažejo tudi možnost obstoja konkurence. Implikacije proučevanih modelov konkurence na realnih trgih zdravstvenega zavarovanja tako ostajajo nejasne.

Empirična dejstva o delovanju trgov zdravstvenega zavarovanja dajejo mešane rezultate. Zdravstvene zavarovalnice običajno ne diferencirajo premij glede na tveganje bodisi zaradi transakcijskih stroškov bodisi zaradi regulativnih prepovedi takih praks. Večina analiz (Pauly,

1986, Newhouse, 1996) je tako usmerjena v proučevanje drugega pojava, ugodne izbire zavarovancev s strani zdravstvenih zavarovalnic (pa tudi zavarovalnic na splošno), t. i. pobiranja smetane (angl. cream skimming) ali izbiranja češenj (angl. cherry picking), kjer zavarovalnice izbirajo nizko tvegane zavarovance in se izogibajo visoko tveganim. Ta pojav mnogi analitiki ocenjujejo kot bolj škodljiv, kakor je problem škodljive izbire (Gaynor, Vogt, 2000, str. 1415).

2.4.3. Problem agentov in s strani ponudnika vsiljeno povpraševanje

Produkt na trgu zdravstvenih storitev ni le storitev, kjer bi izvajalec (na primer zdravnik) ponudil le nego ali terapijo, temveč vključuje tudi diagnozo in svetovanje. Zdravnik je najet, da opravi diagnozo in zagotovi primerno ukrepanje. To samo po sebi ni unikatna lastnost trgov zdravstvenih storitev. Podobne značilnosti imajo na primer storitve popravil in vzdrževanja, finančnega upravljanja premoženja ali najetje taksista v neznanem kraju. V literaturi je nakup takih storitev opisan s pojmom igra prepričevanja (angl. game of persuasion; več o splošnih primerih Milgrom, 1981, Plott in Wilde, 1980, Crawford in Sobel, 1982, za trge zdravstvenih storitev pa Pauly, 1980, Dranove, 1988, in Glazer in McGuire, 1992).

Taka igra ima asimetrično strukturo informacij. Potrošnik opazi samo simptom (bolečino), ne ve pa vzroka ali narave problema. Obstaja verjetnost, da je ta problem resen in bo zanj potrebno obsežno in drago zdravljenje, in verjetnost, da je problem majhen in bo njegovo zdravljenje poceni. Strokovnjak lahko ugotovi (recimo, da z gotovostjo), ali je problem velik ali majhen in katero zdravljenje (poceni ali drago) je potrebno. Pacient pričakuje primerno zdravljenje, vendar ne zna oceniti problema. Njegova odločitev zato nujno temelji na informaciji, ki mu jo da zdravnik. Med potrošnikom in zdravnikom tako obstaja asimetrija informacij in agentski odnos. Obstaja možnost, da zdravnik potrošniku problem napačno predstavi. Spodbuda za to obstaja, če je dražji način zdravljenja tudi bolj dobičkonosen.

Ta pojav, ki nastaja zaradi asimetrije informacij in agentskega odnosa, v zdravstveni ekonomiki opredeljuje pojem s strani ponudnika vsiljeno povpraševanje (angl. supplier induced demand) in je eden osrednjih problemov raziskovanja in diskusij zdravstvene ekonomike. Reinhardt (1989) se ravno zaradi pojava s strani ponudnika vsiljenega

povpraševanja sprašuje, ali ni učinkovitosti alokacije virov na trgih zdravstvenih storitev boljše kot na strani povpraševanja dosegati z regulacijo na strani ponudbe.

S strani ponudnika vsiljeno povpraševanje opredelimo kot »ustvarjanje povpraševanja, ki je povezano z diskrecijsko pravico ponudnikov in izvira iz njihovih lastnih interesov in ne iz interesov povpraševalcev« (Folland, Goodman, Stano, 2001, str. 617). Izvirni avtor koncepta je Roemer (1961), ki je potrdil pozitivno povezanost med številom razpoložljivih postelj in dejanskih bolnišničnih dni, bolj znano pod imenom Roemerjev učinek ali kot »nova bolnišnična postelja je za vedno polna postelja«. Ta pojav bi lahko poimenovali tudi kot Sayev zakon na nepopolnih trgih. Tradicionalno je pojav analiziran na odnosu med ponudnikom oziroma izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom, vendar ga je možno prenesti in zaslediti tudi na drugih trgih zdravstvenih storitev. V nadaljevanju bomo v empiričnem delu ta pojav analizirali na primeru lekarniške dejavnosti.⁷

V literaturi definicije pojava s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja niso povsem enotne. Zlasti kadar gre za empirično merjenje omenjenega pojava, raziskovalci še vedno niso popolnoma enotnega mnenja glede natančne definicije vsiljenega povpraševanja (Labelle, Stoddart, Rice, 1994). Donaldson in Gerard (1993) s strani ponudnika vsiljeno povpraševanje definirata kot tisto količino povpraševanja, ki jo spodbudijo zdravniki in ki presega povpraševanje na trgu v primeru, ko so potrošniki popolno informirani. Kot ozadje pojava navajata moralni hazard zdravnikov, ki se pojavi zaradi plačila storitev s strani tretje osebe (zdravniki ne nosijo finančne odgovornosti svojih odločitev), in asimetrijo informacij.

Za empirično proučevanje s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja so poleg natančnega definiranja in merjenja značilne še druge številne metodološke težave, zato ne zagotavlja jasnih dokazov o obstoju in obsegu pojava. Formalne modele s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja je težko razviti in empirično testirati. Čeprav je razvitih nekaj teoretično konsistentnih modelov (na primer: model rigidnih cen, model ciljnega dohodka, model maksimiranja dobička), je ta pojav ekonometrično težko identificirati, na primer ločiti naraščanje porabe zdravstvenih storitev od naraščanja števila zdravnikov. V številnih prispevkih, ki so to proučevali med zdravniki in pacienti, avtorji niso uporabili ustrezne

⁷ Možnost obstoja vsiljenega povpraševanja na trgih lekarniških storitev je pogojena z načinom regulacije lekarniških dejavnosti. Podobnega primera v strokovni literaturi še nismo zasledili. Tudi omejitve tega pojava, kot na primer drugo zdravniško mnenje ali izguba ugleda pri izvajalcih zdravstvenih storitev, na primeru lekarniške dejavnosti ne obstajajo.

metodologije in niso razlikovali med učinki količnika, ki meri spremembe v populaciji zdravnikov glede na spremembe v količini »outputa« (zdravstvenih storitev) na posameznega zdravnika, ter učinki na uporabo zdravstvenih storitev na prebivalca (Stano, 1998, str. 612-613, Folland, Goodman, Stano, 2001, str. 207-213).

Relevantno vprašanje je, ali konkurenca vodi v večje ali manjše spodbujanje vsiljenega povpraševanja. Eden od standardnih načinov preverjanja s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja je preverjanje odvisnosti cene zdravstvenih storitev s številom zdravnikov na prebivalca (in kontrolnih spremenljivk). Če je trg konkurenčen, večje število zdravnikov pomeni večjo ponudbo zdravstvenih storitev in posledično nižjo ceno. Inducirano povpraševanje pa se pojavi takrat, ko vstopu novih zdravnikov ne sledi v povprečju zmanjšano povpraševanje na posameznega zdravnika. Zdravniki bodo tako inducirali povpraševanje, da bi povečali svoje dohodke. Model ima sicer tudi pomanjkljivosti, vendar je koristen za analiziranje odnosa med konkurenco in vsiljenim povpraševanjem.

Številni modeli, ki temeljijo na maksimiranju profita, ugotavljajo, da konkurenca zmanjšuje ali celo odpravlja inducirano povpraševanje. Stano (1987) oblikuje model, v katerem zdravnik, ki maksimira svoj dobiček, izbira cene in stopnje spodbujanja povpraševanja. Dokaže, da dokler vstop novih izvajalcev povečuje cenovno elastičnost povpraševanja, s katerim se soočajo izvajalci, in dokler so mejni stroški spodbujanja povpraševanja konstantni, vstop novih izvajalcev zmanjšuje inducirano povpraševanje. Če so mejni stroški induciranja povpraševanja naraščajoči, so rezultati nejasni. Vstop v panogo zmanjša mejne dohodke od inducirane povpraševanja, zmanjšajo pa se tudi mejni stroški. Model ne dopušča, da bi zdravniki zapustili lokalni trg in se zaradi vstopa novih ponudnikov preselili na drug trg. Odhod z lokalnega trga za zdravnika ne pomeni izstopa iz panoge, edina izguba premestitve na drug trg so fiksni zagonski (potopljeni) stroški vstopa na lokalno tržišče, ki so za zdravnika stroški pridobivanja prakse. Če je izhod iz lokalnega trga možna strateška odločitev, lahko naprej zmanjšuje privlačnost spodbujanja oziroma vsiljevanja povpraševanja.

Kadar zdravniki ne maksimirajo dobička, temveč koristnost, se lahko zgodi, da dohodkovni učinek ob novih vstopih lahko vodi v povečano spodbujanje povpraševanja. Ti primeri so empirično manj preverjeni. McGuire in Pauli (1991) ugotavljata, da monopolist inducira povpraševanje samo v primeru, ko zaradi reguliranih cen učinek dohodka pretehta učinek substitucije. Empirični dokazi, da ima ponudba zdravnikov pomembne dohodkovne učinke, so

šibki (glej Sloan, 1975, Lee in Mroz, 1991, Rizzo in Blumenthal, 1994), Rizzo in Blumenthal (1994) pa dokazujeta, da učinek substitucije zaradi spremembe plače odtehta dohodkovni učinek. Tudi v primeru maksimiranja koristnosti razpoložljive študije ne dajejo konsistentnih rezultatov, da vstop v panogo inducira povpraševanje in zniža cene.

V zadnjem času se študije osredotočajo tudi na vprašanje, ali inducirano povpraševanje poveča zadovoljstvo potrošnika (pacienta). Tudi tu obstajajo številne metodološke težave, študije (Labelle, Stoddart, Rice, 1994, Carlsen, Grytten, 2000, str. 731-747) pa doslej niso mogle potrditi, da s strani ponudnika oziroma izvajalca vsiljeno povpraševanje povečuje zadovoljstvo potrošnika.

Iz empiričnih raziskav lahko zaključimo, da zaradi asimetrije informacij in agentskega odnosa pojav s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja obstaja, tako teorija kakor empirične študije pa ne dajo dokončnega odgovora o optimalni tržni strukturi. Bolj verjetno je, da bo povečanje konkurence zmanjšalo anomalije zaradi vsiljenega povpraševanja kakor obratno.

3. REGULIRANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV

Zaradi tržnih nepopolnosti je na trgih zdravstvenih storitev značilna visoka stopnja regulacije. Čeprav namen regulacije navadno ni izrinjanje konkurence (ampak večkrat pospeševanje konkurence z namenom dvigovanja blaginje), pa se ob številnih tržnih nepopolnostih na trgih zdravstvenih storitev regulacija pogosto pokaže kot nadomestek za konkurenco ali kot sredstvo za ukinjanje konkurence. Posledice so v končni fazi lahko tudi družbeno nezaželene in se pokažejo v zmanjšanju družbene blaginje. V takih primerih nastali problemi redko postanejo predmet protimonopolnega delovanja. Država izvaja tako obsežno reguliranje, da sama stopi na mesto protimonopolne zakonodaje.

Reguliranje trgov zdravstvenih storitev je izjemno zahtevno. Teoretična izhodišča drugega poglavja nakazujejo, da na podlagi teoretičnih modelov ni preprostih in enostranskih rešitev in da mora biti vsakokratni poseg skrbno proučen tako na posameznem trgu kot tudi v interakciji z drugimi. V nadaljevanju zato podrobneje proučujemo načine, cilje in instrumente reguliranja.

3.1. Definicija reguliranja

Reguliranje pomeni obliko intervencije. Regulator skuša vplivati na udeleženca na trgu, ki ni odvisen od regulatorja. Obstaja več oblik reguliranja: vplivanje na cene, vplivanje na kakovost in distribucijo dobrin in storitev, dodeljene so lahko določene pravice, lahko je predpisano ali prepovedano določeno obnašanje, lahko so natančno določena pravila izračuna cen ali zavarovalnih premij. Reguliranje torej pomeni pravila, ki nadzirajo ali spreminjajo aktivnosti posameznikov ali podjetij. Razlikujemo dva različna vidika reguliranja: (i) oblikovanje pravnega okvira – to je lahko zakonodaja, podzakonski akti ali dogovori in (ii) uveljavljanje predpisov ali dogovorov (Wassem, 1995). Prvi pomeni predvsem sprejetje določenega predpisa ali zakona, kar je enkratno dejanje, čeprav je treba pravni okvir prilagajati, če se spremenijo okoliščine. Uveljavljanje predpisov pa je stalen proces.

Reguliranje navadno povezujemo z ravnanjem države (javno reguliranje), čeprav obstajajo tudi druge oblike reguliranja. Javno reguliranje je eden od instrumentov državne (javne) intervencije. Država lahko v zdravstvenem sektorju intervenira na različne načine, glavni instrumenti pa so javna produkcija (angl. public production), javno financiranje (angl. public financing) in javno reguliranje (angl. public regulation) (Wassem, 1995, 1998, Abbott, 1995).

Namen javnega reguliranja je povečati socialno blaginjo. Primeri javnega reguliranja so uravnavanje proračunov in virov zdravstvenega sektorja ali bolnišnic, določitev pravil izračunavanja premij za zdravstveno zavarovanje z zakonom, državna kontrola medicinskih licenc, določanje minimalnih pravic v obveznem zavarovanju ter zakonodaja za varnost in zdravje pri delu (Wassem, 1995, str. 56).

Vendar pa javno reguliranje ni edina vrsta reguliranja zdravstvenega sektorja. Aktivnosti v zvezi s tem do določene mere s samoregulacijo (angl. selfregulation) izvajajo pol javne ali zasebne institucije (Wassem, 1998, str. 21). Primer samoregulacije v zdravstvenem sektorju so razna zdravniška združenja, ki zagotavljajo ambulantno zdravljenje na nacionalni ravni, in združenja bolnišnic, ki določajo cene bolnišničnega zdravljenja. Področje kakovosti je na primer eno od področij, ki je lahko podvrženo samoregulaciji. Pogosti obliki samoregulacije sta združenje bolnikov in profesionalno združenje na področju zdravstva (zdravniška zbornica).

V okviru združenj bolnikov želijo skupine državljanov promovirati ukrepe za doseganje določenih ciljev, za katere menijo, da so pomembni in jim država morda ne namenja dovolj pozornosti. Tako poznamo združenja bolnikov, povezana z različnimi boleznimi, kot so na primer diabetes, rak, bolezni srca in ožilja, poznamo pa tudi združenja, ki se zavzemajo za dobrobit določene skupine ljudi, kot so na primer starostniki. V nekaterih državah so takšna združenja deležna celo javnih sredstev v obliki subvencij ali donatorskih prispevkov, s čimer jim država priznava, da delujejo v javnem interesu, saj ščitijo potrošnika in se zavzemajo za pravice bolnika.

Profesionalna združenja na področju zdravstva lahko delujejo regionalno ali celo na nacionalni ravni. Njihov glavni namen je zagotavljati napredek stroke, s čimer imajo velik vpliv na zdravstveni sistem v državi. Zdravniška združenja so primer dobro organiziranih profesionalnih združenj, ki imajo velik pomen pri izobraževanju zdravnikov. Večkrat takšna združenja zastopajo zdravnike v pogajanjih z vladami o plačah zdravnikov in izvajajo funkcijo varuha etike v zdravniškem poklicu. Nacionalna zakonodaja lahko določi, da je članstvo v takšnem združenju celo obvezno in je to pogoj za pridobitev licence. V ta okvir sodijo tudi lekarniška združenja.

Samoregulacija večkrat nadomešča javno reguliranje v zdravstvenem sektorju in pravila, ki so tako določena, pogosto niso nič manj zavezujoča kot pravila javnega reguliranja. Takšna samoregulacija ima največkrat podlago že v samem zakonu, ki določeno področje podvrže samoregulaciji profesionalnih združenj.

3.2. Cilji reguliranja trgov zdravstvenih storitev

Oblikovanje pravil v zdravstvenem sektorju ponavadi nastaja z normativnim pristopom (ekonomski ukrepi so oblikovani glede na družbeno želene cilje), splošnimi kulturnimi vrednotami in normami družbe na eni in interesnimi skupinami na drugi strani. Pravila v zdravstvenem sektorju so tudi zgodovinsko pogojena, kjer imajo etične norme ali načela še poseben pomen. Kodifikacija takšnih pravil v zakonih ali ustavah posameznih držav pomeni v bistvu kodifikacijo etičnih norm ali navad ljudi. Čeprav naj bi zdravstvena politika zasledovala cilje izboljševanja zdravstvenih sistemov po načelu Svetovne zdravstvene

organizacije »zdravje za vse«, pri implementaciji pravil s tega področja večkrat prevzemajo vodilno mesto zgodovinsko pridobljene pravice in navade ljudi.

Kljub različnim pristopom zdravstvene politike lahko opredelimo tri glavne cilje reguliranja zdravstvenega sektorja: uspešnost, učinkovitost in pravičnost, tem pa bi lahko dodali tudi odgovornost (Wassem, 1998, Abott, 1995, Clewer, Perkins, 1998). Po pomenu se cilji lahko med posameznimi državami razlikujejo glede na sistem zdravstvenega varstva. Debate o reformah zdravstvenih sistemov in spreminjanje pravnega okvira so predvsem diskusija o prioritetah med temi cilji.

Uspešnost pomeni nekaj narediti prav(ilno). Uspešnost je močno povezana s kakovostjo zdravstvene storitve, kajti kakovostno opravljena zdravstvena storitev je prvi pogoj za izboljšanje zdravstvenega stanja. Uspešnost lahko povežemo tudi s kakovostjo življenja. Uspešnost povezuje zdravstveno storitev z njenim izidom tako, da uspešnost vedno povezujemo s ciljem ali merilom.

Regulativa, ki se nanaša na uspešnost, naj bi zagotavljala visoko kakovostne zdravstvene storitve. Ukrepi, ki zagotavljajo kakovost, kot na primer zahteve po licencah za zdravnike in druge strokovnjake, medicinski standardi, medicinski nadzor itd., so primer potrebnih kontrolnih mehanizmov v vseh sistemih – prostem trgu, reguliranem trgu ali celo sistemu, ki ga izvaja država.

Učinkovitost v zdravstvenem sektorju zahteva tako produktivnost kot uspešnost pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Učinkovitosti zdravstvenih storitev ne moremo proučevati, če te storitve niso uspešne. Včasih zasledovanje uspešnosti in učinkovitosti lahko vodi celo v različne smeri, zaradi česar je potrebno omenjena cilja zasledovati uravnoteženo.

Regulativa, ki se nanaša na učinkovitost, teži k temu, da udeleženci varčujejo pri porabi virov in se izogibajo neučinkovitosti. Učinkovitost pomeni, da ni izgub. Učinkovitost je tesno povezana s poslovanjem na trgu oziroma rezultatom tržnih transakcij. Da bi zagotovili učinkovito alokacijo virov na trgih zdravstvenih storitev, vlade intervenirajo pri določanju cen za zdravstvene storitve, uveljavljajo pravila za sklepanje pogodb, zmanjšujejo svobodo izbire in vertikalne integracije, podpirajo aktivnosti, ki so splošno koristne, kot sta na primer javna

higiena ali razgibavanje, ali uvajajo politike, ki ohranjajo stabilnost javnih in zasebnih zdravstvenih fondov.

Pravičnost v širšem smislu lahko razumemo kot enakost pri ohranjanju zdravstvenega stanja, enakost zdravstvenih storitev za enake potrebe in enako dostopnost zdravstvenih storitev. Ker so ti trije vidiki lahko med seboj v nasprotju, jih moramo rangirati. Glavni vidik pravičnosti je dostopnost zdravstvenega sistema, zaradi česar je pravica do zdravja ustavna kategorija, ki uživa najvišjo prioriteto.

Regulativa, ki zagotavlja pravičnost, poskuša zagotavljati takšno dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev, ki je odvisna od potreb posameznika in ne od zmožnosti plačila ali geografske lege. Na strani financiranja pa intervencije, ki zagotavljajo pravičnost, temeljijo na financiranju, ki je odvisno od dohodka, ter pravilih, ki določajo porazdelitev stroškov. Vendar pa zgolj formalno upravičenje za doseg pravičnosti ni dovolj. Tisti, ki potrebuje določene storitve, jih mora prejeti v razumnem času.

Omeniti velja še četrti cilj, ki je pomemben pri oblikovanju in implementaciji pravil v zdravstvenem sektorju, in sicer odgovornost. Odgovornost ni pomembna le zato, ker podpira uspešnost, učinkovitost in pravičnost, temveč tudi, ker rešuje konflikte med temi cilji. Reguliranje v smeri odgovornosti je prvi pogoj za zaupanje v pravila oziroma proces reguliranja.

Regulativa, ki je usmerjena k odgovornosti, se nanaša na mehanizme, s katerimi posamezniki in organizacije prevzemajo odgovornost za svoje ravnanje. Načelo odgovornosti vključuje formalno-pravno in finančno odgovornost ukrepov, ki so že uveljavljeni ali so v fazi razvoja. Vključuje tudi pogoj za izvajalca storitve, da izrecno prevzema odgovornost za doseg dogovorjenih ciljev. Razvoj odgovornosti je eden od ključnih dejavnikov reform upravljanja in organizacij. Obstajati mora mehanizem, ki zagotavlja, da so tisti, ki sprejemajo odločitve, ustrezno odgovorni potrošnikom (zdravstvenih) storitev.

Obstaja več argumentov, ki poudarjajo pojem odgovornosti v regulatornem okviru trga zdravstvenih storitev. Organizacije zasebnega sektorja zagotavljajo javno financirane storitve, kar predstavlja prvi argument. Dejstvo, da so običajno storitve plačane s strani tistega, ki ni fizično prisoten, da bi nadziral, kaj je bilo izvedeno, predstavlja drugi argument. Tretja

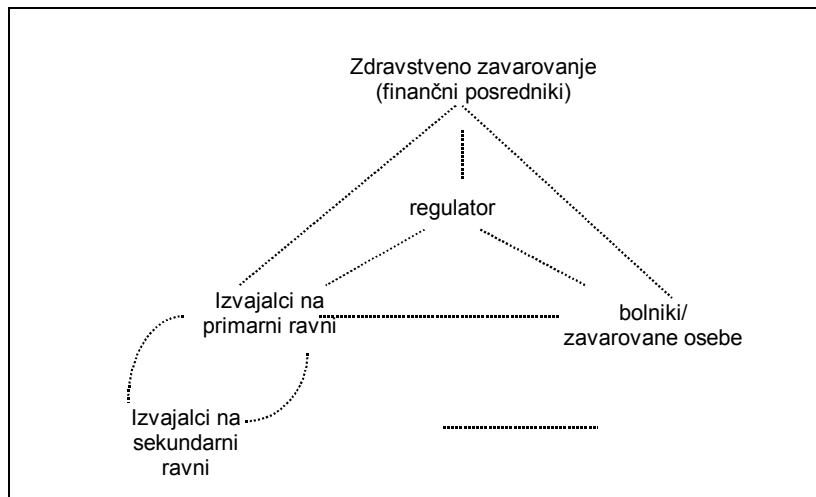
skupina problemov izvira iz dejstva, da so pacienti čustveno ranljivi in imajo praviloma manj znanja in informacij kot druga stranka (zdravnik), ki diagnosticira problem in predlaga rešitev (Gray, 1991). Odgovornost na reguliranem in planskem trgu temelji na administrativnih metodah, etičnih in profesionalnih standardih, sistemih finančnega poročanja ter tudi na silah trga. Vsaka od teh metod odgovornosti vključuje svoje spodbude in mehanizme sankcioniranja. Okvir reguliranja, ki teži k odgovornosti, mora podpirati ostale tri cilje: uspešnost, učinkovitost in pravičnost (Wassem, 1998, str. 24-26).

3.3. Predmet reguliranja

Če želimo vedeti, kaj je predmet reguliranja v zdravstvenem sektorju, moramo definirati udeležence zdravstvenega sektorja. Kot je razvidno s slike 2, lahko ločimo vsaj štiri udeležence: bolnike, izvajalce zdravstvenih storitev, finančne posrednike in regulatorje zdravstvenega sektorja. Nadaljnji udeleženci so zagotovo tudi zaposleni in interesne skupine, vendar jih zaradi večje preglednosti na tem mestu ne analiziramo.

Reguliranje zdravstvenega sektorja postaja vedno bolj kompleksno, zaradi česar mora biti reguliranje zelo specifično za vsako stopnjo proizvodnega procesa. Oblikovanje regulative mora upoštevati obnašanje in odgovornost vseh udeležencev: posameznikov (bolniki in zavarovane osebe), izvajalcev zdravstvenih storitev, finančnih posrednikov in regulatorjev (država ali njene agencije, profesionalna združenja). Slika 3 obravnava predmete reguliranja, in sicer pravice in odgovornosti udeležencev, ki se nanašajo na produkcijo zdravstvenih storitev. Primer: reguliranje obnašanja posameznika naj bi spodbujalo njegovo samoodgovornost, dolžnost pomagati drugim, pravico do pritožbe, svobodo izbire, pravico do informiranosti.

Slika 2: Udeleženci v zdravstvenem sektorju



Vir: Wassem, 1998, str. 11.

Slika 3: Predmeti reguliranja: pravice in odgovornosti posameznih udeležencev v proizvodnji zdravstvenih storitev

<i>posamezniki</i> (pacienti/zavarovane osebe)	<i>udeleženci</i>		
	<i>izvajalci</i> (na primarni in sekundarni ravni)	<i>finančne ustanove</i>	<i>regulatorji</i> (državne agencije, drugi)
<i>samoodgovornost</i>	<i>odgovornost za kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev</i>	<i>obveznost pogodb, kakovost storitev</i>	<i>obveznost nadzora kakovosti</i>
<i>odgovornost za prvo pomoč, pravica do sodelovanja v načrtovanju in nadzoru regulacije, pravica do pritožbe</i>	<i>ovire pri zavračanju pacientov, pravica profesionalnih organizacij za reševanje konfliktov</i>	<i>obveznost sklepanja in prekinjanja pogodb, omejitve pri izbiri tveganja, procedure za reševanje konfliktov</i>	<i>omejitve v nadzoru, pravila intervencije, inšpekcija in posredovanje v reševanju konfliktov</i>
<i>finančne obveznosti, delitev stroškov</i>	<i>obveznost uporabe administrativnih cen in izdajanja računov</i>	<i>obveznost uporabe finančnih pravil, obveznost solventnosti</i>	
<i>svobodna izbira izvajalca in zavarovalnice</i>	<i>pravica do vstopa na trg in združevanja</i>	<i>pravica do vstopa na trg in združevanja</i>	<i>sodelovanje v načrtovanju infrastrukture</i>
<i>pravica do informiranosti</i>	<i>obveznost izdelovanja kartotek, poročanja in računovodskih izkazov, zasebnost</i>	<i>obveznost poročanja in računovodskih izkazov, zasebnost</i>	<i>razkritje pravil reguliranja, informacije o pritožbah in reševanju konfliktov</i>

Vir: Wassem, 1998, str. 12.

3.4. Pristojnost za reguliranje

V demokratičnih državah parlament sprejema in spreminja zakone, medtem ko izvršilna oblast skrbi za pripravo podzakonskih aktov ter nadzira izvajanje predpisov. Ne glede na obliko državne oblasti ima večina držav agencijo, katere glavna naloga je reguliranje zdravstvenega varstva oziroma zdravstvenega sektorja. To je lahko ločeno telo v vladi, ki se ukvarja le z zdravstvom (ministrstvo za zdravstvo/zdravje), ali pa gre za kombinacijo z drugimi telesi, ki se ukvarjajo tudi s sorodnimi področji, kot na primer socialno blaginjo, socialno varnostjo, okoljem, izobraževanjem ali kulturo (na primer STAKES na Finskem, ki ga v okviru opisa ureditve finskega sistema podrobneje opisuje Jarvelin, 2002). Pogosto centralna oblast – ministrstvo za zdravje, delegira določene pristojnosti ostalim udeležencem zdravstvenega sektorja.

Poleg zahteve, da morata biti okvir in oblika reguliranja jasno določena, je treba posebno pozornost nameniti lastnostim regulatorjev, ki jih lahko strnemo v naslednje skupine:

- Reguliranje zahteva oblastni organ ali pristojnost oziroma legitimacijo za reguliranje.
- Reguliranje zahteva zmožnost in pristojnost reguliranja, to pomeni povezati predmet reguliranja s cilji reguliranja. Regulator mora biti sposoben nadzirati določene transakcije in zavarovalne pogodbe.
- Reguliranje mora biti sprejemljivo za ponudbo in povpraševanje na trgu, za potrošnike in izvajalce. To pomeni, da mora biti reguliranje primerno in ustrezno za trg v celoti in mora temeljiti na dokazih, razlogih in načelih, s katerimi se udeleženci strinjajo.
- Regulator mora biti sposoben delovati neodvisno.

Delitev odgovornosti reguliranja med različnimi stopnjami reguliranja (oblikovanje, izvajanje in nadzor) in različnimi področji reguliranja (kakovost, učinkovitost, pravičnost) podpira uspešno reguliranje (Wassem, 1995, str. 13).

3.5. Okvir reguliranja

Da z reguliranjem dosežemo želene cilje, je zelo pomembno zagotoviti ustrezen okvir reguliranja. Pomembno je, da se analizira vse udeležence, na katere se regulativa nanaša, da

se uskladi sistem ter cilje in instrumente reguliranja, ki so po potrebi diferencirani za različne udeležence, ter zagotovi sprejemljivost reguliranja.

3.5.1. Skladnost regulacije

Reguliranje, na primer cene ali kakovosti, vsebuje tehnične vidike, ki zahtevajo specialna znanja in poznavanje ekonomske teorije, oblikovanje konsistentnega okvira reguliranja pa zahteva še mnogo več. Treba je bdeti nad:

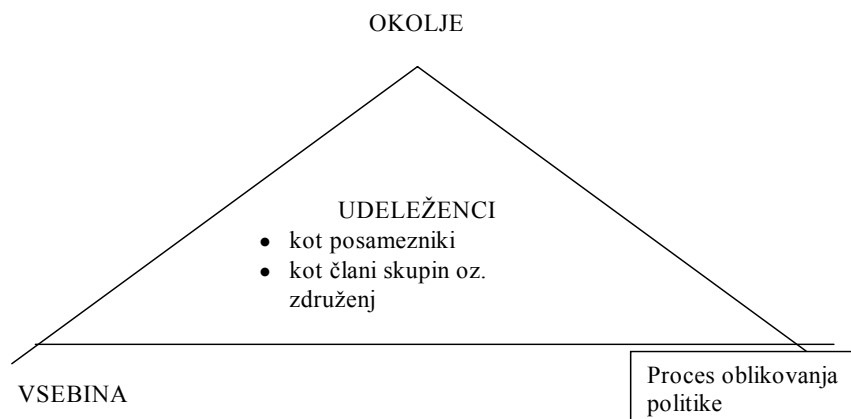
- udeleženci, ki so udeleženi pri razvoju in implementaciji reguliranja,
- procesom, ki smo ga uporabili pri razvoju in uvedbi meril reguliranja,
- skladnostjo uvedenega reguliranja.

Slika 4 prikazuje t. i. trikotnik analize politik (Wassem, 1998, str. 24). Diagram tvori analitični okvir, ki nam pomaga pri analizi okvira reguliranja. Poudarjena je vloga *udeležencev*, ki so postavljeni v sredino trikotnika. *Proces oblikovanja politike* (na sliki desno spodaj) vključuje oblikovanje, preoblikovanje in uvedbo reguliranja, *vsebina* ponazarja cilje in instrumente reguliranja, *okolje* (na sliki zgoraj) pa relevantno zgodovinsko, gospodarsko, politično, družbeno-kulturno in pogosto tudi mednarodno okolje reguliranja. Tako na udeležence kot na vsebino močno vpliva okolje in njegovo spreminjanje.

Da bi našli učinkovite strategije za oblikovanje in uvedbo reguliranja, je treba upoštevati vse elemente trikotnika. Regulativa je pogosto neprimerna za udeležence, ker omejitve ovirajo svobodo delovanja in morebitni neučinkoviti instrumenti škodujejo ugledu. Reguliranje cen lahko zmanjšuje skupne prihodke. Reguliranje večinoma zmanjšuje moč dobaviteljev v zdravstvenem sektorju in povečuje moč povpraševanja.

Reguliranje tudi ni vedno enako za ves zdravstveni sektor. Ponavadi obstajajo različne sheme reguliranja javnega in zasebnega sektorja. Praktično v vseh državah obstaja mešani sistem financiranja in izvajanja zdravstvenega varstva (kombinacija javnega in zasebnega). Zato obstajajo tudi različne sheme reguliranja. Kot primer nam lahko služi obstoj obveznega (socialnega) zdravstvenega zavarovanja in zasebnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Reguliranje zasebnega sektorja je navadno manj restriktivno, saj je ta sektor bolj tržno usmerjen.

Slika 4: Trikotnik analize politik



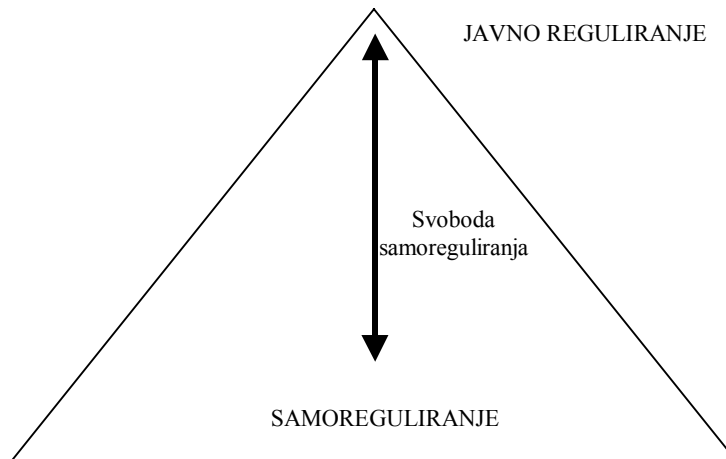
Vir: Wassem, 1998, str. 24 (povzeto po Walt and Gilson, 1994).

3.5.2. Omejitve samoregulacije

Pritožba na ustavno sodišče je v nacionalnem pravnem redu običajno zadnje sredstvo za uveljavitev človekovih pravic, čeprav je odločitev sodišča večkrat preveč časovno oddaljena, da bi bili redki viri porabljeni učinkovito. Tako se zastavlja vprašanje, kako naj bo organizirana uveljavitev predpisov, da bo zagotovljena učinkovita alokacija virov v postopku izvajanja predpisov.

Ekonomisti so analizirali naravo regulacije v številnih panogah in jo proučevali tudi s teorijo iger. Vlade bodo najverjetneje dosegle svoje cilje s komunikacijo s panogo oziroma stanovskimi združenji; ne glede na področje reguliranja je preferenčni način samoregulacija panoge. Če samoreguliranje deluje, je to pristop, ki najmanj obremenjuje davkoplačevalce, državo in tistega, katerega delovanje je regulirano. Vendar pri tem obstaja nevarnost zlorabe privilegija samoreguliranja, ki ni skladna z cilji reguliranja (je družbeno manj optimalna). V tem primeru mora država pokazati pripravljenost, da spremeni strategijo reguliranja in omeji relativno svobodo samoreguliranja (slika 5). Tako je nadziranje v sistemu samoreguliranja celo bolj pomembno kot v sistemu javnega reguliranja.

Slika 5: Izbira (angl. trade-off) med samoreguliranjem in javnim reguliranjem



Vir: Wassem, 1998, str.15.

3.5.3. Napake pri reguliranju

Zavedati se moramo, da reguliranje v praksi vedno ne deluje. Neravnotežja na trgu zdravstvenih storitev, rast stroškov in nevzdržno financiranje so lahko posledica slabega reguliranja, katerega cilj naj bi bil preseči določene tržne nepopolnosti. Tako je na primer lahko reguliranje cen kot povračilo izvajalcem zdravstvenih storitev, ker niso povišali cen (s čemer naj bi povečali učinkovitost), oblikovano na neustrezen način in povzroči le povečanje stroškov.

Čeprav to že omenjamo v ekonomski analizi značilnosti trgov zdravstvenih dejavnosti, je treba poudariti, da ne obstaja nobena splošno sprejeta teorija reguliranja trga zdravstvenih storitev in trga zdravstvenega zavarovanja. Oblikovanje in implementacija reguliranja trga zdravstvenih storitev in zdravstvenega zavarovanja je proces, v katerem je treba vpliv in posledice reguliranja nenehno spremljati. Kakršno koli upravljanje (angl. governance) udeležencev na trgu z regulativo mora vsebovati varnostne mehanizme za primer napak v reguliranju. Odgovornosti morajo biti jasno razmejene med vladnimi in nevladnimi institucijami. Transparentnost in splošna računovodska pravila zmanjšujejo verjetnost napak regulative.

Za napako regulative lahko štejemo tudi prevelik vpliv dobaviteljev, izvajalcev in interesnih skupin na javne regulatorje. Kot primer velja izpostaviti farmacevtsko industrijo ali distribucijske verige (kot na primer lekarniška dejavnost, ki jo preučuje empirični del naloge v nadaljevanju), ki lahko premočno vpliva na odločitve javnih regulatorjev. Premočen vpliv interesnih skupin na javne regulatorje lahko v veliki meri zmanjšamo s hierarhičnim načinom reguliranja, etičnimi kodeksi ter pravili in omejitvami.

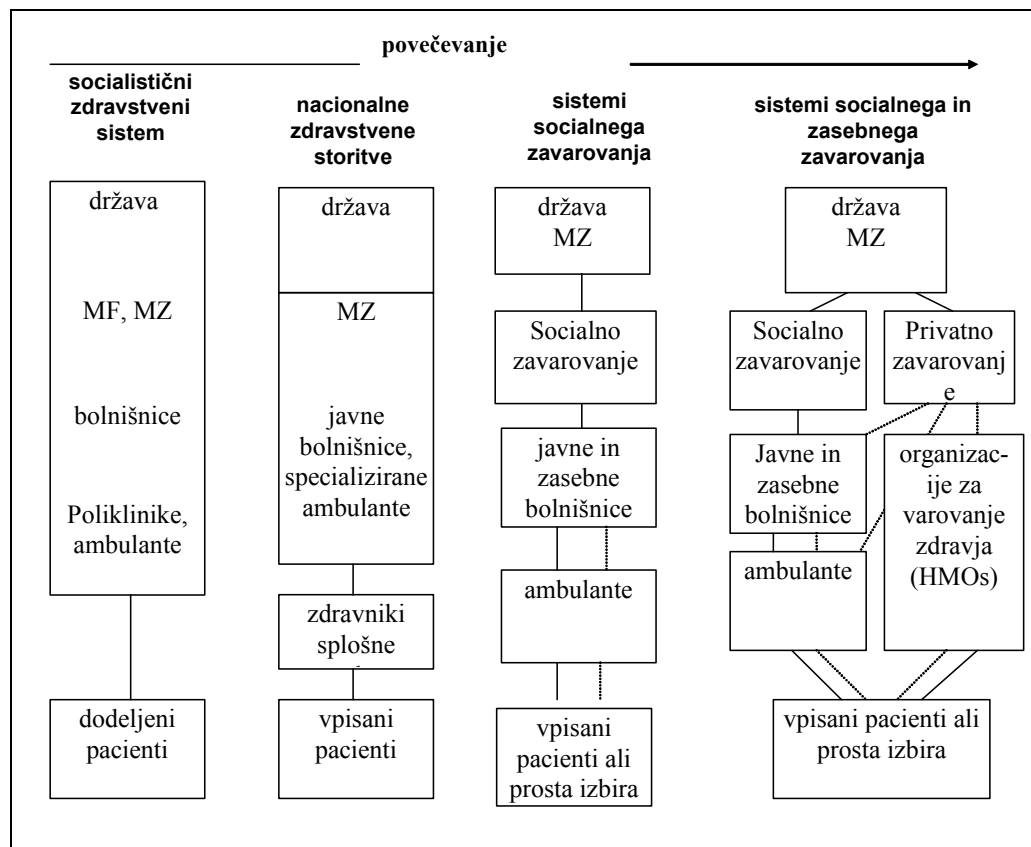
V zvezi z okvirom reguliranja velja na koncu omeniti, da proces reguliranja prinaša tudi določene stroške in ne le koristi, in sicer tako na strani regulatorja kot na strani tistih, katerih ravnanja so regulirana. Tako na primer nadzor nad kakovostjo ambulantnih storitev ali nadzor na tem, ali so v skladu s pravili oziroma smernicami, vzpostavljanje sistema izravnave rizikov (izravnalnih shem) ali nadzor nad obračunskim sistemom v zdravstvenem zavarovanju zagotovo zahtevajo dodatne stroške, ki so lahko tudi zelo visoki. Ob tem je pomembno tehtati stroške in koristi reguliranja (analiza stroškovne učinkovitosti). Koristi reguliranja naj bi presegle stroške vsaj na nacionalni ravni.

3.6. Primeren obseg regulative

Kakršno koli reguliranje trga zdravstvenih storitev in zdravstvenega zavarovanja je del pravnega reda določene države z namenom zagotavljanja v ustavi določenih pravic. Tako je regulativa sestavni del institucionalnega okvira zdravstvenega sistema, ki pogojuje, kakšen je primeren obseg regulative.

Potrebe po reguliranju so odvisne od vrste zdravstvenega sistema. Razvrščanje zdravstvenih sistemov glede na njihovo vertikalno integracijo kaže, da se potreba po reguliranju večja z upadanjem vertikalne integracije (slika 6), ker enotno javno produkcijo vse bolj nadomešča regulirana zasebna neenotna produkcija. Zdravstveni sistemi, ki niso vertikalno integrirani ali konkurenčno naravnani, zahtevajo največ reguliranja (Wassem, 1998, 11).

Slika 6: Razvrstitev zdravstvenega sistema glede na stopnjo vertikalne integracije



MZ: ministrstvo za zdravje, MF: ministrstvo za finance

Vir: Wasem, 1998, str. 12.

Socialistični zdravstveni sistem je primer najvišje stopnje vertikalne integracije. Finančni tokovi so načeloma neodvisni od transakcij dobav. Obstaja močan hierarhično urejen sistem odločanja. Bolniki spadajo pod dodeljene institucije. Svoboda izbire formalno ne obstaja. Trg zdravstvenih storitev praktično ni uveden. Regulativa se nanaša na dodeljevanje pacientov, na nujne primere, zdravljenje tujcev in za zdravila in medicinske pripomočke iz tujine.

V tradicionalnem sistemu nacionalnega zdravstvenega varstva (angl. national health system – NHS), ki je bil uveljavljen v Angliji po drugi svetovni vojni, so tržni elementi vključeni že od vsega začetka. Zdravstvene storitve na primarni ravni izvajajo zasebni zdravniki. Prav tako obstaja trg zdravil in medicinskih pripomočkov. Čeprav sta financiranje in dobava prevladujočega dela trga vertikalno integrirana, obstaja lasten sistem razporejanja finančnih sredstev zdravstvenega proračuna. Javno reguliranje trgov nadomešča hierarhično urejen sistem odločanja, ki je značilen za socialistični sistem. Pomembno vlogo v sistemu

nacionalnega zdravstvenega varstva ima samoreguliranje v okviru profesionalnih združenj (Ferguson, Smith, 1999, str. 86-90; v Stepan, 1999).

V sistemih socialnega zavarovanja in sistemih s socialnim in zasebnim zavarovanjem država delegira financiranje zdravstvenega varstva specializiranim organizacijam, ki prevzemajo tudi nadzor nad uspešnostjo in učinkovitostjo zdravstvenega varstva. Z oblikovanjem in nadzorom pogodb z izvajalci (nacionalne) zavarovalnice praktično prevzemajo funkcijo državnega reguliranja. Še naprej pa državi ostaja pomembna vloga nadzora nad zavarovalniškimi skladi oziroma finančnimi posredniki. Poleg trgov zdravstvenih storitev tudi zavarovalniški trg potrebuje natančno reguliranje. Če obstaja možnost izbire različnih finančnih posrednikov in oblik zavarovanja, je naloga regulatorjev, da zagotovijo solidarnost dohodkov. Primere takih sistemov najdemo na Nizozemskem (Vandermeulen, 1999, str. 62-76), v Avstriji (Stepan, 1999, str. 24-39) ali Nemčiji (Ulrich, Wille, 1999, str. 42-59).

Slovenski zdravstveni sistem bi lahko uvrstili med tretjo in četrto obliko zdravstvenega sistema na sliki 5, kar narekuje relativno velik obseg reguliranja. Podrobneje pa je slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja predstavljen v petem poglavju (v okviru predstavitve problematike v poglavju 5.1).

3.7. Možnosti izboljšanja regulative

Gospodarska uspešnost posameznih držav je odvisna tudi od kakovosti zdravstvenega sektorja in v prihodnosti, ko bo napredek družbe vse bolj temeljil na človeških virih in storitvenih dejavnostih, bo pomen tega sektorja za razvoj in konkurenčnost gospodarstev še večji. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) v svojih meritvah in primerjavah gospodarske uspešnosti držav ocenjuje tudi zdravstveni sektor (The OECD Health Project, 2004). Podatki kažejo, da izdatki za zdravstvo v deležu BDP v vseh državah članicah OECD naraščajo (OECD Health Data, 2004). Narašča tudi delež javnih izdatkov za zdravstvo. Lahko to razumemo kot neuspešnost regulatornih mehanizmov za obvladovanje stroškov ali neizbežen trend?

Države so soočene z razvojem novih medicinskih tehnologij in negativnimi demografskimi spremembami in s tem povezano rastjo stroškov, kar predstavlja dodaten izziv za izboljšanje

učinkovitosti in uspešnosti njihovih zdravstvenih sistemov. Po številnih zdravstvenih reformah je veliko politikov v razvitih in razvijajočih se državah utrujenih od nenehnih finančnih pritiskov za nadaljnje reforme, zaradi česar iščejo takšen okvir (samo)upravljanja, ki se bo samodejno prilagajal sistemu. Trg načelno je orodje, ki zagotavlja prilagajanje preko t. i. nevidne roke. Toda oblikovanje regulative pomeni, da nevidno roko naredimo vidno oziroma da pravila postanejo vidna. Iskanje optimalne kombinacije med trgom in hierarhijo oziroma med vlogo nevidne roke in vidnih pravil v procesu alokacije resursov ostaja nedokončana naloga.

Tako vladni posegi kot tržni mehanizmi so v realnosti nepopolni. Toda prisotnost tržnih nepopolnosti sama po sebi še ne pomeni, da je vladna intervencija optimalna rešitev. Tržne nepopolnosti so vedno potrební pogoj za državne intervencije (Olson, 1986), vendar vladna intervencija lahko povzroči celo večje nepopolnosti in večja zmanjšanja učinkovitosti kakor nepopolni trg. Preverjanje in vrednotenje sprememb regulacije je zato nujni spremljevalec reguliranja. Dejstvo je, da je študij, ki bi pozorno vrednotile regulativne spremembe ali celo posamezne ukrepe, relativno malo (Wassem, 1998, str. 125). Primere dobro analiziranih in dokumentiranih napak, ki izvirajo iz reguliranja, je v strokovni literaturi praktično nemogoče najti. Vendar pa je dokumentirano, da so številni zdravstveni sistemi zaradi spremembe regulative izboljšali ponudbo storitev in dobrin, povečali kakovost, zaščito potrošnika in svobodo izbire z univerzalnim dostopom do primarne osnovne zdravstvene nege za vso populacijo. Val zdravstvenih reform, ki zahteva reguliranje reguliranja, to spodbuja še naprej.

Zdi se, da izziv, kako izboljšati delovanje trgov zdravstvenih storitev in povečati blaginjo, ostaja večén. In izziv je ravno v izboljševanju regulative in odpravljanju napak regulative, ki je na trgih zdravstvenih storitev neizogibna. Regulacija je uspešna, če izboljša zdravstveno varstvo, poveča kritje za izdatke zdravstvenega varstva in zagotovi večjo blaginjo glede na predhodno stanje. Neučinkovita je regulativa takrat, kadar se pravil in zakonodaje ne spoštuje oziroma kadar regulativa ne dosega ciljev regulacije. Vendar je pogosto težko doseči soglasje o tem, kdaj je regulacija (ne)uspešna. Njeno uspešnost lahko merimo tako, da opazujemo, kako dobro izpolnjuje zastavljene cilje, ali pa jo opazujemo kot proces poseganja na trg, ki na koncu sam odloči, kakšni so najboljši rezultati.

Da bi odpravila ekonomske neučinkovitosti, ki izhajajo iz tržnih nepopolnosti, se neposredna regulativa vlade največkrat nanaša na reguliranje cen in obsega ponudbe. Regulatorji morajo

razviti pregleden sistem statistik, da lahko opazujejo povpraševanje, cene in stroške. Izkušnje kažejo, da so izvajalci zdravstvenih storitev in zdravstvene zavarovalnice pogosto uspešni pri omejevanju informacij in jih javnim regulatorjem podajajo le v skromni obliki, še posebej, če v sistemu obstaja več plačnikov in če imajo ponudniki večjo moč. V Franciji so na primer zdravniki skladom dolga leta odklanjali posredovanje informacij o diagnozah in načinih zdravljenja. Posredovali so le informacije v zelo agregirani obliki (in na primer laboratorijske izvide), ki niso omogočale zadostnih analiz (interna gradiva AIM).

Izboljšanje reguliranja je postopen in kompleksen proces, ki ga spremlja na eni strani diverzifikacija trgov, na drugi pa diverzifikacija družbe. Za izboljšanje reguliranja in vrednotenje uspešnosti reguliranja je ključnega pomena zbiranje in analiziranje veljavnih in resničnih podatkov. Regulator te podatke pridobiva iz registrov in poročil, katerih posredovanje je urejeno v regulative, preko poročil in posameznih raziskav, neodvisnih študij in pritožb posameznih udeležencev na trgu (pacientov, ponudnikov in zavarovalnic). Potreba po stalnem izobraževanju, razvijanju znanja in podrobnejšem merjenju posameznih kategorij (kakovosti, cen in vedenja) na trgih zdravstvenih storitev je zato čedalje večja. Le tako bodo neučinkovitosti, ki izvirajo iz tržnih nepopolnosti ali iz reguliranja, lahko uspešneje odpravljene.

4. PRIMER LEKARNIŠKIH STORITEV V SLOVENIJI

4.1. Predstavitev problematike

Eden od trgov zdravstvenih storitev v Sloveniji, na katerem lahko najdemo mnoge od prej omenjenih tržnih nepopolnosti, je trg lekarniških storitev. Ta trg je pomemben del slovenskega zdravstvenega sistema, zato moramo za razumevanje in proučevanje problematike uvodoma predstaviti nekatere značilnosti zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Državljeni RS so vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga zagotavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS). Tako se jim del izdatkov za zdravila na recept povrne iz omenjenega naslova (samo posebnim,

zakonsko opredeljenim kategorijam zavarovancev se skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (ZZVZZ) izdatki za zdravila na recept povrnejo v celoti).

Večina slovenskih državljanov je zato vključena še v sistem prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na plačevanju dodatne premije. To zavarovancu omogoča, da mu ni treba dodatno plačevati zdravil na recept, lekarnam pa razliko med polno ceno zdravila in zneskom, ki ga krije ZZZS, plača prostovoljna zdravstvena zavarovalnica⁸. Zdravstvene zavarovalnice poravnajo plačilo lekarnam na podlagi t. i. zbirnega računa, ki jim ga izstavijo lekarne.

Zdravila na recept so razvrščena na pozitivno in vmesno listo (priloga 1), kar ima pomembno vlogo predvsem za ponudnike osnovnega (obveznega) in prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Tako ZZZS oziroma obvezno zavarovanje krije 75 odstotkov vrednosti računa za zdravila, uvrščena na pozitivno listo, medtem ko zdravstvena zavarovalnica, ki ponuja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pokriva 25 odstotkov vrednosti računa. Pri zdravilih, uvrščenih na vmesno listo, je podoba obratna: 25 odstotkov vrednosti računa krije ZZZS in 75 odstotkov vrednosti prostovoljna zdravstvena zavarovalnica⁹. Lekarna v končno ceno vračuna storitve (priloga 2), ki so potrebne, da se na receptu predpisano zdravilo dejansko izroči kupcu in nato opravi obdelavo recepta. Ker so zaračunane storitve že vključene v končni znesek zdravila, se stroški storitev na podlagi obdelave recepta prav tako delijo v omenjenem razmerju med končna plačnika, ZZZS in prostovoljno zdravstveno zavarovalnico (priloga 1).

Poleg obdelave recepta pa lekarne izključno prostovoljnim zavarovalnicam zaračunavajo tudi storitev izdaje zbirnega računa, ki je bila razvita za potrebe ZZZS. Zbirni račun je zbirka računov, ki so pripravljene na podlagi zahtev ZZZS. ZZZS želi prejemati račune po dveh kategorijah, in sicer po izpostavi, pri kateri je vodeno zavarovanje posameznika, ter po razlogu za nastanek škodnega primera (na primer poškodba, bolezen). Število izpostav ZZZS je večje od 40, zato je tudi število računov (zbirka računov), ki jih izda posamezna lekarna, veliko. Na osnovi omenjenih računov ZZZS lekarnam poravnava svoje obveznosti iz naslova

⁸ Lekarne pri izdajanju zdravil na recept izdajo posameznim kupcem oziroma zavarovancem račun za kupljena zdravila, na katerem je naveden tudi znesek, ki ga zavarovanec dejansko plača v lekarni (v veliko primerih je ta kar enak 0).

⁹ Del zdravil na recept s pozitivne liste v skladu z ZZVZZ krije v celoti ZZZS.

izročeni zdravil in ostale stroške, katere mora pokriti v skladu z obveznim zdravstvenih zavarovanjem.

Zbirni račun lekarne uporabijo tudi kot osnovo za poravnavo obveznosti, ki se nanašajo na prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in jih mora kriti zdravstvena zavarovalnica. Za storitev izdaje zbirnega računa lekarne zdravstvenim zavarovalnicam, ki ponujajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zaračunavajo pavšal. Prav storitev izdaje zbirnega računa, ki ga lekarne izdajo kot zahtevek za plačilo zdravil, služi za empirični primer. Problematika te storitve in njene cene, ki je bila leta 2005 posredovana tudi Uradu RS za varstvo konkurence, je opisana v okviru poglavja 4.1.

Zaradi neustrezne regulative zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljno dopolnilno zavarovanje, nimajo vpliva niti na ceno te storitve niti na količino storitev (in niti ne na količino prodanih zdravil, ki je v ozadju te storitve), četudi so plačniki.

Dopolnilne zdravstvene zavarovalnice namreč nimajo vpliva na razvrščanje zdravil na pozitivno oziroma na vmesno listo. Kategorizacijo zdravil enkrat letno opravi štirinajstčlanska komisija, ki jo sestavljajo predstavniki Ministrstva za zdravje RS (MZ), ZZZS, Urada za zdravila in zdravniki kliničnih specialnosti (Dolar, 2003, str. 265). Omenjeno v veliki meri vpliva na delež stroškov zdravljenja, ki jih krije ZZZS, in tistih, ki jih preko plačevanja premij dopolnilnim zdravstvenim zavarovalnicam krijejo državljani.

Tudi zaračunani zneski za opravljene storitve s strani lekarne so administrativno določeni in niso podvrženi zakonitostim konkurenčnega trga. Trg, ki bi določil tržno ceno za storitve (in ne cene zdravil), ki jih opravljajo lekarniški delavci, tako ne obstaja in od pogajalske moči vključenih subjektov je odvisno, kako visoka bo ta cena¹⁰. Tudi pri določanju vrednosti točke so, podobno kot pri kategorizaciji zdravil na liste, v pogajanja vključeni le Lekarniška zbornica Slovenije (LZS), MZ in ZZZS, medtem ko prostovoljne zdravstvene zavarovalnice pri oblikovanju cene storitev lekarn (med drugim tudi za obdelavo recepta) ne morejo sodelovati, saj niso vključene v pogajanja.

¹⁰ Pogajalska skupina pravzaprav določi vrednost točke in opredeli faktorje za vsako posamezno storitev. Cena storitve je določena tako, da se pomnoži vrednost točke s faktorjem storitve (priloga 1).

Primer 1 : Vrednost pavšala, ki ga prostovoljna zdravstvena zavarovalnica plačuje lekarnam

Lekarne zdravstvenim zavarovalnicam, ki ponujajo prostovoljna dopolnilna zdravstvena zavarovanja, že nekaj let zaračunavajo pavšal za izdajanje zbirnega računa. Ta pavšal je pri Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d. v. z, v letu 2004 znašal 105,424.631 tolarjev. Znesek predstavlja približno 0,5 odstotka¹¹ vseh prihodkov lekarn iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pri Vzajemni. Vzajemna s plačilom omenjenega pavšala financira vsem lekarnam skupaj okoli 18 zaposlenih oseb (dobre tri zaposlene v največji lekarni, Javnemu zavodu Lekarna Ljubljana; tabela 4.1 in okvir 4.2), katerih povprečni stroški dela znašajo 474.075 tolarjev.

Kljub dejstvu, da je sporno že samo zaračunavanje izdaje zbirnega računa prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam (glede na tržno strukturo in nepopolnosti bi jo lahko opredelili kot vsiljeno ali inducirano storitev),¹² so želele lekarne, povezane v okviru zbornice (LZS), z letom 2004 še dodatno povišati pavšal Vzajemni – za približno šestkrat, in sicer v višini treh odstotkov obveznosti Vzajemne iz naslova škod do lekarn. Toliko naj bi znašala tudi provizija, ki naj bi jo plačevala druga dva ponudnika dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji). Če Urad RS za varstvo konkurence ne bi ugodil zahtevi Vzajemne in bi slednja morala plačati okoli 632,5 milijonov tolarjev za izdajanje zbirnega računa, bi to pomenilo, da bi ob enakih pogojih Vzajemna krila stroške dela okoli 111 zaposlenim v lekarniški dejavnosti (kar predstavlja polovico vseh zaposlenih na Vzajemni).

Storitev izdaje izbirnega računa je v ospredju proučevanja. V empiričnem proučevanju tržne strukture trga za omenjeni dve storitvi (obdelava recepta, izdaja zbirnega računa) ločeno preučujemo stran ponudbe in povpraševanja. Ker v primeru proučevanih storitev povpraševanje nima vpliva, temveč se ceni in količini zgolj prilagodi (je t. i. »price taker«), je analiza v večji meri usmerjena v ponudbeno stran. Podrobneje bomo analizirali tržno strukturo, oblikovanje cene ter vzroke predpostavljenih tržnih neučinkovitosti.

Kot že omenjeno v uvodu, je hipoteza magistrskega dela, da lekarne, združene v okviru LZS, za povišanje pavšala nimajo tržne osnove in da skušajo v primeru zdravstvene

¹¹ V nadaljevanju: 0,5-odstotni pavšal. Po analogiji je opredeljen tudi termin triodstotni pavšal.

¹² Glej poglavje 4.3.5. o eksternalijah.

zavarovalnice Vzajemna izkoristiti monopolni položaj. Podobno jim je namreč že uspelo v primeru drugih dveh zavarovalnic, Triglav zdravstvene zavarovalnice in zavarovalnice Adriatic. Dogovor lekarn, združenih v okviru zbornice, o povišanju pavšala omejuje konkurenco in nakazuje na kartelni dogovor, ki ga Zakon o preprečevanju omejevanja konkurence prepoveduje.

Ker je bil primer, ki je kratko opisan na prejšnji strani, v letu 2005 dejansko posredovan Uradu RS za varstvo konkurence in ker je pravna praksa takih primerov v Sloveniji izjemno skopa, so temeljita teoretična in empirična analiza ter rezultati, ki jih podajamo pred dokončno odločitvijo urada, toliko bolj zanimivi.

4.2. Stran povpraševanja

Na strani povpraševanja so v Sloveniji trenutno tri zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljna dopolnilna zdravstvena zavarovanja: zavarovalnica Adriatic, d. d., Triglav zdravstvena zavarovalnica, d. d., in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. Tržni deleži med temi tremi zavarovalnicami se močno razlikujejo. Največja, Vzajemna, ima približno 80-odstotni tržni delež, zavarovalnica Adriatic 20-odstotni in Triglav zdravstvena zavarovalnica kot nov igralec na trgu zanemarljiv tržni delež, manj kot polovico odstotka (Statistični zavarovalniški bilten, 2004).

Neposredno nobena od njih nima vpliva na oblikovanje cene. Zaradi velikih razlik v tržnih deležih in tudi velikanskih razlik v portfelju zavarovancev (zavarovalnica z največjim tržnim deležem dejansko zavaruje preko 90 odstotkov starejših zavarovancev, ki v povprečju potrošijo bistveno več zdravil¹³). Oblikovanje cene v obliki pavšala je zato za prostovoljne zavarovalnice z majhnim tržnim deležem ali manj rizičnim portfeljem zavarovancev manj moteče.

Argument LZS za dvig pavšala je bil osnovan predvsem na mnenju, da lekarne niso dolžne opravljati storitve izdaje zbirnih računov in da mora, v kolikor želi nasprotna stranka –

¹³ Za zavarovance starejše od 65 let velja, da je njihova vrednost potrošnje še enkrat večja, kot plačajo za premijo zdravstvenega zavarovanja.

prostovoljna zdravstvena zavarovalnica (na primer Vzajemna) – prejeti podatke o vrednosti izdanih zdravil ter o doplačilih za zdravila, plačati lekarnam triodstotno provizijo na že obračunano končno ceno zdravila na recept, v kateri je že zajeto plačilo za administrativne storitve (vrednost točke, pomnožena z 0,31). Pri tem je treba opozoriti, da strošek izdaje računa ne zajema podatkov po zavarovancih, temveč le zbirni znesek. Lekarne kot ponudniki storitve se torej ne ukvarjajo z analizo povpraševanja, dejanskim povpraševalcem ali dejstvom, da bi prostovoljne zavarovalnice lahko poravnale račun brez storitve zbirnega računa, temveč maksimirajo donos na ponujene storitve s prenašanjem stroškov.

4.2.1. Povpraševanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic

Pogled na proučevane storitve na strani povpraševanja se močno razlikuje. Za storitev izdaje zbirnega računa prostovoljne zavarovalnice ne vidijo potrebe, zato v proučevanem primeru nasprotujejo povišanju provizije in tudi vsakršnemu zaračunavanju pavšala za vsiljeno storitev.

V proučevanem primeru prostovoljna zdravstvena zavarovalnica Vzajemna meni, da lekarne na podlagi pogodb, ki jih je Vzajemna z zakonom nasledila od ZZZS, neopravičeno zaračunavajo Vzajemni stroške za izdajo zbirnega računa (poglavje 4.3.4) in da je neopravičeno tudi zaračunavanje teh stroškov drugim prostovoljnim zavarovalnicam (v primeru, da pridobijo z zbirnim računom enako storitev kakor Vzajemna).

Povpraševalci (prostovoljne zdravstvene zavarovalnice) menijo, da izdajanje zbirnega računa zdravstvenim zavarovalnicam sodi v storitev obdelave recepta (poglavje 4.3.4.) in da gre v primeru zaračunavanja izdaje zbirnega računa za pojav s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja po storitvi, ki je za kupca nepotrebna. Lekarne, ki so si plačilo za tako oblikovane storitve zagotovile zaradi regulative, prostovoljnim zavarovalnicam tako vsiljujejo povpraševanje, hkrati pa prenašajo nanje stroške storitev, ki jih opravljajo za druge uporabnike.

Če bi bilo pogodbeno dogovorjene obveznosti možno izpolnjevati drugače in plačati dogovorjene deleže v okviru storitve obdelave recepta, zdravstvene zavarovalnice po tej storitvi same od sebe ne bi povpraševale, ne glede na njeno ceno (tudi če bi bila ta zelo nizka).

Kakršna koli sprememba cene ne bi spremenila količine povpraševanja. Povpraševanje (na primer s strani Vzajemne) je popolnoma neodvisno od cene (popolnoma neelastično – glej sliko 9, poglavje 4.3.5.2.1.). Prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicam je vseeno, koliko zbirnih računov prejmejo od lekarn. Zadoščal bi že en zbirni račun mesečno, če bi se dogovorili za mesečno poravnavo škod.

Zdravstvenim zavarovalnicam, ki ponujajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, prej omenjena delitev računov (po izpostavi ZZZS in razlogu za nastanek škodnega primera) in posledično večje število izstavljenih računov ni potrebna, temveč predstavlja celo dodatno delo in stroške, saj so delitve računov po omenjenih kategorijah zanje neuporabne. Zadostovalo bi jim že, da bi prejemale samo en zbirni račun. V nadaljevanju bo zato v empirični analizi v povpraševanju s strani prostovoljnih zavarovalnic uporabljena ta predpostavka (zadostovanje enega računa mesečno). Natančneje bo tudi pojasnjeno, da zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljno zavarovanje, na ceno te storitve kot plačniki zaradi regulative nimajo vpliva.

Z vidika povpraševanja pa je poleg samega oblikovanja storitev neutemeljeno tudi oblikovanje cene. Prostovoljne zavarovalnice ocenjujejo, da sta cena zdravila na recept in marža, ki sta administrativno določeni, izredno visoki, kar je posledica izostanka trga oziroma tržnih zakonitosti pri določanju cene omenjene storitve. Prihodki iz naslova storitve obdelave receptov so izredno visoki (glej primer 1 in poglavje 4.3.5.) in po njihovem mnenju pokrivajo tudi stroške administrativnih storitev, kot je izdaja zbirnega računa.

4.2.2. Prostovoljne zavarovalnice kot agent za pospeševanja prodaje lekarn

Če gledamo odnos med prostovoljnimi zavarovalnicami in lekarnami širše, lahko opazimo da zdravstvena zavarovalnica, ki ponuja prostovoljna dopolnilna zdravstvena zavarovanja, deluje napram lekarnam kot agent pacientov oziroma potrošnikov zdravil. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za pacienta (uporabnika zdravil) zniža cene zdravstvenih storitev in zdravil, še posebej kadar gre za paciente, ki zdravstvene storitve pogosto uporabljajo. Kot smo ugotovili v poglavju 2.4., so zaradi nepopolnih informacij ravno taki uporabniki najbolj verjetni sklenitelji zavarovanja (problem moralnega hazarda in škodljive izbire, ki izvira iz asimetrije informacij med zavarovancem in zavarovateljem).

Ker večino stroškov pokrijejo zdravstvene zavarovalnice (ki nudijo obvezno in prostovoljno zavarovanje), pacient oziroma uporabnik zdravil plača le majhen delež (pogosto pa je ta delež tudi enak nič), se uporabnik zdravil o potrošnji zdravil ne odloča po tržnih načelih (ki jih spoštuje pri nakupu drugih zdravil)¹⁴. Zavarovanje in plačevanje s strani zavarovalnice posledično spodbuja presežno povpraševanje in tudi ne spodbuja k racionalizaciji, iskanju cenejših storitev ali zdravil (iskanju najugodnejše ponudbe).

Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice (kot zavarovatelj in plačnik) za lekarne dejansko delujejo kot dober pospeševalec prodaje. Obe tržni nepopolnosti, ki sta značilni za trge zdravstvenih dejavnosti, moralni hazard in škodljiva izbira, zavarovalnicam prinašata neposredno škodo, medtem ko lekarnam prinašata posredne koristi.

4.3. Stran ponudbe

Ponudbeno stran analiziramo z vidika tržne strukture, števila lekarn in njihovega položaja, nadaljujemo z analizo uspešnosti poslovanja lekarn, nato pa podrobneje proučimo oblikovanje izbranih storitev in njihovih cen, ki jih lekarne nudijo prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam. S proučevanjem števila in položaja lekarn v Sloveniji je prikazana nepopolna konkurenca na trgih lekarniške dejavnosti, s proučevanjem njihove poslovne uspešnosti ter načina oblikovanja cene in storitev na izbranih trgih pa analiziramo rezultate nepopolne konkurence in tržnih nepopolnosti v lekarniških dejavnostih.

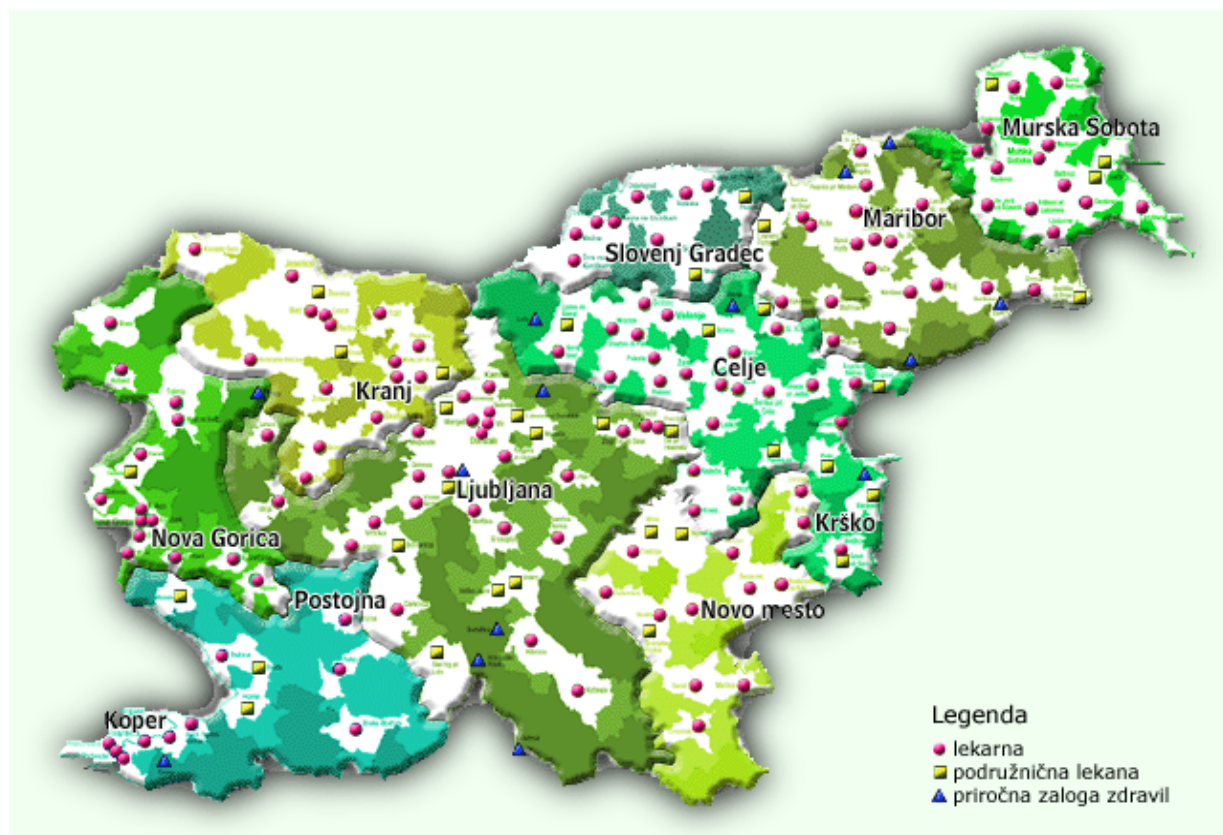
4.3.1. Nepopolna konkurenca v lekarniški dejavnosti v Sloveniji

Položaj lekarn v Sloveniji je specifičen, saj je število lekarniških poslovalnic v nekem kraju ali mestu zakonsko omejeno s številom prebivalcev, kar pomeni izjemno visoke vstopne ovire (oziroma dejansko pogosto nemogoč vstop v lekarniško dejavnost). Zaradi relativne nemobilnosti prebivalstva imajo lekarne, še posebej tiste v manjših naseljih, monopolni položaj. V večjih mestih si lekarne nekoliko bolj konkurirajo, saj je gostota prebivalstva

¹⁴ Elastičnost povpraševanja po zdravilih je nižja kakor za ostale dobrine.

večja, posameznik pa se lahko posluži lekarniških storitev drugih lekarniških poslovalnic in ne nujno tiste, katera mu glede na naslov bivanja »pripada«. Tako na primer v ljubljanski regiji, ki oskrbuje 400.000 prebivalcev z zdravili, deluje 22 zasebnih lekarn (www.lek-zbor.si), sicer pa ima največji tržni delež Javni zavod lekarna Ljubljana s 34 poslovnimi enotami. Konkurenca je v ljubljanski regiji vsekakor močnejša, kot je na primer na kočevskem in ribniškem področju, kjer imata edini lekarni monopolni položaj nad prodajo zdravil.

Slika 7: Geografska razporeditev lekarn v Sloveniji

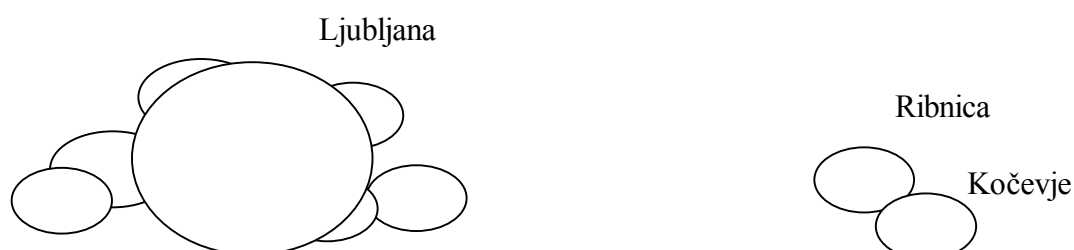


Vir: www.lek-zbor.si

Na slikah 7 in 8 je shematično prikazana gostota lekarn po posameznih geografskih področjih in s tem njihov konkurenčni položaj. Na levi strani slike 8 je prikazan položaj lekarn v ljubljanski regiji, kjer ima največji tržni delež Javni zavod Lekarna Ljubljana s 34 poslovnimi enotami. Poleg omenjene lekarne na tem področju deluje še 22 zasebnih lekarn. Na desni strani slike pa je shematičen prikaz položaja lekarn na Kočevskem in Ribniškem področju.

Zaradi opisanega si lekarne lahko konkurirajo zgolj v omejenem obsegu – predvsem v večjih mestih (zaradi večje zgoščenosti prebivalstva in posledično večjega števila lekarn). Vendar proučevanje poslovanja lekarn pokaže, da konkurenca ni pretirana, saj vse lekarne poslujejo z dobičkom. Konkurenca je v ljubljanski regiji vsekakor močnejša, kot je na primer na kočevskem in ribniškem področju, kjer imata edini lekarni monopolni položaj nad prodajo zdravil.

Slika 8: Konkurenčni položaj lekarn



Vir: Prirejeno po sliki 7.

Te ugotovitve potrjuje tudi izračun Herfindahl-Hirschmanovega Indeksa (HHI), ki je splošno sprejeta mera tržne koncentracije. Stopnjo konkurence na trgu ocenjujemo z merami koncentracije, kot je na primer velikost tržnega deleža, ki ga imajo največji (prvi) štirje, prvih pet ali prvih osem konkurentov na trgu. Večji kot je tržni delež, ki ga imajo največji ponudniki, bolj koncentrirana je panoga in nižja je stopnja konkurence. Najpogosteje študije uporabljajo HHI, ki je, kot prikazuje enačba (3), izračunan na podlagi vsote kvadratov tržnih deležev (t) vseh podjetij v panogi (n). Na indeks vpliva tako število podjetij kot njihova velikostna porazdelitev (Clewer, Perkins, 1998). Maksimalna vrednost HHI je 10.000, kar označuje, da je v panogi en sam ponudnik s 100-odstotnim tržnim deležem, torej čisti monopol. Večja kot je vrednost HHI, višja je stopnja koncentracije.¹⁵

$$HHI = \sum_{i=1}^n (t_i^2) \quad (3)$$

¹⁵ Ameriška protimonopolna zakonodaja definira panoge, za katere vrednost HHI presega 1800, kot panoge z značilno stopnjo monopolne moči.

Tržni deleži so ocenjeni na podlagi letnih prihodkov, ki jih ustvarijo posamezne lekarne in so dostopni v bazi letnih poročil in bazi iBON. Izračunani so HHI¹⁶ za ljubljansko regijo, za mesto Ljubljana in za mesto Maribor, kjer bi pričakovali, da bo HHI najnižji. HHI za ljubljansko regijo pa je 3271, za mesto Ljubljana 3987 in za mesto Maribor 7119, pri čemer velja izpostaviti, da HHI pri manjših mestih s samo eno lekarno (npr. Kočevje) doseže maksimalno vrednost, to je 10.000.

Ob ugotavljanju, ali je koncentracija lekarn na posameznih notranjih trgih velika, se sklicujemo na splošno sprejeto načelo, da o zmerni koncentraciji govorimo, če se izračunani HHI nahaja na intervalu med 1000 in 1800 točk. V kolikor je indeks višji od 1800 točk, je trg koncentriran. V primeru lekarn v Sloveniji lahko ugotovimo, da tudi na lokalnih trgih, kjer je konkurenca najvišja (ljubljska regija: 3271, Ljubljana: 3987, Maribor: 7119), vrednost indeksa krepko presega vrednost 1800. Rezultati torej potrjujejo trditev o izostanku konkurence v panogi. Da v Sloveniji konkurenca ni pretirana, se kaže tudi v računovodskih podatkih, saj lekarne večinoma poslujejo z dobičkom (poslovno uspešnost lekarn obravnavamo v poglavju 4.3.2.).

Nadalje moramo opozoriti še na način oblikovanja cen lekarniških storitev. Lekarniška dejavnost v Sloveniji je organizirana v okviru Lekarniške zbornice Slovenije. Na trgu lekarne delujejo usklajeno kakor en subjekt in za posamezne storitve oblikujejo enotno cenovno politiko. Cene zdravil in cene ostalih storitev so določene s pogajanjem (ki delujejo kot nadomestek tržnemu načinu določanja) ali pa administrativno s strani države, kar pomeni, da lekarne običajno tekmujejo samo s storitvijo, največkrat pa zgolj z lokacijo. Trg, ki bi določil tržno ceno za storitve (in ne cene zdravil), ki jih opravljajo lekarniški delavci, torej dejansko ne obstaja, tako da je oblikovanje cene odvisno od pogajalske moči vključenih subjektov v oblikovanje vrednosti točke, s katero so cene storitev ovrednotene (vsaki posamezni storitvi pripada šifra, kratek in dolg opis storitve, kadrovski normativ, normativ v minutah in število točk). Empirična analiza, ki jo vključuje to delo, kaže, da je razlika med efektivno (stroškovno) ceno in zaračunano ceno storitve zelo velika, kar v pogojih asimetrije informacij in agentskih odnosov predvideva tudi teorija (glej Stigler, 1961).

¹⁶ Lastni izračuni za interno gradivo Vzajemne zdravstvene zavarovalnice.

V pogajanja o cenah lekarniških storitev so vključeni LZS (lekarne), MZ (država) in ZZZS (obvezno zdravstveno zavarovanje), medtem ko prostovoljne zdravstvene zavarovalnice v pogajanjih ne morejo sodelovati in nimajo vpliva na oblikovanje cen storitev lekarn. Usklajeno delovanje lekarn in enotno določanje cene za številne storitve neposredno nasprotuje Zakonu o preprečevanju omejevanja konkurence, ki v drugi točki petega člena določa, da je zlasti prepovedano usklajeno (več podjetij) neposredno ali posredno določanje nakupne ali prodajne cene ali drugih poslovnih pogojev. Na trgu lekarniške storitev imamo torej primer izkoriščanja monopolne moči večjega števila ponudnikov – lekarn, ki se kaže pri oblikovanju storitev in posebej pri oblikovanju cen njihovih storitev. Ekonomske posledice tržnih nepopolnosti pa se kažejo v zmanjšanju družbene blaginje.

4.3.2. Poslovna uspešnost lekarn

Analiza uspešnosti slovenskih lekarn je izvedena na podlagi bilančnih podatkov 24-ih lekarn (vključeni so samo javni zavodi). V letu 2003 so vsi javni zavodi poslovali z dobičkom. To nedvomno priča o nizki konkurenci, ki vlada med slovenskimi lekarnami. Povprečen dobiček na lekarno je v letu 2003 znašal okoli 104 milijone tolarjev (tabela 1 in tabela 2). Največji dobiček je ustvaril Javni zavod Lekarna Ljubljana, in sicer skoraj 800 milijonov tolarjev.

Mediana vzorca za spremenljivko dobiček znaša okoli 56 milijonov tolarjev, kar pomeni, da je polovica lekarn ustvarilo več kot 56 milijonov tolarjev dobička, polovica pa manj. Najnižji dobiček, in sicer 9,4 milijona tolarjev, je imel Javni zavod Lekarna Krško. Vsi opisani podatki so prikazani v tabeli 2.

Poleg dobička iz poslovanja lahko navedemo še nekaj kazalcev, ki podpirajo trditev o dobrem poslovanju lekarn. Tako so celotni prihodki na zaposlenega znašali več kot 63 milijonov tolarjev in se gibljejo v razponu od 54,9 milijona tolarjev do 98,3 milijona tolarjev. V primerjavi z ostalimi panogami ustvarjajo lekarne nadpovprečni prihodek na zaposlenega. Moramo poudariti, da so v analizi zajeti samo javni zavodi, kar zmanjšuje zgornjo mejo intervala, na katerem so predstavljene vrednosti omenjenega kazalca, saj zasebne lekarne ustvarijo več – okoli 100 milijonov tolarjev prihodkov na zaposlenega (Lekarna Flerin, d. o. o., je na primer po podatkih iBON v letu 2003 ustvarila 117 milijonov tolarjev na zaposlenega). Celotni presežek prihodkov nad odhodki na zaposlenega znaša v povprečju

skoraj dva milijona tolarjev na zaposlenega, kar je prav tako nad povprečjem večine ostalih panog.

Naslednji izračunani kazalec je dodana vrednost na zaposlenega. Ta v povprečju znaša skoraj devet milijonov tolarjev na zaposlenega (glede na ostale panoge je to ravno tako zelo visoka dodana vrednost na zaposlenega). Za primerjavo navajam: družba Mercator, d. d., ima dodano vrednost okoli 6,4 milijonov tolarjev na zaposlenega (lastni izračuni na osnovi podatkovne baze iBON).

Dobičkonosnost presežka prihodkov nad odhodki znaša v povprečju 3,04 odstotka in je primerljiva z družbo Mercator, d. d., (3,2 odstotka). Lekarne poslujejo v povprečju s 16,52-odstotno maržo ($((100 \% - (\text{nabavna vrednost prodanega materiala in blaga} / \text{prihodki iz poslovanja}) * 100 \%)$). Vse lekarne ustvarjajo pozitiven kosmati denarni tok iz poslovanja in imajo v obratnih sredstvih (zaloge in terjatve) vezanih relativno malo sredstev, kar kaže na hitro obračanje zalog v panogi. Pri tem se moramo zavedati, da lekarne poslujejo skoraj brez terjatev. Zdravstvene zavarovalnice namreč plačujejo avanse, svoje obveznosti pa poravnava v zelo kratkih plačilnih rokih.

Tabela 1: Analiza uspešnosti poslovanja lekarn v letu 2003 (v analizo so zajeti podatki 24 lekarn – javnih zavodov)

LETO 2003	CELOTNI PRIHODKI	PRIHODKI IZ POSLOVANJA	PRESEŽEK PRIHODKOV NAD ODHODKI (DOBIČEK)	POVPREČNO ŠTEVILO ZAPOSLENIH (na podlagi delovnih ur)	CELOTNI PRIHODKI NA ZAPOSLENEGA	PRESEŽEK PRIHODKOV NAD ODHODKI NA ZAPOSLENEGA	DODANA VREDNOST	DODANA VREDNOST NA ZAPOSLENEGA
LEKARNA AJDOVŠČINA	1.114.066	1.105.737	55.592	16	69.629	3.475	151.062	9.441
LEKARNA BREŽICE	1.225.974	1.214.950	51.398	17	72.116	3.023	165.874	9.757
CELJSKE LEKARNE JAVNI ZAVOD	6.686.793	6.674.797	123.380	112	59.704	1.102	988.183	8.823
KRAŠKE LEKARNE ILIRSKA BISTRICA	2.721.925	2.705.902	82.872	35	77.769	2.368	386.562	11.045
JAVNI ZAVOD MESTNE LEKARNE	3.634.503	3.622.512	97.154	51	71.265	1.905	494.558	9.697
LEKARNA KOČEVJE	884.452	878.556	29.074	9	98.272	3.230	108.425	12.047
OBALNE LEKARNE KOPER FARMACIE COSTIERE CAPODISTRIA	3.969.961	3.961.399	77.314	60	66.166	1.289	632.295	10.538
GORENJSKE LEKARNE	7.543.258	7.525.086	139.058	128	58.932	1.086	1.099.506	8.590
JAVNI ZAVOD LEKARNA KRŠKO	737.710	734.666	9.352	13	56.747	719	115.350	8.873
JAVNI ZAVOD LEKARNA LJUBLJANA	18.237.392	18.072.470	796.468	275	66.318	2.896	2.582.112	9.389
JAVNI ZDRAVSTVENI ZAVOD MARIBORSKE LEKARNE MARIBOR	8.744.308	8.336.715	398.501	155	56.415	2.571	1.130.410	7.293
LEKARNA MOZIRJE	657.775	655.112	9.976	9	73.086	1.108	92.245	10.249
POMURSKE LEKARNE MURSKA SOBOTA	5.004.761	4.977.019	133.984	81	61.787	1.654	633.395	7.820
GORIŠKA LEKARNA	2.580.912	2.579.437	28.088	47	54.913	598	422.766	8.995
DOLENJSKE LEKARNE NOVO MESTO P.O.	3.864.312	3.826.034	40.535	70	55.204	579	498.403	7.120
LEKARNA ORMOŽ P.O.	709.794	701.171	34.335	8	88.724	4.292	91.095	11.387
LEKARNE PTUJ	2.132.958	2.125.492	56.705	37	57.648	1.533	310.301	8.387
KOROŠKA LEKARNA	3.268.493	3.251.899	109.281	52	62.856	2.102	484.025	9.308
LEKARNA RIBNICA	555.067	553.237	13.592	8	69.383	1.699	70.864	8.858
LEKARNA SEVNICA	1.120.312	1.118.488	23.156	17	65.901	1.362	164.191	9.658
LEKARNA SLOVENSKA BISTRICA	1.275.199	1.262.961	64.201	20	63.760	3.210	184.209	9.210
ZASAVSKE LEKARNE TRBOVLJE	2.357.289	2.348.831	25.546	36	65.480	710	289.014	8.028
LEKARNA VELENJE	2.056.853	2.043.152	76.055	32	64.277	2.377	302.685	9.459
JAVNI ZAVOD ŽALSKE LEKARNE	1.077.487	1.058.819	19.490	12	89.791	1.624	95.599	7.967

Vir: AJPES.

Tabela 2: Deskriptivne statistike poslovne uspešnosti (dobička) največjih slovenskih lekarn

Opisna statistika		Vrednost
število lekarn v vzorcu		24
povprečje		103.962.792
mediana		56.248.500
standardni odklon		167.559.770
variacijski razmik		787.116.000
minimalna vrednost		9.352.000
maksimalna vrednost		796.468.000
vsota		2.495.107.000
kvartili	25	26.181.500
	50	56.148.500
	75	106.249.250

Vir: Podatki AJPES, bilance lekarn za leto 2003 in lastni izračuni (SPSS).

V analizirali poslovanja lekarn, ki so jo opravili Ovin in drugi (2004), je izračunana tudi donosnost sredstev. Podatki so bili na voljo za leta 2000, 2001 in 2002. Iz tabele 3 lahko razberemo, da je donosnost sredstev neprimerno višja pri zasebnih lekarnah, kar govori o boljšem upravljanju s sredstvi. V raziskavi o lekarniški dejavnosti je bil prikazan tudi dobiček iz poslovanja v prihodkih od poslovanja za leto 2000. Slovenske zasebne lekarne se po tem kazalcu uvrščajo pred Bolgarijo, Romunijo, Slovaško, Dansko in Estonijo, pred njimi pa so od tranzicijskih držav uvrščene Poljska, Latvija, Madžarska in javni lekarniški zavodi v Sloveniji. Pri tem dodajmo, da so stroški dela direktorja lekarne (javnega zavoda), ki je v primeru zasebnih lekarn tudi lastnik lekarne, vključeni v izračun dobička lekarne (javnega zavoda), kar znižuje dobiček in slabša obravnavani kazalnik za slovenske javne zavode.

Tabela 3: Donosnost sredstev (ROA) v odstotkih (%)

	2001	2002
javni zavodi	11,24	9,77
zasebne lekarne (po bilanci)	26,29	24,71
število lekarn	20	22

Vir: Ovin et al, 2004, str. 57.

Zanimiva je tudi primerjava kazalnika vrednost prihodkov (Ovin et al, 2004, str. 104) na zaposlenega za leto 2000, ki kaže na produktivnost panoge. Vrednost prihodkov na zaposlenega je v slovenskih zasebnih lekarnah v primerjavi z lekarnami iz drugih držav na zavidljivi ravni. Če kazalnik izračunamo brez zaposlenih za nepolni delovni čas (angl. part-time), se slovenske zasebne lekarne uvrščajo na drugo mesto, takoj za tistimi iz Velike Britanije. V kolikor pa kazalnik obračunamo na osnovi vseh zaposlenih, se uvrstijo na prvo mesto, lekarne – javni zavodi pa na tretje mesto. Rezultati podpirajo trditev, da je konkurenca med lekarnami v Sloveniji šibka. Po drugi stani pa je razlika med zasebnimi lekarnami in javnimi zavodi občutna ter izpostavi višjo produktivnosti zaposlenih v zasebnem sektorju.

Omeniti velja, da učinkovitost lekarn (gledano preko dodane vrednosti na zaposlenega ali dobička, ki je prikazana v tabeli 1) ne narašča z njihovo velikostjo (upoštevaje bodisi promet bodisi število zaposlenih). Za proučevani vzorec javnih lekarn se izkaže, da so večje lekarne (Javni zavod lekarna Ljubljana, Javni zdravstveni zavod mariborske lekarne Maribor) celo manj učinkovite kakor manjše lekarne. To dejstvo je pomembno, saj bi v nasprotnem primeru lekarne morda utemeljevale, da gre pri oblikovanju cene njihovih storitev za naravni monopol, torej način poslovanja, kjer z večanjem obsega proizvodnje mejni stroški konstantno padajo (kar bi bil edini vsebinski razlog za obstoj monopola na tem področju).

Predstavljeni rezultati kažejo, da je optimizacija lekarniškega področja možna v smeri privatizacije javnih zavodov.

4.3.3. Zakonske obveznosti lekarn

Glede na zakonske zahteve Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (79. člen) so vse stranke, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, dolžne vse podatke, ki se nanašajo na zdravstveno zavarovanje za namene povračila škod, brezplačno posredovati ZZZS. Na podlagi tega zakona (62.b člen) je tudi navedeno, da ZZZS kot ustanovitelj Vzajemne prenese vse zavarovalne pogodbe, sredstva, prenosne premije in rezerve, računalniške programe, zbirke podatkov s področja prostovoljnega zavarovanja, obveznosti, ki izhajajo iz pogodb, sklenjenih pred začetkom poslovanja družbe, in nezapadle neporavnane obveznosti s področja prostovoljnega zavarovanja ob začetku poslovanja družbe.

Lekarne že zaradi zahtev ZZZS obdelajo vse podatke v zvezi z izdajo zdravil na recept za posameznega zavarovanca, ki jih morajo ne le skladno z ZZVZZ poslati ZZZS, ampak imajo tudi kot kazensko obvezo za posredovanje podatkov na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva o evidenci porabe zdravil izdanih na recept, ki jih za končno obdelavo zbira Inštitut RS za varovanje zdravja (IVZ).

V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2, Ur.l. RS, št. 36/2004), kamor pod primarno zdravstveno dejavnost sodi lekarniška dejavnost, ki jo dodatno ureja še Zakon o lekarniški dejavnosti, ima vsakdo pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico (poleg ostalega, kar je navedeno v 47. členu ZLD-UPB1, Ur.l. RS, št. 20/2004), da se seznanijo s stroški zdravljenja in da zahteva obrazložitev računa za zdravstvene storitve.

V okviru Zakona o lekarniški dejavnosti je specificirano, katere naloge zbornica zlasti opravlja. Navedba pod točko 7 pravi, da LZS sodeluje pri določanju izhodišč za sklepanje pogodb z ZZZS in za oblikovanje cen lekarniških storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker je Vzajemna podedovala pogodbe od ZZZS, bi morale enake cene kot za ZZZS veljati tudi za Vzajemno, ki je v preteklih letih kljub navedenemu neupravičeno plačevala pavšal. V nalogah LZS ni navedeno, da sodeluje pri oblikovanju cen storitev za zdravstvene zavarovalnice in zato bi morale lekarne kvečjemu posamično vstopiti v pogajanja z zdravstvenimi zavarovalnicami.

4.3.4. Oblikovanje storitev lekarn

Kot je omenjeno že v uvodu, je v ospredju proučevanja odnos med lekarnami in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami oziroma storitve, ki jih lekarne ponujajo prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam.

4.3.4.1. Storitve »obdelava recepta«

Končna cena zdravila je odvisna od nabavne cene zdravila (priloga 1) in ovrednotenih storitev (priloga 2), ki jih lekarniški delavec opravi do same predaje zdravila. Osredotočimo se le na storitvi ob izdaji (predaji) zdravila na recept. Opravljene storitve za izdajo zdravila na recept

se glede na Zeleno knjigo¹⁷ in posamezne pogodbene popravke ZZZS obračuna v dveh delih¹⁸. V prvem delu se delo lekarniškega delavca ovrednoti za storitev obdelave recepta, v drugem delu pa za storitev vročitve zdravila. Osredotočimo se na obdelavo recepta (opredeljena s šifro 71010), ki zajema pregled glave recepta in ordinacije, razvrstitev zdravil ali živil za posebne zdravstvene namene, navodilo za uporabo zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, vodenje evidenc in strokovno administrativna dela. V okviru zadnjih dveh nalog, ki ju mora opravljati lekarna v skladu s prej postavljeno opredelitvijo, je možno razumeti tudi dolžnost lekarn do izdajanja računa zdravstvenim zavarovalnicam (zbirnega računa). V zbirnem računu, ki ga lekarne trikrat mesečno izdajajo zdravstvenim zavarovalnicam, so navedeni vsi tisti zneski, ki jih morajo zdravstvene zavarovalnice v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pokriti svojim zavarovancem, in sicer v skladu z zakonskimi določili glede deležev kritja po posameznem zdravilu na podlagi razvrstitve zdravil na pozitivno in vmesno listo, kot je omenjeno v poglavju 4.1. in prilogi 1.

4.3.4.2. Storitve »izdaje zbirnega računa«

Storitve izdaje zbirnega računa, ki jo lekarne zaračunavajo prostovoljnimi zavarovalnicam, lahko opredelimo kot primer s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja, ki je podrobneje opisan v drugem poglavju (glej 2.4.3.). Ustvarjanje povpraševanja, ki je povezano z diskrecijsko pravico ponudnikov in izvira iz njihovih lastnih interesov in ne iz interesov povpraševalcev (Folland, Goodman, Stano, 2001, str. 617) je posledica tržnih nepopolnosti na trgu zdravstvenih dejavnosti.

Primer lekarniške dejavnosti in storitev zbirnega računa popolnoma ustreza tipičnim učbeniškim primerom za monopolni položaj in kartelno dogovarjanje ter za pojav vsiljenega povpraševanja s strani ponudnika, oziroma zagotavljanje nepotrebnih storitev, ki izvira iz problema agentov in asimetrije informacij, ki jo povzročata regulativa. Že v analizi povpraševanja je omenjeno, da transakcija poravnave obveznosti med zavarovalnicami in lekarnami vsebinsko sodi v drugo storitev (obdelava recepta), da umetno ustvarjanje nove

¹⁷ Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela (t. i. Zelena knjiga) je od leta 1982 osnovni dokument normiranja v zdravstvu, saj vsako posamezno storitev ovrednoti v točkah, minutah trajanja in potrebnih kadrovske zasledbi. Zato je zelena knjiga ključno izhodišče za vrednotenje posamezne zdravstvene storitve in nesporen dokument, po katerem zdravstvena služba beleži, obračunava in vrednoti svoje storitve.

¹⁸ Ta sistem je sicer že zastarel, ampak za enkrat še vedno edini v veljavi.

storitve ni utemeljeno in da zavarovalnicam poleg stroškov samega plačila vsiljene oziroma fiktivne storitve povzročajo celo dodatne stroške. Ravno tako je že omenjeno, da zavarovalnica kot plačnik nima možnosti sodelovanja v procesu povpraševanja v oblikovanju oziroma nadzorovanju same storitve, niti z vidika kakovosti niti glede cene storitve, kar potrjuje problem agentov. V imenu zavarovalnice se o storitvi dogovarjajo drugi agenti, stroški pa se prenesejo na zavarovalnico, ki te storitve dejansko sploh ne želi, saj gre za poravnavo obveznosti, ki izvira iz druge storitve (obdelava recepta).

Navedeni primer ponazarja, da se problem vsiljenega povpraševanja pojavi ne le na trgu zdravstvenih storitev (tradicionalno ga opazimo v odnosu med zdravnikom in pacientom), ampak tudi med drugimi udeleženci na trgu zdravstvenih dejavnosti, in dokazuje, da v proučevanem primeru problem agentov, ki omogoča vsiljeno prodajo fiktivne storitve po zelo visoki ceni, izvira predvsem iz institucionalne ureditve trga ter regulative in ne iz proizvodnega procesa ali lastnosti oziroma informacij udeležencev na trgu. Tržne nepopolnosti lahko ob neustrezni regulativi na trgih zdravstvenih storitev postajajo »nalezljive«. Treba je tudi dodati, da omejitve inducirane povpraševanja, ki so prisotne med zdravniki in pacienti, kot na primer drugo zdravniško mnenje ali izguba ugleda, na primeru lekarniške dejavnosti ne obstajajo. Institucionalne rešitve za omejevanje teh anomalij na trgu lekarniških dejavnosti se (še) niso razvile.

Majhno število udeležencev na trgu onemogoča testiranje s strani ponudnika vsiljenega povpraševanja z empiričnim modelom, vendar pa testiranje po klasičnem principu njegov obstoj dokazuje. Če namreč uporabimo preverjanje odvisnosti cene lekarniških storitev (storitev izdaje zbirnega računa) s številom lekarn na zavarovalnico, ugotovimo, da cena izdaje zbirnega računa v obdobju zadnjih dveh let narašča kljub povečanemu številu lekarn in kljub povečanemu povpraševanju zaradi povečanja števila zavarovalnic (teoretično razlago glej v poglavju 2.4.3.)

Navedena tržna nepopolnost je še toliko bolj presenetljiva ob dejstvu, da zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljna dopolnilna zdravstvena zavarovanja, za lekarne delujejo kot pospeševalke prodaje lekarn. Podobno kot na drugih trgih zdravstvenih dejavnosti se namreč tudi na trgu lekarniške dejavnosti zaradi načina regulacije trga in plačila zdravil s strani zavarovalnice (tretje osebe) pojavlja (1) večje trošenje zdravil kakor

v primeru samoplačevanja, poleg tega pa (2) na strani povpraševanja po zdravilih ni nikakršne spodbude za racionaliziranje nakupov (iskanje cenejše ponudbe). Obe posledici, ki prinašata neposredne koristi lekarnam, zavarovalnici pa neposredno škodo, sta, kot smo pisali v drugem poglavju, značilna pojava na trgu zdravstvenih dejavnosti, ki izvirata asimetrije informacije, moralnega hazarda in škodljive izbire.

Sama storitev izdaje zbirnega računa je torej tipičen primer izrabe agentskega odnosa in zloraba monopolnega položaja, ob dejstvu, da zavarovalnica deluje kot pospeševalec prodaje lekarn, pa je še toliko bolj absurdna. Poleg tega, da prostovoljna zavarovalnica lekarnam pospešuje prodajo in jim plačuje fiktivne storitve, po katerih ne povprašuje, pa se dogaja tudi, da cena te storitve (storitve izdaje zbirnega računa) ob povečani količini povpraševanja celo narašča. V nadaljevanju podrobneje analiziramo oblikovanje cene storitve.

4.3.5. Oblikovanje cene

V analizi položaja lekarn v Sloveniji in v analizi njihove poslovne uspešnosti je ugotovljeno, da je v lekarniški dejavnosti izostanek konkurence in da vse poslujejo z dobičkom. V tem poglavju podajamo podrobnejšo ekonomsko analizo cen. Stroške, oblikovanje cene in velikost dobička, najprej preučujemo za storitev obdelave recepta in nato za sporno storitev izdaje zbirnega računa.

4.3.5.1. Analiza stroškov in prihodkov ter (monopolnega) dobička lekarn pri storitvi obdelave recepta

V nadaljevanju podajamo okvirni izračun dobička, ki ga lekarnice ustvarijo s storitvijo obdelav recepta. Storitve je na podlagi predhodno omenjenih pogajanj med ZZZS, LZS in MZ administrativno ovrednotena z 0,31 točke, pri čemer je točka trenutno določena v višini 689,94 tolarja, kar pomeni, da lekarna za obdelavo vsakega izdanega recepta prejme 214 tolarjev. V letu 2003 je bilo izdanih za več kot 13 milijonov receptov. Ali drugače, za prej opredeljene naloge (pregled glave recepta in ordinacije, razvrstitev zdravil ali živil za posebne

zdravstvene namene, navodilo za uporabo zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, vodenje evidenc in strokovno administrativna dela) zdravstvene zavarovalnice in ZZZS namenijo letno kar okoli 2,872 milijarde tolarjev (glej prilogo 2 in tabelo 4, postavka TR – skupni prihodki od izdaje zdravil za vse lekarne).

4.3.5.1.1. Analiza stroškov

Za opravljanje navedene storitve imajo lekarne določene stroške. Poleg stroškov amortizacije, stroškov električne energije ter stroškov pisarniškega materiala v skupnih stroških izstopajo predvsem stroški dela. Po podatkih na spletnih straneh Statističnega urada RS (www.stat.si) so povprečni stroški dela v lekarniški dejavnosti v letu 2003 znašali 474.075 tolarjev. Za omenjeno storitev obdelave recepta je določen normativ dve minuti. Iz podatkov o številu lekarn in številu zaposlenih sledi (tabela 4.1), da vsak zaposleni v lekarniški dejavnosti v povprečju nameni kar 14 odstotkov delovnega časa samo za obdelavo recepta, kar z drugimi besedami pomeni, da povprečno velika lekarna potrebuje več kot dve osebi, ki osem ur dnevno opravljajo samo storitev obdelave recepta. Skupni stroški dela, ki se nanašajo na storitev obdelave enega recepta, tako znašajo 97 tolarjev na recept ali za vse lekarne skupaj 1,301 milijarde tolarjev (tabele 4, 5 in 6).

Tabela 4: Primer izračuna stroškov in odhodkov pri storitvi obdelava recepta

1	število zaposlenih v lekarnah	1.609
2	povprečni stroški dela zaposlenega v lekarni	474.075
3	število letno izdanih receptov	13.428.421
4	število delovnih dni v letu (40-urni delavnik)	261
5	število obdelanih receptov na dan [3/4]	51.450
6	število obdelanih receptov na dan na zaposlenega [5/1]	32
7	povprečen čas [v min] obdelave recepta (normativ: 2 minuti)	2,00
8	povprečen čas [v min], ki ga zaposleni v lekarni porabi za obdelavo receptov [6*7]	64
9	odstotek delovnega časa zaposlenega za obdelavo receptov [8/450 min]	14 %
10	povprečni mesečni strošek na zaposlenega za obdelavo zdravila (=MC) [2*9]	67.374
11	povprečni letni strošek za obdelavo recepta na zaposlenega v lekarni [10*12 mes]	808.489
12	TC - skupni odhodki za storitev obdelave receptov in vročitve zdravil [1*11]	1.300.858.991
13	AC - stroški administracije za izdajo posameznega zdravila [12/3]	97
14	vrednost točke	689,94
15	količnik za obdelavo recepta	0,31
16	TR - skupni prihodki od izdaje zdravil za vse lekarne [3*17]	2.872.089.483
17	cena storitve obdelave zdravil [14*15]	214
18	presežek prihodkov nad odhodki [16-12]	1.571.230.493
19	presežek prihodkov nad odhodki na recept [17-13]	117

Vir: Statistični urad RS, ZZZS in lastni izračuni.

Izračunani dobiček pri obdelavi enega recepta znaša tako 117 tolarjev. Lekarne tako samo z opravljanjem storitve obdelava recepta ustvarijo letno okoli 1,571 milijarde tolarjev presežkov prihodkov nad odhodki, s čimer lahko pokrivajo druge stroške oziroma ustvarjajo dobiček iz poslovanja.

Tabela 5: Izračun presežka prihodkov nad odhodki pri storitvah obdelave recepta in vročitvi 2,4 enote zdravila

1	število zaposlenih v lekarnah	1.609
2	povprečni stroški dela zaposlenega v lekarni	474.075
3	število letno izdanih receptov	13.428.421
4	število delovnih dni v letu (40-urni delavnik)	261
5	število obdelanih receptov na dan [3/4]	51.450
6	število obdelanih receptov na dan na zaposlenega [5/1]	32
7	povprečen čas [v min] obdelave recepta (normativ: 2 minuti)	3,00
8	povprečen čas [v min], ki ga zaposleni v lekarni porabi za obdelavo receptov [6*7]	96
9	odstotek delovnega časa zaposlenega za obdelavo receptov [8/450 min]	21 %
10	povprečni mesečni strošek na zaposlenega za obdelavo zdravila (=MC) [2*9]	101.061
11	povprečni letni strošek za obdelavo recepta na zaposlenega v lekarni [10*12 mes]	1.212.734
12	TC - skupni odhodki za storitev obdelave receptov in vročitve zdravil [1*11]	1.951.288.486
13	AC - stroški administracije za izdajo posameznega zdravila [12/3]	145
14	vrednost točke	689,94
15	količnik za obdelavo recepta	0,31
16	količnik za vročitev zdravila na recept	0,16
17	število škatlic zdravila na recept (N)	2,4
18	vrednost storitev obdelave receptov in vročitve (N) zdravil v točkah	0,694
19	TR - skupni prihodki od izdaje zdravil za vse lekarnе [3*20]	6.429.774.521
20	cena povprečne obdelave enega recepta in vročitve (N) škatlic zdravil [14*18]	479
21	presežek prihodkov nad odhodki [19-12]	4.478.486.035
22	presežek prihodkov nad odhodki na recept/račun [20-13]	334

Vir: Statistični urad RS, ZZZS in lastni izračuni.

Če upoštevamo, da pri vsaki obdelavi recepta v lekarnah izročijo eno ali več enot zdravila (vročitev zdravila je ovrednotena z 0,16 točke), njihov dobiček samo iz naslova obeh omenjenih storitev še naraste. Vročitev ene enote zdravila po normativih zahteva eno minuto dela ali, preračunano po vrednosti točke 110 tolarjev (0,16 pomnoženo s 689,94 tolarjev). Za vročitev zdravila torej povprečno velika lekarna potrebuje še enega zaposlenega. V tabeli 5 je prikazan dobiček, ki ga ima lekarna pri vročitvi različnega števila enot oziroma škatlic zdravila na en recept. Ob predpostavki, da lekarna vroči v povprečju dve enoti oziroma škatlici zdravila pri obdelavi enega recepta (tu smo predpostavili, da vročitev več enot zdravila hkrati ne zahteva dodatnega časa), znaša dobiček okoli 4,478 milijard oziroma 334

tolarjev na recept. Iz rezultatov (tabele 4, 5 in 6) lahko zaključimo, da so cene omenjenih storitev lekarn precej visoke, bremenijo pa predvsem prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, ki ne sodelujejo pri oblikovanju vrednosti točke (ki trenutno znaša 689,94 tolarjev), kljub dejstvu, da zdravila z vmesne liste plačajo v višini 75 odstotkov cene zdravila (med drugim torej tudi 75 odstotkov cene storitev lekarn za obdelavo recepta in za vročitev zdravil), zdravila z vmesne liste pa predstavljajo več kot 50 odstotkov vseh zdravil, izdanih na recept.

Tabela 6: Presežek prihodkov nad odhodki pri storitvah obdelave recepta in vročitvi zdravila ob spreminjanju parametrov povprečnih stroškov dela in povprečnega števila vročenih škatlic zdravil na recept

povprečno število vročenih škatlic zdravil na recept	povprečni stroški dela						
		400.000	453.299	474.075	500.000	550.000	600.000
1		202	185	179	171	156	140
2		312	296	289	281	266	251
2,4		356	340	334	326	310	295
3		422	406	400	392	376	361
4		533	517	510	502	487	472
5		643	627	621	613	597	582
6		754	737	731	723	708	692
7		864	848	841	833	818	803

Vir: Statistični urad RS, ZZZS in lastni izračuni.

Namen analitičnega prikaza je bil ovrednotiti samo storitev obdelave recepta, za katero menimo, da vključuje tudi stroške izdaje zbirnih računov (vključeno v nalogah vodenja evidenc in opravljanja administrativnega dela). Z omenjeno storitvijo lekarne ustvarjajo visok presežek prihodkov nad odhodki. Za primerjavo lahko uporabimo podoben izračun pri storitvi obdelava recepta v Švici.

4.3.5.1.2. Primerjava storitve obdelava recepta na primerih slovenske in švicarske lekarniške dejavnosti

Raziskava, ki so jo po naročilu lekarniške zbornice izdelali na Ekonomsko poslovni fakulteti v Mariboru (Ovin et al, 2004), podaja več zanimivih podatkov in zaključkov. Na tem mestu je

še posebej zanimiva primerjava storitve obdelava recepta v Švici in v Sloveniji¹⁹. Obe državi imata namreč uveden t. i. maržno-storitveni sistem, ki je v določenih segmentih podoben v obeh državah, v določenih pa se razlikuje.

Za primerjavo je zanimiva analiza vrednosti točke, ki predstavlja osnovo za določanje vrednosti storitve lekarn. Še posebej izstopa tista primerjava, ki kaže, kolikšen delež, še pomembneje pa, koliko denarja v absolutni vrednosti, se neposredno od vrednosti točke nameni za pokrivanje stroškov dela. Če primerjamo, kakšen delež v strukturi točke predstavljajo stroški dela, lahko glede na ugotovitve v raziskavi ugotovimo, da se v Švici celoten prihodek, ki ga lekarne ustvarijo z opravljanjem storitev, torej celotna vrednost točke, nameni za stroške dela, medtem ko se v Sloveniji del vrednosti točke nameni tudi za pokrivanje stroškov amortizacije, stroške investicijskega vzdrževanja in materialne stroške. Ocenjeno je, da se za stroške dela nameni 81 odstotkov celotne vrednosti točke. Vrednost točke, ki jo za storitvi obdelava in izročitev recepta prejme lekarna v Švici, preračunana iz švicarskega franka v slovenski tolar, znaša 647 tolarjev. Farmacevt je za izdajo recepta plačan 647 tolarjev. Glede na to, da se iz vrednosti točke v Sloveniji pokrijejo tudi drugi stroški in ne le stroški dela, dobi farmacevt v Sloveniji za izdajo recepta 463,57 tolarja, kar pomeni 71,65 odstotka vrednosti švicarskega kolega. Vendar je treba upoštevati, da so stroški dela v Švici neprimerno višji.

Avtorji teksta tudi navajajo, da se stroški amortizacije, investicijskega vzdrževanja in materialni stroški v Švici krijejo iz marže. Obstajata dve marži, in sicer ena določena v fiksnem odstotku in druga določena v fiksnem znesku. Prva je določena v povprečju 15 odstotkov od tovarniške cene zdravil. Če je zdravilo zelo drago, je odstotek določen na 10 odstotkov. Višina druge, fiksne marže pa je odvisna od tovarniške cene zdravila. Kakšen odstotek vrednosti zdravila predstavlja višina fiksne marže, je odvisno od števila zdravil, ki so prodani v posameznem rangu cene zdravil. Če cena zdravila ne presega 16 švicarskih frankov (2464,76 tolarja), fiksna marža podvoji ceno zdravila, pri zdravilih višjih vrednosti pa se ta odstotek postopoma zmanjšuje in pri zgornji meji 880 švicarskih frankov (135.561,9 tolarja) poviša ceno zdravila samo še za 1,8 odstotka. Večina zdravil (okoli 76 odstotkov) se prodaja v vrednosti do 70 švicarskih frankov (10.783,33 tolarja). To pomeni, da se večina marž, ki jih

¹⁹ Primerjavo bomo uporabili glede na vsebinsko podobnost tudi v nekaterih delih v nadaljevanju, predvsem pri predlogih za izboljšanje regulative.

ustvarijo lekarne, giblje na intervalu med 23 in 100 odstotkov. V Sloveniji poznamo samo eno maržo, ki za leto 2003 znaša devet odstotkov.

4.3.5.2. Analiza stroškov in prihodkov ter (monopolnega) dobička lekarn pri storitvi izdajanja zbirnega računa

V analizi stroškov in oblikovanja cene za storitev izdaje zbirnega računa najprej podrobneje analiziramo mejne stroške, ki jih imajo lekarne za storitev izdaje zbirnega računa, in cene, ki jih določajo za opravljanje omenjene storitve. Nato na podlagi nekaterih predpostavk podajamo izračun marže, ki si jo pri storitvi izdaje zbirnega računa zaračunajo lekarne. Poglavje se zaključuje z analizo, v kateri na podlagi porazdelitev vhodnih parametrov določimo porazdelitev odvisne spremenljivke – marže. S tem zmanjšujemo možnost napačnih zaključkov pri analizi s statičnimi vhodnimi podatki.

4.3.5.2.1. Določitev cene v okviru monopola

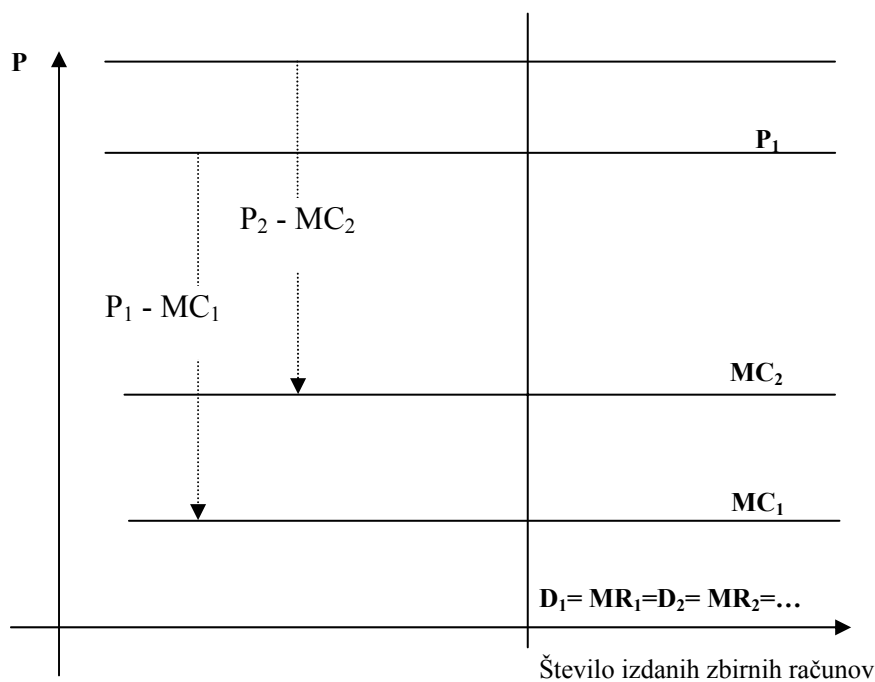
Lekarne, ki nastopajo na trgu, imajo različne mejne stroške (MC) za izdajanje zbirnega računa. Ti so predvsem odvisni od števila poslovnih enot, ki jih ima posamezna lekarna, ker mora biti v proces izdaje zbirnega računa vključenih več zaposlenih. Na sliki (slika 9) se to kaže v različnem položaju krivulj MC_1 in MC_2 . Mejni stroški so zaradi procesa izdajanja zbirnih računov enaki za vsak novo izstavljeni zbirni račun (krivulji sta zato popolnoma elastični premici). Še posebej, če se gibljemo v okvirih, ko je število izdanih zbirnih računov zelo majhno. Popolnoma elastičnost mejnih stroškov lahko utemeljujemo s tem, da izdaja vsakega naslednjega računa, ki ga pripravi lekarna, zahteva popolnoma enako količino dela in s tem povezanih stroškov dela, kot so ga imeli delavci v lekarni s predhodnim računom. Če se lekarna odloči in namesto trikrat mesečno poveča frekvenco izdajanja zbirnega računa, so stroški izdaje vsakega naslednjega računa popolnoma enaki. Gre za računalniško zbiranje podatkov in generiranje računa, kjer je naloga delavca, da opravi rutiniran proces za računalnikom.

Kot je bilo omenjeno že v analizi povpraševanja, pa je po drugi strani povpraševanje (na primer s strani Vzajemne) popolnoma neodvisno od cene, saj je prostovoljnim zdravstvenim

zavarovalnicam vseeno, koliko zbirnih računov prejmejo od lekarn. V primeru mesečne poravnave škod zadošča že eden zbirni račun mesečno.

Omenjeni položaj na proučevanem trgu jasno izpostavi dve stvari. Prvič, popolnoma neelastična krivulja povpraševanja v povezavi z dogovorom postavljeno ponujeno ceno s strani lekarn pomeni, da imajo lekarne, če nastopijo na trgu skupaj, neomejene možnosti za določitev višine cene. Izredno visoko postavljena cena za neželjeno oziroma vsiljeno fiktivno storitev izdaje zbirnega računa zato ne preseneča, četudi je po mnenju Vzajemne ta storitev vsebinsko vključena v obdelavi recepta, katere cena je določena s pogajanjem, pri katerih sodeluje LZS, prostovoljne zdravstvene zavarovalnice pa ne.

Slika 9: Prikaz različnih mejnih stroškov in enotno postavljene cene v primeru lekarn



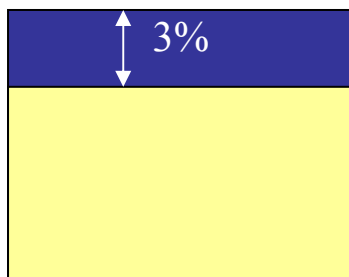
Vir: Lastni prikaz.

Drugič, usklajeno delovanje lekarn omogoča tudi določitev različnih cen za popolnoma enako storitev različnim lekarnam, kar se na trgih, kjer vlada konkurenca, ne bi moglo zgoditi. Cena storitve izdajanja zbirnega računa bi morala biti enaka mejnim stroškom lekarne z najnižjimi (v popolni konkurenci, v nepopolni pa blizu te cene). Na sliki (slika 9) so to mejni stroški MC_1 . Lekarne prejemaajo provizijo glede na promet, ki izhaja z naslova zdravstvenega

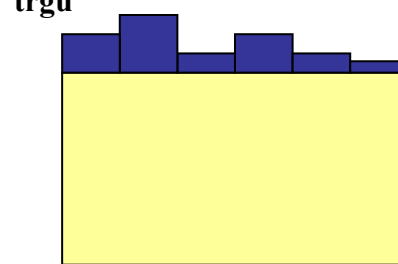
zavarovanja, kar pomeni, da je njihova cena fiktivne storitve izdajanja zbirnega računa različna (P_1 in P_2). Lekarne z višjimi mejnimi stroški (z več poslovnimi enotami) prejemajo višje plačilo, lekarnice z nižjimi mejnimi stroški pa manjše plačilo. Marža se na ta način nekako ohrani in v nadaljevanju je izračunana njena povprečna vrednost (glej tabelo 8).

Tak način nastopa omejuje delovanje konkurence in preprečuje, da se na trgu oblikuje tržna cena, ki bi bila, glede na mejne stroške, s katerimi se soočajo posamezne lekarnice, nedvomno bistveno nižja. Prihodki lekarn, v primeru monopolne moči (Slika 10) in v primeru, če monopolne moči ne bi imele (slika 11), so prikazani relativno. V primeru monopola in novo predlagane provizije bi v vsaki lekarni tri odstotke vseh prihodkov, ki izhajajo iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, predstavljala provizija, medtem ko bi v konkurenčnem okolju pavšal pomenil relativno različno in nižjo vrednost prihodkov posamezne lekarnice.

Slika 10: Skupen nastop lekarn na trgu



Slika 11: Posamično dogovarjanje na trgu



Za konec navajam še primer največje lekarnice v Sloveniji, in sicer Javnega zavoda Lekarnice Ljubljana. Ob nekaterih predpostavkah (glej primer 2) smo izračunali število zaposlenih, ki jih potrebujejo v tej lekarni za izdajanje zbirnega računa. Ugotovili smo, da za omenjeno storitev potrebujejo manj kot enega zaposlenega na mesec. Omenjena lekarnica s pavšalom, ki ga je prejela od Vzajemne v letu 2004, pokrije povprečne stroške dela več kot trem zaposlenim, medtem ko bi z novo predlagano provizijo v višini treh odstotkov krili stroške dela okoli 18 zaposlenim v tej lekarni.

Primer 2: Prikaz absolutne vrednosti pavšala v odnosu do stroškov dela v Javnem zavodu

Lekarna Ljubljana

Oglejmo si, koliko zaposlenih v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana je Vzajemna v letu 2004 financirala s provizijo 0,5 odstotka in koliko bi jih financirala s provizijo treh odstotkov vseh prihodkov, ki jih lekarne ustvarijo iz naslova zdravstvenih zavarovanj Vzajemne. Pavšal je namenjen storitvi izdaje zbirnega računa.

Letni pavšal, ki ga je Vzajemna leta 2004 plačala Javnemu zavodu Lekarna Ljubljana, je znašal 17.870.072,40 tolarja. S tem zneskom Vzajemna pokrije stroške 3,14 zaposlenim s povprečno plačo v lekarniški dejavnosti. Če bo do napovedanega šestkratnega povišanja dejansko prišlo, bo Vzajemna plačala lekarni Ljubljana znesek v višini 18,85 povprečnih letnih plač (tabela 7).

Tabela 7.: Izračun števila zaposlenih v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana, ki jih financira Vzajemna z letnim pavšalom

	LEKARNA LJUBLJANA	
	2004 (0,5%)	2005 (3%)
pavšal plačan JZ Lekarna Ljubljana	17.870.072	107.220.434
letni pašal, ki ga je Vzajemna plačala vsem lekarnam	105.424.631	632.547.786
delež celotnega pavšala	16,95%	
povprečni stroški dela	474.075	
število zaposlenih financiranih iz pavšala	3,14	18,85
število zaposlenih v JZ Lekarna Ljubljana	305	
število poslovnih enot	34	
čas [v urah] potreben za pripravo podatkov centrali za izdajo zbirnega računa na PE	4	
čas [v urah] potreben za izdajo zbirnega računa v centrali	12	
čas [v urah] potreben za pripravo podatkov centrali za izdajo zbirnega računa za vse PE	136	
skupen čas [v urah] za izdajo zbirnega računa	148	
število ljudi potrebnih za izdajo enega zbirnega računa na mesec	0,88	

Vir: Lastni izračuni.

Predpostavimo, da so za izdajo treh zbirnih računov potrebne štiri delovne ure na posamezno poslovno enoto. Javni zavod lekarna Ljubljana ima 34 poslovnih enot, kar skupaj pomeni 136 ur (34 pomnoženo s štiri). Predpostavimo, da centrala potrebuje štiri ure na izdajo zbirnega računa (da združi podatke s posameznih poslovnih enot), oziroma mesečno 12 ur. Skupaj lekarna potrebuje 148 delovnih ur. Zaposleni v enem mesecu z 21 delovnimi dni opravi 168 delovnih ur, kar pomeni, da ta lekarna potrebuje le 0,88 zaposlenega, kar je bistveno manj, kot je Vzajemna financirala v letu 2004 in je zanemarljivo v primerjavi s tem, koliko želijo lekarne prejemati za to storitev.

4.3.5.2.2. Statični izračun marže za storitev izdaje zbirnega računa

Prikažimo, kolikšno maržo si, oziroma si jo bodo, lekarne, združene pod okriljem LZS, zaračunale za izdajo zbirnega računa. Najprej predstavljamo predpostavke, ki smo jih potrebovali, da smo lahko ovrednotili monopolno maržo, o kateri smo že veliko napisali, ko smo predstavljali teoretični vidik obravnavanega primera. Pri izračunu (tabela 6) smo predpostavili, da je povprečni čas, ki je potreben za izdajo zbirnega računa, 2,36 ure na lekarniško enoto (z lekarniško enoto je opredeljena centrala ali poslovna enota)²⁰. Naslednja pomembna vhodna spremenljivka za sam izračun je povprečni mesečni strošek dela v lekarniški dejavnosti, ki znaša 474.075 tolarjev (vir: www.stat.si). Izpostaviti moramo dejstvo, da izdaja zbirnega računa ni strokovna, temveč administrativna storitev, kar pomeni, da bi lahko stroške dela, potrebne za opravljanje omenjene storitve, ocenili nižje. Stroške električne energije, pisarniškega materiala in amortizacije smo zaradi nepomembnega vpliva na mejne stroške zanemarili.

Izračun temelji na znesku, ki ga je Vzajemna poravnala vsem lekarnam skupaj v letu 2004 in je znašal 105,424.631 tolarjev. Če upoštevamo, da lekarne izdajo tri zbirne račune mesečno, kar pomeni 36 računov letno (v Sloveniji je 324 lekarniških enot: 199 poslovnih enot in 125 central), je Vzajemna v povprečju plačala vsaki lekarniški enoti 9038,46 tolarja na en zbirni račun. V primeru, da bi lekarne uspele s skupnim nastopom prek LZS določiti pavšal v višini treh odstotkov, bi morala Vzajemna v povprečju plačati kar 54.230,78 tolarja na zbirni račun ali šestkrat več.

Oglejmo si sedaj še stroškovno stran lekarn pri izdajanju zbirnih računov. Spomnimo se predpostavke, da je povprečni čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa, 2,36 ure na lekarniško enoto na eno izdajo. Upoštevajoč povprečne mesečne stroške dela v lekarniški

²⁰ Predpostavili smo, da je na področju Slovenije 324 lekarniških enot v lekarniški dejavnosti. V tej številki je zajeto 125 central in 199 poslovnih enot. V analizi smo upoštevali, da se za posredovanje podatkov, potrebnih za izdajo zbirnega računa, v poslovnih enotah porabi v povprečju največ 30 minut. Podatki se posredujejo dvakrat tedensko, kar ob predpostavki štirih tednov v mesecu pomeni štiri ure dela na mesec za izdajo treh zbirnih računov. Poslovnih enot je 199. Na drugi strani se podatki za pripravo zbirnega računa stekajo v centrali, ki jih je po podatkih LZS 125 (vir: www.lek-zbor.si). V povprečju zaposleni v centrali porabijo štiri ure na izdajo enega zbirnega računa. Povprečen čas, potreben za izdajo zbirnega računa na enoti, je tako ocenjen z naslednjo formulo:

$$\frac{199 * \frac{0,5 \text{ ure} * 2 \text{ x tedensko} * 4 \text{ tedni}}{3} + 125 * 4 \text{ ure}}{324} = 2,36.$$

dejavnosti lahko izračunamo, da so stroški izdaje enega zbirnega računa ocenjeni s 6665,66 tolarja.

Sedaj povežemo zgoraj omenjeno višino prihodkov, ki jih lekarne zaračunajo za izdajo enega zbirnega računa, in stroške, povezane z izdajo. Tako ugotovimo, da lekarne v povprečju ob trenutnih pogojih (0,5-odstotni pavšal) ustvarijo v povprečju 2+372,80 tolarja presežka prihodkov nad odhodki na zbirni račun na lekarniško enoto. Lekarne si tako trenutno zaračunajo približno 36-odstotno maržo za izdajo zbirnega računa. V kolikor jim bo uspelo s skupnim nastopom in enotno ceno v višini treh odstotkov, bo povprečna marža kar 714-odstotna. Prikazan izračun kaže na monopolno moč, ki jo izkoriščajo lekarne.

Tabela 8: Izračun povprečne marže za storitev izdaje zbirnega računa

trenutni pavšal v odstotkih	0,5 %	3,0 %
trenutni pavšal lekarnam	105.424.631	632.547.786
število lekarn	324,00	324,00
letno število izdaj zbirni računov	36,00	36,00
prihodki, ki jih posamezna lekarna prejme v povprečju na izdan zbirni račun	9.038,46	54.230,78
povprečni stroški dela	474.075	474.075
povprečen mesečen delavni čas (v urah)	168	168
strošek dela na uro	2.821,88	2.821,88
povp. čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa po posameznih lekarnah (v urah)	2,36	2,36
povprečni stroški dela potrebni za izdajo enega računa	6.659,63	6.659,63
povprečna marža, ki jo ima posamezna lekarna pri izdaji zbirnega računa	2.378,84	47.571,15
povprečna marža, ki jo ima posamezna lekarna pri izdaji zbirnega računa v odstotkih	36 %	714 %

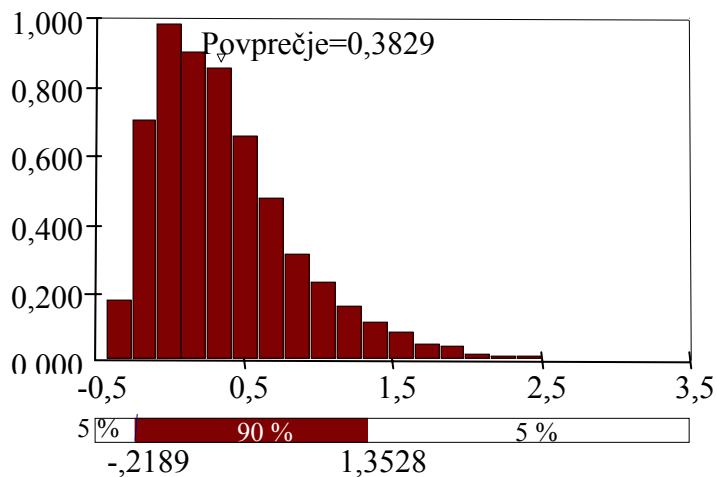
Vir: Lastni izračuni.

4.3.5.2.3. Izračun marže pri izdaji zbirnega računa ob upoštevanju verjetnostne porazdelitve vhodnih spremenljivk

Izračun povprečne marže, ki jo ustvarijo lekarne pri izdaji enega zbirnega računa, je določen statično. Izračun iz predhodnega poglavja torej ne dopušča nobenih morebitnih odstopanj. Namesto fiksnih vrednosti vhodnih podatkov smo zato določili njihovo najprimernejšo porazdelitev, ki bi opisala posamezen vhodni parameter. Posledica takega pristopa je, da so

tudi vrednosti spremenljivke marža kot rezultat modela predstavljene na intervalu z določeno verjetnostno porazdelitvijo. Za izpeljavo porazdelitve odvisne spremenljivke (marže) je uporabljena metoda Monte Carlo simulacije. Rezultati so prikazani na sliki 12. V nadaljevanju so predstavljene zgolj najpomembnejše predpostavke in ugotovitve.

Slika 12: Porazdelitev spremenljivke »marža« – simulacija 1



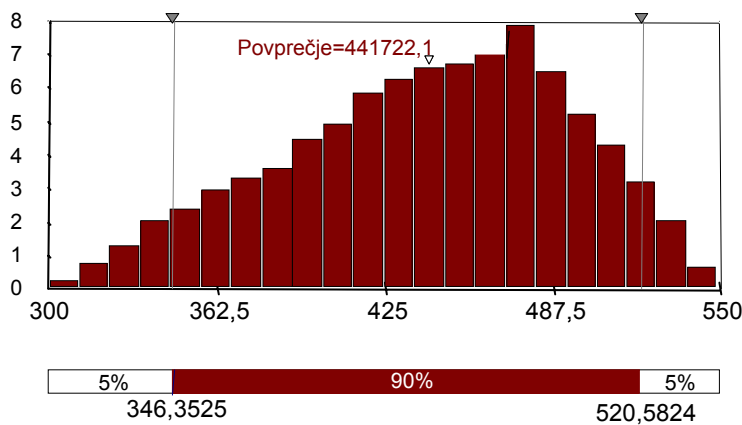
Vir: lastni izračuni.

Izračuni so podani ločeno za trenutni pavšal v absolutnem znesku 105,424.631 tolarjev (približno 0,5-odstotna provizija) in približno 632,547.786 tolarjev (za predvideno triodstotno provizijo). Predpostavljamo, da je število lekarniških enot v Sloveniji 324, pri čemer je 125 centralnih enot in 199 poslovnih enot oziroma lekarniških podružnic. Posamezne lekarne izdajo 36 zbirnih računov letno oziroma tri na mesec. Prihodki, ki jih lekarne ustvarijo z izdajo enega zbirnega računa, tako znašajo v primeru 0,5-odstotne provizije 9038,46 tolarja in 54.230,78 tolarja, če upoštevamo triodstotno provizijo. Omenjene vrednosti so upoštevane že pri izračunu marže na statičen način (glej podpoglavje 4.3.5.2.2.).

V nadaljevanju podajamo opredelitev vhodnih parametrov modela. Vhodnima parametroma »stroški dela« in »čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa« je določena trikotna porazdelitev, pri kateri se določi minimalna vrednost, najverjetnejša vrednost in maksimalna vrednost (slika 13). Takšna porazdelitev zahteva minimalno število predpostavk in je primerna, kadar nimamo daljših časovnih vrst podatkov, s katerimi bi lahko porazdelitev

natančneje opisali²¹. Minimalno vrednost pri parametru stroški dela smo določili v višini 300.000 tolarjev, ker menimo, da toliko znašajo okvirni stroški dela administrativnega delavca v lekarniški dejavnosti. Kot najbolj verjetno vrednost smo določili povprečne stroške dela v lekarniški dejavnosti v višini 474.075 tolarjev, kot maksimalno vrednost pa stroške dela v višini 550.000 tolarjev, s čimer smo dopustili možnost, da lahko storitev opravlja tudi magister farmacije. Omenjena porazdelitev parametra se zdi ustrezna, saj ni nujno, da izdajo zbirnega računa opravlja samo magister farmacije. Povprečna vrednost spremenljivke stroški dela se z zastavljeno trikotno porazdelitvijo zniža na okoli 440.000 tolarjev.

Slika 13: Porazdelitev neodvisne spremenljivke »stroški dela«

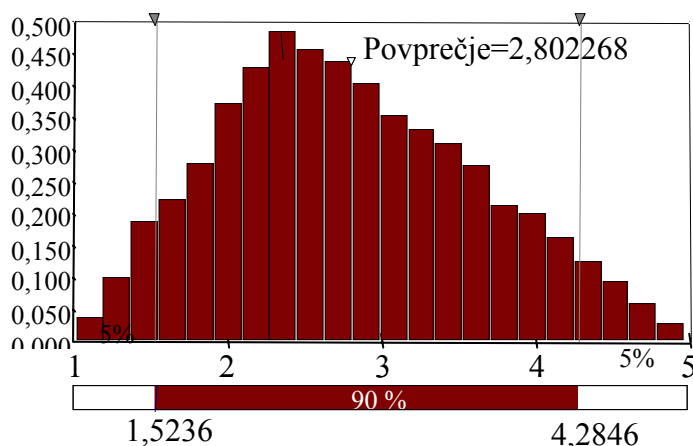


Vir: Lastni izračuni.

Tudi za drugo neodvisno spremenljivko modela (čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa) je izbrana trikotna porazdelitev (slika 14). Ocenili smo, da je minimalen čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa, ena ura na posamezno lekarno oziroma natančneje na posamezno lekarniško enoto. Izračun najverjetnejšega časa, potrebnega za izdajo enega zbirnega računa na lekarniško enoto, je opisan v opombi 20 in znaša 2,36 ure. Maksimalen čas, potreben za izdajo zbirnega računa, pa smo ocenili na pet ur. Povprečna vrednost omenjenega vhodnega parametra znaša 2,8 ure.

²¹ Metodološke študije kažejo, da je uporaba takih predpostavk pri krajših časovnih vrstah podatkov najprimernejša ter da daje dovolj kakovostno osnovo za nadaljnje simulacije.

Slika 14: Porazdelitev neodvisne spremenljivke »čas, potreben za izdajo enega zbirnega računa«



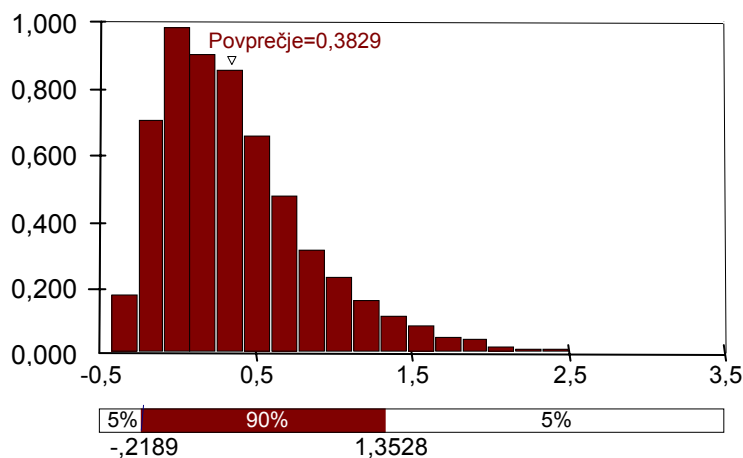
Vir: lastni izračuni.

Po izbiri porazdelitve vhodnih neodvisnih parametrov modela nadaljujem z izborom metode, s pomočjo katere lahko izvedemo simulacijo izračunov vrednosti marže za proučevano navidezno storitev lekarniških enot. Izbrana je že omenjena metoda Monte Carlo. Izvedene so bile tri simulacije, katerih rezultati so zelo podobni. Omenjena ugotovitev ni presenetljiva, saj je bilo pri izračunu porazdelitve odvisne spremenljivke določenih kar 10.000 iteracij. Ali drugače, program @RISK je na osnovi porazdelitev vhodnih spremenljivk naključno izbral 10.000 parov vrednosti in opravil 10.000 izračunov vrednosti odvisne spremenljivke (marže). Na osnovi teh izračunov je dobljena porazdelitev izhodne odvisne spremenljivke – marže.

Kot že omenjeno, je veliko število iteracij (10.000) pri vseh treh simulacijah vodilo do zelo podobnih rezultatov. V prvem primeru izpeljave porazdelitve marže, ki jo ustvarijo lekarne z 0,5-odstotno provizijo (pavšalom), so vse tri simulacije pokazale enako povprečno maržo, in sicer v višini 38 odstotkov, pri čemer je znašal standardni odklon 49 odstotkov. Interval zaupanja, na katerem se nahaja 90 odstotkov vseh vrednosti odvisne spremenljivke, je bil določen med -22 odstotkov in 135 odstotkov pri prvi simulaciji²². Tako ima 75 odstotkov vseh izračunanih vrednosti odvisne spremenljivke marža pozitivno vrednost. Porazdelitev je asimetrična v desno (slika 15).

²² V nadaljevanju besedila sem predstavil samo en scenarij.

Slika 15: Izpeljana porazdelitev odvisne spremenljivke »marža« pri 0,5-odstotni proviziji



Izhodni podatki	marža 1	marža 2	marža 3
Simulacija			
Minimum	-43%	-40%	-40%
Maksimum	338%	308%	316%
Povprečje	38%	38%	38%
Standardni odklon	49%	49%	50%
Varianca	0,24458	0,24325	0,24741
Skewness	1,21642	1,24690	1,23606
Kurtosis	4,91471	5,00443	4,96370
Modus	-18%	-4%	19%
5,0%	-22%	-22%	-21%
10,0%	-15%	-15%	-14%
15,0%	-9%	-9%	-9%
20,0%	-3%	-4%	-3%
25,0%	2%	1%	2%
30,0%	7%	7%	7%
35,0%	12%	12%	12%
40,0%	17%	17%	17%
45,0%	23%	22%	22%
50,0%	29%	28%	28%
55,0%	35%	33%	33%
60,0%	40%	40%	40%
65,0%	47%	46%	47%
70,0%	54%	54%	55%
75,0%	62%	62%	63%
80,0%	73%	73%	74%
85,0%	86%	85%	88%
90,0%	105%	103%	105%
95,0%	135%	136%	136%

Vir: Lastni izračuni na osnovi Monte Carlo analize.

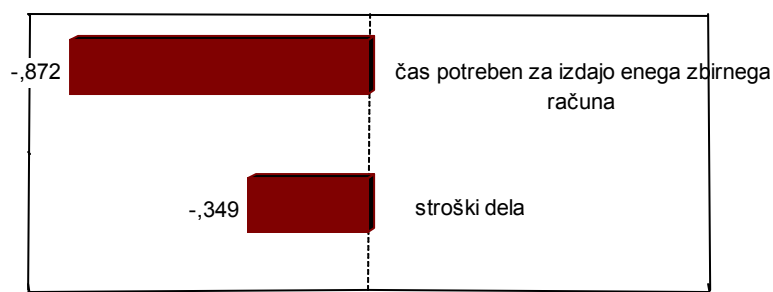
Analiza občutljivosti kaže soodvisnost spremenljivk modela²³. Korelacijski koeficient med neodvisno spremenljivko (čas, potreben za izdajo zbirnega računa) in odvisno spremenljivko (marža) znaša -0,927, kar kaže na zelo negativno povezanost med spremenljivkama. Če se čas, potreben za izdajo zbirnega računa, poveča,²⁴ se zmanjša marža in obratno. Vhodna spremenljivka stroški dela in izhodna spremenljivka marža imata srednje močno korelacijo (-0,349), in sicer prav tako negativno.

²³ Najpogosteje uporabljena mera za občutljivost odvisne spremenljivke je korelacijski koeficient.

²⁴ S tem se povečajo stroški lekarniške enote za opravljanje omenjene storitve.

Na sliki 16 (in podobno tudi na sliki 18 za triodstotno provizijo) prikazujemo še regresijsko občutljivost odvisne spremenljivke (marže) z regresijskima koeficientoma obeh neodvisnih spremenljivk, vključenih v model. Veliko bolj je za obliko porazdelitve spremenljivke marža pomemben čas, ki ga posameznik porabi za pripravo zbirnega računa, kot pa stroški dela. Dejstvo je, da je za spremenljivko čas, ki ga posameznik porabi za pripravo zbirnega računa, v analizi predvideno večje variranje. To pomeni, da čas, potreben za izdajo zbirnega računa, preko povprečnih mesečnih stroškov dela (zmnožek) vpliva na maržo močneje kot pa sami povprečni mesečni stroški dela, katerih variranje ni tako močno.

Slika 16: Prikaz regresijske občutljivosti višine marže za storitev izdaje zbirnega računa

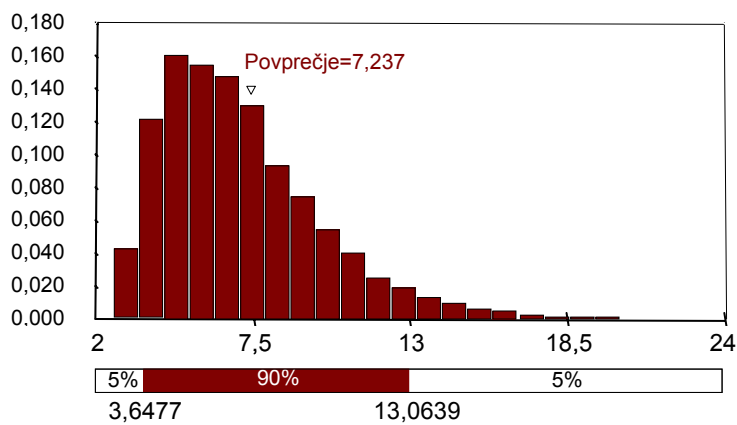


Vir: Lastni izračuni na osnovi Monte Carlo simulacije.

Podobno je izpeljana porazdelitev odvisne spremenljivke (marže) lekarn tudi v primeru triodstotne provizije, ki jo zahtevajo lekarne, združene v okviru LZS. Tudi v tem primeru so izvedene tri simulacije in 10.000 iteracij po metodi Monte Carlo simulacije. Porazdelitve vhodnih spremenljivk modela niso spremenjene. Povprečna vrednost odvisne spremenljivke (marže) znaša v tem primeru 724 odstotkov (slika 17).

Standardni odklon znaša pri prvi simulaciji 294 odstotkov, kar pomeni, da se 68,27 odstotka vseh vrednosti nahaja na intervalu med 430 odstotkov in 1018 odstotkov. Tudi v primeru intervala vrednosti marže pri dveh standardnih odklonih (levo in desno od povprečne vrednosti) je kar 95,45 odstotka primerov razvrščenih na intervalu od 136 odstotkov do 1312 odstotkov. Omenjeni rezultati kažejo na monopolno moč lekarn pri določanju cen za storitev izdaje zbirnega računa. Tako kot v primeru 0,5-odstotne provizije je tudi v primeru triodstotne provizije spremenljivka marža veliko bolj odvisna od spremenljivke časa, potrebnega za izdajo zbirnega računa, kot pa od spremenljivke stroškov dela (slika 18).

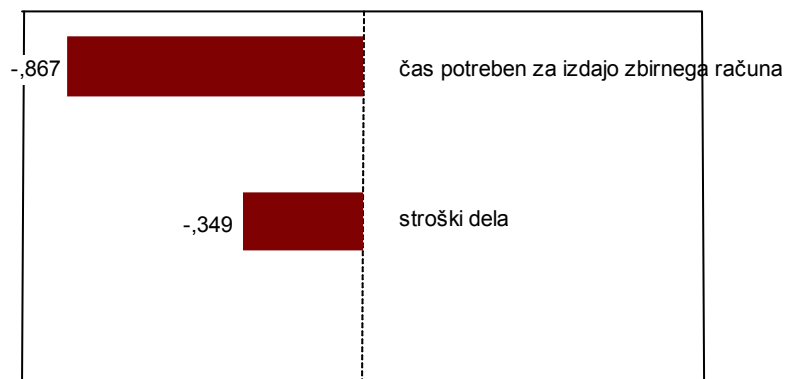
Slika 17: Porazdelitev odvisne spremenljivke marža pri triodstotni proviziji



Izhodni podatki	marža	marža	marža
Simulacija	1	2	3
Minimum	263%	235%	245%
Maksimum	2222%	2469%	2524%
Povprečje	724%	727%	728%
Standardni odklon	294%	297%	295%
Varianca	8,6164	8,7960	8,6862
Skewness	1,2014	1,2218	1,1873
Kurtosis	4,7912	4,9493	4,8565
Modus	487%	571%	581%
5,0%	365%	367%	368%
10,0%	406%	408%	410%
15,0%	443%	445%	445%
20,0%	477%	479%	479%
25,0%	506%	509%	511%
30,0%	536%	538%	541%
35,0%	569%	571%	572%
40,0%	601%	602%	603%
45,0%	634%	634%	635%
50,0%	668%	666%	668%
55,0%	701%	701%	704%
60,0%	737%	737%	738%
65,0%	773%	778%	782%
70,0%	819%	822%	827%
75,0%	873%	873%	883%
80,0%	933%	939%	941%
85,0%	1013%	1020%	1018%
90,0%	1114%	1128%	1136%
95,0%	1306%	1315%	1299%

Vir: Lastni izračuni na osnovi Monte Carlo simulacije.

Slika 18: Prikaz regresijske občutljivosti marže



Vir: lastni izračuni na osnovi Monte Carlo simulacije.

V nadaljevanju vpeljujemo v analizo tudi dodatno neodvisno spremenljivko, in sicer stroške amortizacije, ki jih lahko pripišemo storitvi izdaje zbirnega računa.

Stroški amortizacije so določeni v deležu od stroškov dela²⁵. Predpostavljamo lahko, da so stroški amortizacije normalno porazdeljeni, in sicer s povprečno vrednostjo 6,9 odstotka stroškov dela in s standardnim odklonom 3,2 odstotka stroškov dela. Omenjeni vrednosti sta izračunani na podlagi podatkov o stroških amortizacije in stroških dela iz letnih bilanc za leto 2003 za 24 največjih lekarn v Sloveniji.

Vključitev omenjene spremenljivke v model zniža povprečno maržo za okoli devet odstotnih točk. Le-ta znaša pri 0,5-odstotni proviziji 29 odstotkov. Nekoliko se zmanjša tudi standardni odklon (47 odstotkov). Marža pri triodstotni proviziji je padla na 705 odstotkov (prvi scenarij), standardni odklon pa na 266 odstotkov. Vključitev dodatne neodvisne spremenljivke (stroški amortizacije) v model povzročil le rahel pomik porazdelitve odvisne spremenljivke (marže) levo in nekoliko večjo zgoščenost vrednosti marže okrog povprečne vrednosti.

²⁵ Stroški amortizacije so določeni v deležu od stroškov dela, ker jih ni bilo mogoče drugače določiti. Odstotek je določen na podlagi deleža amortizacije v stroških dela za leto 2003 (leto, za katero smo imeli podatke). Zanimanje stroškov amortizacije ne bi bilo korektno. Za izvajanje teh storitev sta potrebna človeško delo in programska oprema (ki bi jo lekarnice od zavarovalnic lahko prejele brezplačno in je ne bi bilo treba amortizirati), ker gre za delovno intenzivno operacijo, smo stroške amortizacije predpostavili v razmerju do uporabljenega dela.

4.3.5.3. Pravni vidik usklajenega določanja cene storitve izdajanja zbirnih računov

Lekarne so se v okviru LZS združile in za fiktivno storitev izdajanja zbirnih računov zahtevajo plačilo provizije v višini treh odstotkov skupnega prometa, ki ga imajo s posamezno zdravstveno zavarovalnico. Usklajeno delovanje lekarn, kar enotno določanje cene za fiktivno storitev izdajanja zbirnega računa vsekakor je, pomeni neposredno kršitev Zakona o preprečevanju omejevanja konkurence, ki v drugi točki petega člena določa, da je zlasti prepovedano usklajeno (sporazumno) neposredno ali posredno določanje nakupne ali prodajne cene ali drugih poslovnih pogojev. V obravnavanem primeru imamo opravka z izkoriščanjem monopolne moči večjega števila ponudnikov – lekarn.

V nadaljevanju predpostavljamo še dodatni točki, ki podpirata trditev, da gre za kršitev zgoraj navedenega zakona. Najprej pa opredeljujemo pojem sporazuma. Pojem je opredeljen z nemškim zakonom iz leta 1998, pri čemer je le-ta že usklajen s pravom EU. V nemški literaturi vlada skoraj popolno soglasje, da pojma sporazuma v smislu kartelnega prava in pogodbe v smislu obveznostnega prava nista enaka. Pojem sporazuma je mnogo širši kot pojem pogodbe. Za obstoj sporazuma zadošča, da se z njim stranke hočejo zavezati, tudi če pravna zveza kot takšna ne obstaja. Zadošča celo moralna zaveza, torej t. i. »gentlemen's agreement«.

Kot smo že omenili, je po prvem odstavku petega člena Zakona o preprečevanju omejevanja konkurence prepovedan vsak sporazum ali usklajeno delovanje, katerega cilj je omejevanje konkurence. Ni torej potrebno, da bi sporazum v trenutku sklenitve že omejeval konkurenco, temveč zadošča že, da bo tako lahko učinkoval v predvidljivi prihodnosti, kar pomeni, da zadošča že sama želja, da bi z dogovorom omejevali konkurenco.

Drugič, nepomembno je, kakšen namen so sklenitelji s sporazumom zasledovali. Odločilen je torej cilj sporazuma in ne cilj (subjektivni namen) skleniteljev sporazuma. Brez pomena je tudi, ali so vpleteni pripravljeni izvrševati sporazum ali ne. Prepovedana je že njegova sklenitev in ne le njegovo izvajanje. Glede na to je popolnoma vseeno, ali so stranke ob

sklenitvi sporazuma pri LZS nameravale izvrševati sporazum, in je tudi vseeno, ali so naknadno odstopile od namere po izvršitvi sporazuma ali ne.

Lekarne, združene pod okriljem LZS, so sklenile takšen dogovor, ki je bil večkrat predstavljen javnosti preko različnih medijev, in izkoristile prevladujoč položaj, saj na trgu ni nobenega pravnega subjekta, ki bi združenim lekarnam predstavljal konkurenco. Zaradi vsega povedanega je sporazumno, skupno ali usklajeno nastopanje in določanje cene za storitev izdaje zbirnih računov zdravstvenim zavarovalnicam v nasprotju z Zakonom o preprečevanju omejevanja konkurence.

V proučevanem primeru navajam še 119. člen Obligacijskega zakonika, ki med drugim pravi, da »če si kdo izgovori zase ali za koga tretjega korist, ki je v očitnem nesorazmerju s tistim, kar je sam dal ali storil ali se zavezal dati ali storiti drugemu, je takšna pogodba nična. Če oškodovani (v tem primeru Vzajemna, op. a.) zahteva, da se njegova obveznost zmanjša na pravičen znesek, ugotovi sodišče takemu zahtevku, če je to mogoče; v tem primeru ostane pogodba z ustrežno spremembo v veljavi. Oškodovani lahko vložijo zahtevek za zmanjšanje obveznosti na pravičen znesek v petih letih od sklenitve pogodbe.«

4.3.6. Eksternalije, ki jih imajo lekarne s sodelovanjem in izdajanjem izbirnih računov

Sodelovanje med prostovoljnimi zavarovalnicami in lekarnami za slednje ne pomeni samo stroškov. Prav nasprotno, sodelovanje, pri katerem prostovoljne zavarovalnice plačujejo del cene na podlagi izstavljenega zbirnega računa, prinaša lekarnam številne ugodnosti.

Kot je že bilo omenjeno, zdravilo na recept s pozitivne in vmesne liste zavarovancu prostovoljne zavarovalnice pokrijeta obvezno zavarovanje (ZZZS) in prostovoljna zavarovalnica, tako da zavarovanec pri prejemu zdravila na recept ne plača nič. Na ta način se lekarne izognejo dodatnim stroškom dela, saj bi se povprečni čas obravnave posamezne stranke zato podaljšal. Stranka bi morala namreč v primeru nesodelovanja med lekarnami in prostovoljnimi zavarovalnicami del cene plačati z denarjem ali bančno (ali kreditno) kartico, kar bi zahtevalo dodaten čas in stroške, potrebne pri poslovanju lekarn s strankami. Poleg tega bi imele lekarne v svojih blagajnah na prodajnih mestih veliko večjo količino gotovine, kot je

imajo sedaj, kar z vidika gospodarjenja pomeni dodaten oportunitetni strošek donosa na kapital.

Še posebej bi bile lekarne v slabšem položaju, če bi zavarovanci namesto z gotovino plačevali z bančno kartico, saj znaša provizija za plačevanje z bančno kartico od dveh do petih odstotkov vrednosti plačila. Vrednost doplačila ene enote ali več enot zdravila na recept lahko hitro postane visoka, zato je zelo verjetno, da bi zavarovanci plačevali račune z bančno kartico. Ob predpostavki, da bi petino vseh prihodkov, ki jih lekarne ustvarijo iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja Vzajemne (slabih 25 milijard tolarjev), bilo plačanih z bančno kartico, in ob predpostavki, da provizija bank znaša tri odstotke, bi odhodki za provizije bankam znašali okoli 150 milijonov tolarjev letno. (V letu 2004 je Vzajemna lekarnam plačala pavšal v višini okoli 105 milijonov tolarjev, namenjenih za pokrivanje stroškov izdajanja zbirnih računov v letu 2004, ki jih lekarne ob morebitni prekinitvi sodelovanja z Vzajemno ne bi prejele.)

Opozoriti velja še na prihodke od prodaje zdravil in medicinskih pripomočkov, ki jih lekarne ustvarijo, ker zavarovanci hkrati z nakupom zdravil na recept v lekarnah kupijo še zdravila brez recepta in omenjene medicinsko tehnične pripomočke. Navedene eksternalije so za lekarne pozitivne, saj prostovoljne zavarovalnice dejansko delujejo kot njihovi pospeševalci prodaje.

4.4. Ocena tržne strukture lekarniške dejavnosti in vpliva na družbeno blaginjo

Analiza kaže, da lekarne delujejo z usklajenim nastopom v okviru LZS. V proučevanem primeru usklajenega nastopa lekarn v okviru LZS gre za kartelni dogovor, kar je potrjuje tako pravni kakor ekonomski vidik analize:

- S pravnega vidika je usklajen nastop lekarn v okviru LZS neposredno v nasprotju z Zakonom o preprečevanju omejevanja konkurence.
- Ekonomski vidik je pokazal na
 - o izostanek konkurence v lekarniški dejavnosti (poglavje 4.3.1.),

- tipičen kartelni dogovor, kjer se skupina ponudnikov poveže in skuša s postavitvijo enotne cene kljub različnim mejnim stroškov omejiti konkurenco za določeno storitev (poglavje 4.3.5.3),
- izkoriščanje monopolne moči, ki se kaže v dodatni proviziji za storitev izdaje zbirnega računa v višini približno 714 odstotkov in zahtevah po višji proviziji kljub visokim dobičkom (simulacijska analiza z več kot 75-odstotno verjetnostjo kaže, da lekarne ustvarijo pozitivno maržo že ob 0,5-odstotnem pavšalu, medtem ko lahko s 95-odstotno verjetnostjo trdimo, da se v primeru triodstotnega pavšala vrednost ustvarjene marže nahaja na intervalu med 136 in 1312 odstotkov (poglavje 4.3.5.2),
- vsiljevanja povpraševanja po nepotrebnih storitvah, katerih stroški se posredno prelivajo na druge trge (trg prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja), ki jih zaradi regulative ni mogoče omejiti in nadzorovati (poglavje 4.3.4.2)²⁶.

Reguliranje v tem primeru ne izpolnjuje nekaterih temeljnih lastnosti, ki naj bi bile prisotne v vsakemu reguliranju (glej poglavje 3): (1.) regulator ni sposoben nadzirati transakcij in na podlagi tega narediti analize, (2.) reguliranje v smislu določanja cene na predstavljeni način ni sprejemljivo za ponudbo in povpraševanje, temveč le za stran ponudbe. Reguliranje, ki dopušča tako oblikovanje cene, torej ni dopustno, saj trgu v celoti ne ustreza in ne temelji na dokazih, razlogih in načelih, s katerimi se udeleženci strinjajo. Zaradi tega je vprašljiva tudi (3.) sposobnost neodvisnega delovanja regulatorja. Vse navedeno kaže na napake v reguliranju in potrebo po ponovni regulaciji omenjenih storitev.

V primeru lekarniške dejavnosti, kjer gre pri oblikovanju cen storitev dejansko za samoreguliranje in nesposobnost neodvisnega regulatorja, da bi s sodelovanjem v procesu reguliranja zagotovil dokaze, razloge in načela, s katerimi bi se udeleženci na trgu strinjali, lahko govorimo tudi o zlorabi privilegija samoreguliranja. Država bi morala v tem primeru napak v reguliranju pokazati pripravljenost za spremembo strategije reguliranja in omejiti svobodo samoreguliranja vsaj na način, da se zavarovalnice vključijo v pogajanja o ceni. V nasprotnem primeru se zdi vpliv interesnih skupin, ki sodelujejo v procesu pogajanj, premočan in družbeno škodljiv.

²⁶ Omejitve tega pojava, ki so se razvile na trgih zdravstvenih storitev, kjer je možnost vsiljenega povpraševanja prepoznana (na primer drugo zdravniško mnenje ali izguba ugleda pri izvajalcih zdravstvenih storitev), na primeru lekarniške dejavnosti predvsem zaradi načina regulacije ne obstajata.

4.5. Predlogi za zmanjšanje izgube družbene blaginje

Analiza ponudbene strani je pokazala številne neučinkovitosti in anomalije, ki se prelivajo v izgubo družbene blaginje. Stroški, ki jih lekarne prenašajo na prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, se bodo v končni fazi morali prevaliti na zavarovance. Nedvomno vsi predhodno predstavljeni izračuni in vsebinski argumenti pričajo o tem, da lekarne izkoriščajo monopolni položaj, ter zahtevajo ponovni razmislek in opredelitev vpletenih do predstavljenе problematike.

V nadaljevanju zato obravnavamo nekatere možne ukrepe za zmanjšanje izgube družbene blaginje. Možne rešitve morajo vključevati naslednje:

- Drugačno oblikovanje partnerskega dogovarjanja o cenah in storitvah lekarniških dejavnosti in vključitev prostovoljnih zavarovalnic v pogajalske skupine, da ne bo možno tiho prenašanje bremena in izsiljevanje, pač pa bo dosežen konsenz na podlagi argumentov in realnih informacij.
- Privatizacija lekarn skupaj z zagotovitvijo konkurence znotraj posameznih regij (privatizacija lekarn brez vzporedne vzpostavitve regionalne konkurenčnosti bi vodila celo v poslabšanje položaja, ker bi vzpostavila popolne regionalne monopole v vseh regijah – razen lastništva se učinkovitost ne bi izboljšala).

Vsaka od navedenih možnosti ima prednosti, a ob nepravi (nesistemski) izvedbi tudi tveganja, da ukrepi ne bi odpravili izgube družbene blaginje ali pa bi se zmanjšanje izgube blaginje na določenih področjih prelilo v povečanje izgube družbene blaginje na drugih področjih.

4.5.1. Vključitev prostovoljnih zavarovalnic v pogajanja o ceni

Primerjavo švicarske in slovenske lekarniške dejavnosti, ki je bila uporabljena že pri analizi storitve obdelave recepta, lahko zaradi podobnosti sistemov med državama uporabimo tudi na tem mestu. Vendar med državama obstajajo tudi razlike.

Ena izmed pomembnejših je tista, ki kaže na način določanja vrednosti točke za opravljanje lekarniških storitev. V Sloveniji, kot je bilo v analizi že večkrat poudarjeno, se o točki

pogajajo samo LZS, ZZZS in MZ, medtem ko zdravstvene zavarovalnice, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, v pogajanja niso vključene²⁷. V Švici pa je vrednost točke predmet pogajanj med Lekarniško zbornico (SAV) in združenjem zdravstvenih zavarovalnic (Ovin et al, 2004, str. 48).

Ureditev v Sloveniji je problematična predvsem zato, ker je pri vseh treh omenjenih akterjih vmešana država, ki s svojih poseganjem regulira trg in favorizira te subjekte nasproti drugim. Zdravstvene zavarovalnice in njihovi zaposleni, ki so svojim lastnikom odgovorni za dosežene rezultate, pa na vrednost točke (ceno storitev) nimajo nobenega vpliva. Vse omenjeno otežuje vpliv prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam na nižanje svojih stroškov (tako cena storitev kot tudi cena zdravil sta administrativno določeni), saj večina odhodkov, ki jih morajo pokriti zdravstvene zavarovalnice, nastanejo prav iz naslova stroškov za zdravila in lekarniške storitve. Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice zaradi izločitve iz partnerskega dogovarjanja trpijo škodo prenašanja stroškov lekarn ali ZZZS na prikrit in netransparenten način.

Zdravstvene zavarovalnice lahko svoje stroške za škode (stroški zdravil in lekarniških storitev) znižajo samo preko vplivanja na svoj portfelj zavarovancev. To pa lahko storijo s poskusom višanja premij (selektivno višanje premije glede na višino stroškov, ki jih posamezen zavarovanec povzroča). Rezultat takega delovanja, v katerega so prisiljene zavarovalnice, ki delujejo na principu vzajemnosti, bo sprememba sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, in sicer do te mere, da bodo razmere na trgu izrinile vzajemna zavarovanja in postopoma vzpostavile sistem riziko zavarovanj. Da do tega ne bi prišlo, pa je nujno treba dopustiti, da tudi zdravstvene zavarovalnice sodelujejo pri pogajanjih, kjer se določa vrednost točke, še pomembnejša pa je uvedba sistema izravnalnih shem.

4.5.2. Privatizacija lekarn

Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje (Uradni list RS, št. 49-2333/2000, str. 6650), ki ga je državni zbor sprejel leta 2000, predvideva, da naj bi lekarniška dejavnost postopno prešla v zasebno dejavnost. V točki 3.2.3. omenjenega

²⁷ Tudi na višino cen zdravil in razvrščenost zdravil na vmesno in pozitivno listo zavarovalnice nimajo vpliva. Tako ne morejo vplivati na omenjene stroške. Edini vpliv na stroške, ki ga zdravstvene zavarovalnice imajo, so obratovalni stroški.

nacionalnega programa je zapisano, da: »... bo postopna privatizacija lekarn odvisna od zakonskih predpisov. Lekarniška dejavnost lahko postopno preide v zasebno dejavnost. S povečanjem števila lekarn in farmacevtov se bo izboljševala lekarniška mreža in konkurenčnost v kakovosti preskrbe z zdravili. Z enakomerno porazdelitvijo lekarniških enot bo zagotovljena boljša dostopnost do zdravil ..."

Trendi v lekarniških panogah razvitih evropskih držav kažejo, da se spodbuja ustanavljanje zasebnih lekarn in postopen prehod tistih, ki so sedaj še v javni lasti, v zasebno last. Cilj te usmeritve je želja po zviševanju kakovosti pri opravljanju storitev lekarn. Tudi v nekaterih tranzicijskih državah se je privatizacija že izvedla, pri čemer je v različnih državah potekala drugače.

Cilj privatizacije, kot že omenjeno, je izboljšanje kakovosti storitev lekarn in tako zaščita končnega uporabnika. Zato sta izbrana dva primera, ki govorita o pomembnosti obstoja konkurenčnih sil v panogi.

Najprej naj opozorimo na študijo Savagejeve (1994), ki govori o razmerah lekarniške dejavnosti v Združenih državah Amerike (ZDA). V raziskavi omenja ves razvoj farmacevtske dejavnosti od samih začetkov do današnjih časov. Samo bistvo njenega prispevka pa je v dejstvu, da lekarnarji v ZDA izgubljajo svojo t. i. bazo skritega znanja (angl. tacit knowledge base), do česar je prišlo zaradi spreminjajoče se tehnologije pri razvoju, raziskavah in proizvodnji zdravil, kakor tudi pri predpisovanju zdravil in načinih distribucije. Savagejeva pravi, da so se ameriški farmacevti prilagodili tako, da so razširili svojo bazo znanja in uvedli program, po zaključku katerega dobi kandidat naziv doktor farmacije in je sposoben sodelovanja z doktorji kemije, biologije in zdravniki. Zaradi omenjenega pristopa mreža, ki so jo prej sestavljali le zdravniki, v svoje vrste sprejema tudi farmacevte. Ti so pomembni za mrežo zaradi znanj in izkušenj, ki jih pridobijo pri opravljanju vsakodnevnih rutinskih opravil. Omenjen primer kaže na novo strategijo, za katero so se odločili farmacevti v ZDA, s katero so se spopadli in prilagodili novim razmeram na trgu. S predstavljenim primerom želimo poudariti, da konkurenčnost spodbuja izboljšave in iskanje novih rešitev ter da poseganje države na omenjeno področje zavira razvoj v proučevani dejavnosti. Moramo se zavedati, da danes le težko najdemo dejavnost, kjer bi vsi največji akterji poslovali z dobičkom, še posebej, če gre za dejavnost, ki je v zreli fazi.

Konkurenčnost med lekarnami spodbujajo tudi na Irskem, kjer so obravnavali predlog nemške verige lekarn GEHE, četrte največje verige lekarn na Irskem, ki želi prevzeti Unicare, največjo verigo lekarn. V poročilu (Competition Authority: Report of Investigation, www.entemp.ie/publications/general/2002/gehereport.pdf), v katerem so dovolili prevzem, so ugotavljali, kako bo le-ta vplival na konkurenčnost v lekarniški dejavnosti. Ugotovili so, da do povečane koncentracije pride samo na dveh lokalnih trgih, na ostalih pa omenjeni prevzem ne zmanjšuje konkurenčnosti v panogi. V poročilu sta oba lokalna trga obdelana. Če se osredotočim na enega izmed njiju, lahko zapišemo, da se je koncentracija na območju 1,6 kilometra (tako je na Irskem v mestih definiran lokalni trg) povečala tako, da je na tistem lokalnem trgu sedaj pet in ne šest lekarn. Seveda ta razdalja 1,6 kilometra velja za mesta, za ruralne predele je omenjena razdalja večja (20 kilometrov). Tu je treba poudariti, da je vstop na trg lekarniških proizvodov in storitev tako kot v Sloveniji odvisen od dovoljenja države, pri čemer zaradi maržnega sistema obstaja konkurenčen pritisk na cene. V zaključku študije je irski Urad za varstvo konkurence (angl. Competition Authority) zapisal, da se koncentracija v panogi ne bo bistveno povečala in da ne bo negativno vplivala na konkurenco. Urad pa poudarja, da je koncentracija v panogi visoka in da je treba vsak prihodnji prevzem natančno proučiti, pri čemer bo eden izmed kriterijev pravilo razdalje.

Na pozitivne učinke privatizacije opozarja tudi Masonova (2004, str. 537) v svojem članku, v katerem obravnava vpliv širitve EU na razvoj lekarniške dejavnosti v novih in starih članicah. Privatizacija v vzhodnoevropskih članicah se je začela v začetku devetdesetih in je vodila v nastanek moderne in profesionalne lekarniške dejavnosti. Privatizacija je vodila v povečevanje števila lekarn in boljšo oskrbo z zdravili. Način delovanja vzhodnoevropskih lekarn se vse bolj približuje delovanju zahodnoevropskih (na primer sistemi izobraževanja neposredno na delovnem mestu, kar velja za eno največjih pomanjkljivosti vzhodnoevropskih lekarniških sistemov). Privatizacija je prispevala tudi k pojavljanju novih lekarniških storitev in posledično k povečanju kakovosti zdravljenja.

Z napisanim želimo poudariti, da bi popolna privatizacija lekarn pospešila razvoj na področju lekarniške dejavnosti. Pomembno je tudi, da se v panogo vnesejo konkurenčne silnice, ki bodo pozitivno vplivale na kakovost storitve in na končnega potrošnika (irski primer, kjer se ugotavlja koncentracija na lokalnem trgu, ki ne sme biti prenizka). V kontekstu predstavljenih svetovnih trendov je zahteva lekarn po pavšalu oziroma proviziji za vsiljeno, administrativno storitev, izdajo zbirnega računa, neprimerna in kaže na premajhno zainteresiranost lekarn za

svoj nadaljnji razvoj. Lekarne bi morale ponuditi nove, strokovne storitve, temelječe na novem znanju, ki bi bile zanimive za uporabnika, in se ne bi smele zanašati na svojo monopolno moč. V ZDA so se lekarnarji na primer vključili v proces razvijanja zdravil. Zaradi svoje specifične pozicije v zdravstvenem sistemu predstavljajo pomembne in vredne sogovornike tako zdravnikom kot farmacevtskih družbam.

4.5.3. Modeli privatizacije lekarn

V evropskem merilu je področje lastništva lekarn različno urejeno. Države se v glavnem razlikujejo v tem, ali morajo biti lastniki lekarn farmacevti ali so lahko tudi nefarmacevti in ali je lahko posameznik ali družba lastnik samo ene lekarn ali ima lahko verigo lekarn.

Lastniška struktura v razvitih zahodnoevropskih državah je različno regulirana. V Nemčiji, Italiji, Španiji, Franciji in na Danskem je lastnik lekarn lahko le farmacevt, ki ne more imeti več kot ene lekarn. V drugih državah, kot so Belgija, Irska, Nizozemska, Švica in Velika Britanija, pa imajo regulativo, ki dopušča lastništvo lekarn tudi nefarmacevtom (Macarthur, 1997, str. 22). Le redke evropske države, na primer Švedska, imajo mrežo lekarn nacionalizirano. Švedska je to storila leta 1970, vendar je leta 1998 del mreže ponovno privatizirala.

Če si ogledamo sliko v tranzicijskih državah, lahko ugotovimo, da je v večini le-teh dovoljeno lastništvo nad lekarniškimi verigami (Češka, Poljska, Bolgarija, Latvija, Litva, Estonija), medtem ko to na Madžarskem in Slovaškem ni dovoljeno (Macarthur, 1997). Kljub temu na Madžarskem verige kot posledica privatizacije dejansko obstajajo.

Modeli privatizacije tranzicijskih držav se kljub nekaterim podobnostim razlikujejo. Na Češkem je bila privatizacija že izpeljana, v njej so sodelovale tako pravne kot tudi fizične osebe in ne le zaposleni. Poleg farmacevtov so lastniki tudi druge fizične ali pravne osebe, pri čemer solastništvo ni omejeno le na eno lekarno, temveč ima lahko posameznik ali družba več lekarniških enot. Tudi na Poljskem je privatizacija že končana in je bila izvedena na podoben način kot na Češkem. Podobno obstajajo lekarnice, ki so v lastni fizičnih oseb, kakor tudi gospodarskih družb. V Litvi je področje lekarniške dejavnosti urejeno dokaj liberalno (ovire pri ustanavljanju lekarn so majhne). V Estoniji prevladujejo privatne lekarnice, vendar je zaradi

sprememb, ki so zajele državo, rast lekarn v primerjavi z rastjo števila lekarn v Litvi sorazmerno nizka (15 odstotkov v primerjavi s 60 odstotkov). Na Madžarskem lekarniške verige niso več dovoljene, čeprav zaradi privatizacije obstajajo. Privatizirana je velika večina lekarn (90 odstotkov). Podobno kot na Madžarskem so tudi na Slovaškem v privatizaciji sodelovali le zaposleni farmacevti. Privatizacija je prispevala tudi k povečanju števila lekarn, katerih število se je podvojilo.

Nedvomno omenjeni primeri kažejo, da je privatizacija v različnih tranzicijskih državah potekala različno. Posledice privatizacije lekarniške panoge so bile ugodne in se odražajo v izboljšanju kakovosti storitev in povečanju števila lekarn, kar je še posebej zanimivo za Slovenijo, ki sodi glede na zapisano v številnih poročilih med tiste države, kjer je število prebivalcev na lekarno nižje in je primerljivo le tistim v skandinavskih državah, ki pa imajo ta kazalec nizek predvsem zaradi velike geografske razpršenosti prebivalstva.

4.5.4. Predlog privatizacije slovenskih lekarn

Na podlagi proučenih razmer lekarniške dejavnosti v Sloveniji v magistrskem delu oblikujemo predlog privatizacije lekarniške dejavnosti, ki vključuje tri ciljne skupine ukrepov.

1. Preoblikovanje javnih zavodov v delniške družbe

Danes so lekarne oblikovane kot javni zavodi in vpliv ustanoviteljev na njihovo poslovanje je v praksi omejen. Sveti zavodov so bolj ali manj neučinkoviti, saj za učinkovito upravljanje ni prave iniciative. Tako se v praksi dogaja, da so ustanovitelji dobri le za morebitno pokrivanje izgube, v morebitnem dobičku pa ne morejo participirati. Ker so ustanovitelji občine, vsaj nekatere od njih (večina od teh ima namreč velike finančne težave, kot na primer Mestna občina Ljubljana), bodo ustanovitelji zainteresirani za tako rešitev.

Javne zavode bi preoblikovali v delniške družbe, in sicer tako, da bi (i) vse delnice prevzeli ustanovitelji sami ali pa (ii) bi delnice prevzela lokalna skupnost in država skupaj. V primeru, da občina oceni, da je smiselno prodati določen delež, to lahko stori, vendar lahko proda največ 49 odstotkov delnic. S tem pridobimo normalno možnost upravljanja (kot velja za delniške družbe); nazorni svet, upravo in vse odgovornosti, ki iz tega izhajajo.

Odkup deležev ni dovoljen farmacevtski industriji, veletrgovcem ali z njimi povezanim osebam.

2. Vzpostavitev regionalne konkurenčnosti

Hkrati s preoblikovanjem v delniško družbo si morajo javni zavodi medsebojno zamenjati prodajne lokacije na način, da bo zagotovljena regionalna konkurenčnost. Izvedba bi potekala na podlagi predhodnih ekonomskih vrednotenj posameznih lokacij pod strogim nadzorom Ministrstva za gospodarstvo RS, direktorata za notranji trg. Sprememba predpisov mora določiti končno število grozdov lekarn v Sloveniji ter kriterije konkurenčnosti po posameznih regijah. Uspešno izvedena menjava lokacij je pogoj za vpis preoblikovanja v sodni register.

3. Povečanje možnosti vstopa novih ponudnikov na trg

Vzpostaviti je treba možnost ustanavljanja novih lekarn in verig lekarn (danes zasebna lekarna namreč ne more imeti več poslovalnic, saj je koncesija dana na osebo).

Poleg tega je treba sprostiti možnost trgovanja v maloprodajnih mrežah z določenimi artikli široke potrošnje, za katere že danes obstaja javni interes, da se ne prodajajo samo v lekarnah (na primer povoji, sterilne gaze, aspirini).

5. SKLEP

Reforme zdravstvenih sistemov, njihovo financiranje in reguliranje trgov zdravstvenih storitev ter učinkovitost trgov zdravstvenih storitev bodo v prihodnje gotovo deležne večje raziskovalne pozornosti in tudi javnega zanimanja. Pričakovati je, da bodo bolj podrobno analizirani vsi udeleženci na trgih zdravstvenih storitev.

Kljub slabostim, ki jih v primerjavi z bolj konkurenčnimi trgi opazimo na trgih zdravstvenih storitev, pa nam poznavanje značilnosti teh trgov omogoča predvideti način delovanja trgov zdravstvenih storitev in torej tudi odpravljanje pomanjkljivosti. Končne posledice tržnih nepopolnosti (moralnega hazarda, asimetrije informacij, agentskega

odnosa, vsiljenega povpraševanja) na učinkovitost trgov zdravstvenih storitev so v realnosti lahko manj škodljive, kot predvideva teorija, kajti večina trgov zdravstvenih storitev je reguliranih (vsi zdravstveni sistemi, ki jih najdemo v svetu, so regulirani). Vendar pa lahko nepremišljeno ali premalo domišljeno reguliranje tudi povečuje škode zaradi tržnih nepopolnosti, zato mora biti predmet temeljite in stalne analize.

Tržne nepopolnosti skupaj z negativnimi demografskimi trendi, tehnološkim napredkom in vse večjim vplivom, ki ga ima področje zdravstva na razvoj in konkurenčnost posameznega gospodarstva, terjajo tudi poglobljeno razumevanje in analiziranje tega področja. Staranje prebivalstva, rastoči stroški in tudi rastoče možnosti zdravljenja terjajo iskanje novih rešitev, večanje učinkovitosti zdravstvenih sistemov in trgov v njih, kar bo mogoče le ob izjemno premišljeni regulaciji. Raziskovanje in iskanje rešitev na tem področju je nacionalnega pomena, saj so načini regulacije in odpravljanje negativnih posledic tržnih nepopolnosti in napak v reguliranju pogojeni z nacionalnimi zdravstvenimi sistemi in kljub univerzalnim problemom zelo redko ponudijo univerzalno institucionalno rešitev.

Dejstvo, da se tržne strukture spreminjajo in razvijajo tudi v zelo reguliranih dejavnostih, ponuja možnost, da se vloga posameznih udeležencev na trgu spremeni in se učinkovitost povečuje. Zdravstvene reforme v svetu naraščajo in potrjujejo, da se tudi trgi zdravstvenih dejavnosti kljub značilnim nepopolnostim premikajo v tej smeri.

Primer lekarniške dejavnosti, ki je bil osrednji predmet analize te magistrske naloge, je pokazal neučinkovito delovanje tako zaradi prisotnosti številnih tržnih nepopolnosti kot tudi neustreznega reguliranja. Empirična analiza je potrdila hipotezo, da lekarne v Sloveniji napram prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam izkoriščajo monopolni položaj in izrabljajo kartelno dogovarjanje za prenašanje stroškov na prostovoljne zdravstvene zavarovalnice. To jim omogoča obstoječa regulativa.

Izguba družbene blaginje zaradi delovanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji se torej na osnovi izsledkov v pričujočem gradivu predstavljenih analiz kaže predvsem v naslednjih dejstvih:

- Zaradi samega sistema zdravstvenega varstva in plačila zdravil s strani tretje osebe (zdravstvene zavarovalnice) je poraba zdravil večja, kot bi bila v primeru

samoplačništva. Poleg tega ne obstajajo spodbude za nakup zdravil po nižji ceni (problem moralnega hazarda).

- Zdravstvene zavarovalnice, ki za lekarne dejansko delujejo kot pospeševalke njihove prodaje, že plačujejo storitev lekarn, tj. obdelavo recepta. Plačilu omenjene storitve zdravstvene zavarovalnice ne nasprotujejo, čeprav ugotavljajo, da z njo lekarne dosegajo visoko maržo in da tudi sama njena opredelitev vključuje tudi administrativna opravila, ki jih lekarne skušajo ponovno zaračunati z novo, vsiljeno storitvijo izdaje zbirnega računa zdravstvenim zavarovalnicam.
- Neustrezna se zdi zahteva lekarn po plačevanju inducirane oziroma vsiljene storitve izdaje zbirnega računa, ki je bila oblikovana zaradi potreb drugih (ZZZS), je izjemno visoka in znatno presega stroškovno ceno omenjene storitve. Njena višina neupravičeno dviguje stroške prostovoljne zavarovalnice in zmanjšuje njeno poslovno učinkovitost. Pojav inducirane povpraševanja je tako na trgu zdravstvenih storitev lahko ob neustrezni regulativi »nalezljiva bolezen«.
- Cene storitve izdaje zbirnega računa so pri vseh lekarnah enake, ne glede na dejstvo, da imajo lekarne med seboj zelo različne mejne stroške, kar dokazuje kartelno dogovarjanje in izkoriščanje monopolnega položaja. Usklajeno delovanje lekarn, kar enotno določanje cene za storitev izdajanja zbirnega računa vsekakor je, pomeni neposredno kršitev Zakona o preprečevanju omejevanja konkurence
- Dodaten absurd pa predstavlja tudi dejstvo, da lekarne v okviru LZS zahtevajo, da se s povečano količino povpraševanja po zdravilih in s tem višjimi prihodki, ki jih na račun večjega povpraševanja lekarne ustvarijo, cena za posamezno storitev zbirnega računa povišuje.

Omenjene anomalije neposredno prispevajo k izgubi družbene blaginje, negativne posledice tržnih nepopolnosti pa se posredno prelivajo tudi na številne druge trge zdravstvenih dejavnosti. Proučevani primer zahteve lekarn, združenih v okviru LZS, po višji proviziji za vsiljeno in navidezno storitev izdaje zbirnega računa je skladno z obstoječo zakonodajo izrecno prepovedan.

Reguliranje v tem primeru ne izpolnjuje nekaterih temeljnih lastnosti, ki naj bi bile prisotne v vsakemu reguliranju, saj (1.) regulator ni sposoben nadzirati transakcij in na podlagi tega narediti analize, (2.) reguliranje v smislu določanja cene na predstavljeni način ni sprejemljivo

za ponudbo in povpraševanje, temveč le za stran ponudbe. Reguliranje, ki dopušča tako oblikovanje cene, ni dopustno, saj trgu v celoti ne ustreza in ne temelji na dokazih, razlogih in načelih, s katerimi se udeleženci strinjajo. Zaradi tega je vprašljiva tudi (3.) sposobnost neodvisnega delovanja regulatorja. Vse navedeno kaže na napake v reguliranju in potrebo po ponovni regulaciji omenjenih storitev.

V primeru lekarniške dejavnosti, kjer gre pri oblikovanju cen storitev dejansko za samoreguliranje in nesposobnost neodvisnega regulatorja, da bi s sodelovanjem v procesu reguliranja zagotovila dokaze, razloge in načela, s katerimi bi se udeleženci na trgu strinjali, lahko govorimo tudi o zlorabi privilegija samoreguliranja. Država bi morala v tem primeru napak v reguliranju pokazati pripravljenost za spremembo strategije reguliranja in omejiti svobodo samoreguliranja vsaj na način, da se zavarovalnice vključijo v pogajanja o ceni. V nasprotnem primeru se zdi vpliv interesnih skupin, ki sodelujejo v procesu pogajanj, premočan in družbeno škodljiv.

Ne glede na tendence, ki na trge zdravstvenih storitev vnašajo vse več elementov konkurence, bodo ti trgi zaradi številnih nepopolnosti ostali močno regulirani in vlade bodo ostale močno vpletene tako v financiranje kakor v razdeljevanje zdravstvenih storitev. Reguliranje trgov zdravstvenih dejavnosti tako ostaja med ključnimi izzivi ekonomskih politik 21. stoletja.

S pričujočim delom želimo opozoriti, da reguliranje trgov, na katerih so prisotne tržne nepopolnosti, zahteva temeljito analizo, ne le neposrednega, ampak tudi vseh povezanih trgov. Slaba analiza in parcialno reguliranje posameznih storitev ali trgov in zanemarjanje učinkov lahko vodi celo v zmanjšanje družbene blaginje. Šele podrobna analiza pokaže, kako nalezljive so lahko tržne nepopolnosti in neučinkovitosti med trgi zdravstvenih storitev v prisotnosti neustrezne regulative.

Primer lekarniške dejavnosti v Sloveniji je nedvomno primer reguliranja, kjer so učinki na druge udeležence popolnoma zanemarjeni in celo ignorirani (kar kaže izločanje zdravstvenih zavarovalnic iz pogajalskega procesa o ceni) in vrsti storitve.

Asimetrija informacij, ki je inherenten problem na trgih zdravstvenih storitev, je nenehno prisotna tudi pri reguliranju in oblikovanju politike na trgih zdravstvenih storitev. Več znanja

in bolj kakovostne analize lahko vsaj delno odpravijo ta problem. Z opravljeno nalogo sem želel narediti korak v tej smeri.

LITERATURA

1. Abbott, Thomas A. III. (ed.): Health Care Policy and Regulation. Boston/Dordrecht/London, Kluwer Academic Publishers 1995.
2. Anderson idr, (1992).
3. Arrow Kenneth J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 53, 1963, str. 941-973.
4. Cave J. A. K.: Subsidiary equilibrium and multiple-option insurance markets. Advanced in Health Economics and Health Services Research, 6, 1986, str. 27-35.
5. Clewer Ann, Perkins David: Economics for Health Care Management. London, Prentice Hall, 1998. 203 str.
6. Crawford V., Sobel J.: Strategic Information Transmission. Econometrica 50, (1982), str. 1441-1451.
7. Crew M.: Coinsurance and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 59 (5), 1969, str. 906-908.
8. Culyer A. J., Newhouse J.P. (ed.): Handbook of Health Economics. Volume 1A, 1B. Amsterdam. Elsevier 2000. 1910 str, 1980 str.
9. Deneckere R., Rothschild M.: Monopolistic Competition and Preference diversity. Review of Economic Studies, 1992, 59, str. 361-373.
10. Dionne G.: Search and Insurance. International Economic Review, 1984, 25 str. 357-367.
11. Dixit A., Stiglitz J.E.: Monopolistic Competitium and Optimum Product Diversity. Review of Economic Studies, 1977, 67, str. 279-308
12. Dolinar Jelka: Farmacija v Sloveniji. Farmaceutski Vestnik, 54, 2003, str. 257-275.
13. Dranove David: Demand inducement and the physican/patient relationship. Economic Inquiry, 1988, 26, str. 281-289.
14. Dranove David, Satterthwhite M.A.: Monopolistic competition when price and quality are imperfectly observable. Rand Journal of Economics, 1992, 23, str. 518-534.
15. Folland, Sherman; Goodman, Allen C. and Mirion Stano: The Economics of Health and Health Care, New York. 2001. 667 str.
16. Frech H. E.: Competition and Monopoly in Medical Care. AEI Press, Washington DC, 1996.

17. Gaynor M., Vogt W. B.: Antitrust and competition in health care markets. V: Culyer A. J., Newhouse J. P. (ed.): Handbook of Health Economics. Volume 1B. Amsterdam. Elsevier 2000. str. 1405-1487.
18. Gaynor M.: Issues in the Industrial Organization of the Market for Physican Services. Journal of Economics and Management Strategy, 1994, 3, str. 211-255.
19. Gaynor M., Haas-Wilson D., Vogt W.B.: Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition and the 2nd best in health care markets. Journal of Political Economy. 2001
20. Glazer J. McGuire T. G.: The economics of referrals. Mimeo. Boston University, 1992.
21. Hibbard J. A., Weeks E.: Does the dissemination of comparative data on on physican fees affect consumer use of services? Medical Care, 1989, 17, str. 1167-1174.
22. Jaklič Marko, Dileme in priložnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, Bančni vestnik, številka 7-8, julij/avgust 2004. str. 66-70.
23. Jaklič Marko, Sistemi izravnalnih shem in možnost njihovega razvoja v Sloveniji, 9. dnevi slovenskega zavarovalništva, maj 2002.
24. Jaklič Marko, Javni interes in vloga države pri prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih, 7. dnevi slovenskega zavarovalništva, junij 2000.
25. Jaklič Marko, Prostovoljna zdravstvena zavarovanja – po drugem branju zakona o zavarovalništvu, Pravna praksa, številka 443-444, 7. 10. 1999
26. Jaklič Marko, Poseg v sistem zdravstvenega zavarovanja? - Novela zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti, Pravna praksa, številka 413, 12. 11. 1998
27. Jarvelin Jutta: Health Care System in Transition. Finland. European Observatory on Health Care Systems. Vol. 4, No. 1., 2002. 102 str.
28. Labelle Roberta, Stoddart Greg, Rice Thomas: A re-examination of the meaning and the importance of supplier induced demand. Journal of Health Economics, Volume 13, Issue 3, Oktober, 1994, str. 347-368.
29. Lee R.H., Mroz T. A.: Family structure and physicans 9' hours in large, multispeciality groups. Inquiry, 1991, 28, str. 366-374.
30. Mason Pamela: As the European Union expands, what are the implications for pharmacy? The Pharmaceutical Journal, Vol. 272, 2004, str. 537-538.
31. Milgrom P.: Good news and bad news: Representation theorems and applications. Bell Journall of Economics, 1981, 12, str. 380-391.
32. Miyazaki H.: The rat race and international labour markets. Bell Journal of Econmics, 1977, 8, str. 394-418.

33. Newhouse J. P.: Reimbursing health plans and providers: Selection versus efficiency in production. *Journal of Economic Literature*, 1996, 34 (3), str. 1236-1263.
34. The OECD Health Project: Toward High-Performing Health Systems. Pariz: OECD, 2004. 324 str.
35. OECD Health Data: A comparative Analysis of 30 countries. Pariz: OECD, 2004. 354 str.
36. Olson, Mancur L.: Toward a more general theory of governmental structure. *American Economic Review*. Paper and Proceedings 1986: 76: 120-5.
37. Ovin Rasto, Festić Mejra, Šlebinger Monika: Narodnogospodarske posledica financiranja lekarniške dejavnosti v Sloveniji. Maribor: Univerza v Mariboru, 2004. 142 str.
38. Pauly Mark V.: The economics of moral hazard: comment. *American Economic Review*, 1968, 58, str. 531-537.
39. Pauly Mark V.: Medical care at public expence: a study in applied welfare economics. New York. Prager, 1971.
40. Pauly Mark V.: Doctors and their Workshops. Chichago: University of Chicago Press, 1980.
41. Pauly Mark V.: Is medical care different? V: Goldberg L, Greenberg W. (ur.): Competition in the Health Care Sector: Past, Present, Future. Washington: Federal Trade Comission, 1978.
42. Pauly Mark V.: Taxation, Health Insurance and Market Failure. *Journal of Economic Literature*, 1986, 24, str. 629-675.
43. Pauly Mark V.: Managed care, markets and monopsony. Mimeo. University of Pennsylvania, 1998.
44. Plott C. R., Wilde L. L.: Professional diagnosis versus self-diagnosis: An experimental examination of some special features of markets with uncertainty. Social Science Working paper 269, California Institute of Technology, 1980.
45. Prašnikar Janez, Debeljak Žiga: Ekonomski modeli za poslovno odločanje. Ljubljana: Gospodarski Vestnik. 1998. 435 str.
46. Propper Carol, Green Katherine: A larger role for the private sector in health care? A review of the arguments. CMPO Working paper No. 99/009. Centre for Market and Public Organization, University of Bristol, 1999. 33 str.
47. Rainhardt Uwe E.: Germany's Health Care System: It's not the American Way. *Health Affairs* 13, 1994, str. 22-24.
48. Rice Thomas: The Economics of Health Reconsidered. Chicago: Health Administration Press, 1998.

49. Riley J. G.: Informational Equilibrium. *Econometrica*, 47, 1979, str. 331-359.
50. Rizzo J. A., Blumenthal D.: Physician labour supply: Do income effect matter? *Journal of Health Economics*. 14, (4), 1994, str. 433-453.
51. Roemer, Milton: Bed Supply and Hospital Utilization: A national experiment. *Hospitals, J.A.H.A.* 35 (1961), str. 988-993.
52. Savage Deborah Anne: *The Profession in Theory and History: the Case of Pharmacy*. Virginia: Business History Conference 1994. 20 str.
53. Schneider, Markus; Dennerlein, Rudolf K.-H.; Köse, Aynur and Léa Scholtes: Health Care in the EC Member States; in: *Health Policy Vol. 20/1+2 (1992)*, Special Issue, Health Policy Monographs, North Holland.
54. Sloan Frank A.: Physician supply behaviour in the short run. *Industrial and Labour Relations Review*, 28, 1975, str. 549-569.
55. Salop S.C.: Monopolistic competition with outside goods. *Bell Journal of Economics*. 10, 1979, str. 141-156.
56. Spence A. Michael.: Product selection, fixed costs, and monopolistic competition. *Review of Economic Studies*, 43, 1976, str. 217-235.
57. Spence A. Michael.: Product differentiation and performance in insurance market. *Journal of Public Economics*, 10, 1978, str. 427- 447.
58. Stepen Adolf (ur.): *Sistemi financiranja v zdravstvu: Mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 170 str.
59. Stiglitz Joseph E.: *Economics of the Public Sector*. Second Edition. Princeton University, W. W. Norton & Company, New York, London 1988.
60. Tajnikar Maks, *Mikroekonomija s poglavji iz teorije cen*, 5. izdaja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta (2003). 469 str.
61. Tajnikar Maks, Došenović Petra: *McZdravstvo; Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku*. Ljubljana: Delo, 9. aprila, 2005, str. 16-17.
62. UlrichVolker, Wille Eberhard: *Nemčija. V: Stepen Adolf (ur.): Sistemi financiranja v zdravstvu: Mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999, str. 42-59.
63. Vandremuteln Leo: *Nizozemska. V: Stepen Adolf (ur.): Sistemi financiranja v zdravstvu: Mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. str. 62-76.
64. Varian Hal R.: *Microeconomic Analysis*. New York, London: W.W. Norton & Company. 1992. 506 str.

65. Walt, G., L. Gilson: Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning*, 9 (4), 1994, str. 353-370.
66. Warner Morton: Implementing health care reforms through substitution. Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.
67. Wasem, J. Regulating Private Health Insurance Markets. In: Ministry of Health, W. and S.T.N. (eds.), Conference Report. Four Country Conference on Health Care Reforms and Health Care Policies in the United States, Canada, Germany and the Netherlands - Amsterdam - Rotterdam, Den Hague 1995. str. 79-94.
68. Wassem Jurgen, Schneider Markus: Regulating private markets and insurance. Background Paper. Economic Development Institute of the World Bank. 1998. 132 str.
69. Wilson C.: A model of insurance markets with incomplete information. *Journal of Economic Theory*, 16, 1977, str. 167-207.
70. Zechauser R.: Medical insurance: A case study of the trade-off between risk spreading and appropriate incentives. *Journal of Economic Theory*, 2, 1970, str. 10-26.

VIRI

71. Competition Authority: Report of Investigation of the proposal whereby: Gehe Ireland limited would acquire the entire issued share capital of Babbington limited, Goviltown limited, Pharmacy O'Riada holdings limited and Kilmaloon limited together with its two subsidiaries Ballygall pharmacy limited and John Smith & Son limited, 2002. [URL: <http://www.entemp.ie/publications/general/2002/gehereport.pdf>]
72. Interna gradiva združenja vzajemnih zavarovalnic AIM.
73. Url: <http://econwpa.wustl.edu:8089/eps/io/papers/9406/9406001.pdf>
74. [URL: <http://www.zzzs.si>]
75. [URL: www.lek-zbor.si]
76. iBon, podatkovna baza.
77. [URL: www.stat.si]
78. [URL: www.who.org]
79. [URL: www.oecd.org/health/healthdata]
80. Statistični zavarovalniški bilten 2003. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, 2003.
81. Statistični zavarovalniški bilten 2003. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, 2003.
82. Letno poročilo Vzajemne, 2003. Ljubljana: Vzajemna, d. v. z., 2003.
83. Letno poročilo Vzajemne, 2004. Ljubljana: Vzajemna, d. v. z., 2004.

84. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, uradno prečiščeno besedilo (ZZVZZ-UPB1) (Uradni list RS, št. 20/2004)
85. Zakon o zdravstveni dejavnosti , uradno prečiščeno besedilo (ZZDej-UPB2) (Uradni list RS, št. 23/2005)
86. Zakon o lekarniški dejavnosti uradno prečiščeno besedilo (ZLD-UPB1) (Uradni list RS, št. 36/2004)
87. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) (Uradni list RS, št. 65/2000)
88. Zakon o preprečevanju omejevanja konkurence (ZPOmK) (Uradni list RS, št. 99/2004)
89. Obligacijski zakonik (Uradni list RS, št. 83/2001)

PRILOGE

Priloga 1: Cene zdravil ob izdaji v lekarni

RAZVRŠČANJE ZDRAVIL

Vsi izdelki, ki so v Sloveniji registrirani kot zdravila, so v prvi vrsti, že ob pridobivanju dovoljenja za promet, razvrščeni na:

- zdravila na recept (le-ta se smejo izdajati samo v lekarnah),
- zdravila brez recepta:
 - ki se izdajajo le v lekarnah,
 - ki se lahko prodajajo v lekarnah in tudi v specializiranih trgovinah).

Nadalje vsa zdravila, ki se izdajajo na recept, komisija za zdravila pri ZZZS razvrsti na liste:

- pozitivna lista (P),
- vmesna lista (V),
- nerazvrščena zdravila (N).

To so tri osnovne liste, pri čemer komisija še dodatno opredeli zdravila z zvezdico, kjer so določene omejitve predpisovanja:

- pozitivna lista z omejitvijo predpisovanja (P*),
- vmesna lista z omejitvijo predpisovanja (V*).

Pri čemer zvezdica pomeni, da to zdravilo lahko predpiše zdravnik le določenim bolnikom pod določenimi pogoji; npr. samo na osnovi izvida oftalmologa ali otorinolaringologa s priporočilom za predpis zdravila.

Novembra 2003 so na ZZZS uvedli še dodatno podrazvrstitev zdravil, in sicer na tista zdravila, ki imajo omejeno najvišjo priznano vrednost zdravila, ki ga še krije zavarovalnica.

Tako imamo zdaj še razvrstitev:

- pozitivna lista s seznama medsebojno zamenljivih zdravil (PC),
- vmesna lista s seznama medsebojno zamenljivih zdravil (VC)

ter ustrezno

- pozitivna lista z omejitvijo predpisovanja s seznama medsebojno zamenljivih zdravil (PC*),

- vmesna lista z omejitvijo predpisovanja s seznama medsebojno zamenljivih zdravil (VC*).

MOŽNI NAČINI IZDAJE ZDRAVIL IN PLAČNIKI

Ob izdaji zdravila brez recepta je posameznik (bolnik), ki kupuje zdravilo, plačnik obračunanega zneska sam.

V primeru belega receptnega obrazca je lahko posameznik plačnik sam ali ima sklenjeno nadstandardno zavarovanje, ki mu pokrije to vrsto zdravila.

Ob izdaji zdravila na zeleni receptni obrazec Rp/02 je lahko posameznik plačnik sam, lahko obračunani znesek v celoti krije obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) ali pa del zneska krije OZZ, del pa prostovoljno (dopolnilno) zdravstveno zavarovanje (PZZ).

Financiranje zdravil s strani OZZ in PZZ

Zdravila s *pozitivne liste* so po deležu krita: 75 odstotkov s strani OZZ in 25 odstotkov s strani PZZ; zdravila z *vmesne liste* pa obratno: 25 odstotkov s strani OZZ in 75 odstotkov s strani PZZ.

Obstaja tudi določen sklop zdravil, ki v skladu s 23. členom Pravil OZZ sodijo v 100-odstotno kritje OZZ, kar mora zdravnik ustrezno označiti na receptu.

OBLIKOVANJE KONČNE CENE ZDRAVILA

V slovenskem prostoru je opravljeno lekarniško delo ob izdaji zdravil na recept ovrednoteno s storitvenim sistemom. To pomeni, da lahko izračunamo ceno zdravila, ki ga bomo plačali ali nam ga bo krila ena od zavarovalnic, tako da veledrogerijski (za lekarno nabavni) ceni dodamo delež vrednosti točke in nato še seveda skupnemu znesku DDV (8,5 odstotka). Deleži točke za izdajo zdravila so ovrednoteni po Zeleni knjigi. Vrednost točke za izdajo zdravil na recept določijo LZS, MZ in ZZZS. Vrednost točke za izdajo zdravila brez recepta pa LZS, v soglasju in z odobritvijo MZ. Le-ta naj bi določila maksimalno vrednost točke za izdajo zdravil brez recepta, tako da bi jo lahko posamezne lekarne za ustvarjanje večje konkurenčnosti tudi nižale, kar pa se za enkrat ne izvaja.

Cene zdravil brez recepta ali na bel receptni obrazec

V lekarnah so vse izpisane cene zdravil in galenskih izdelkov v cenikih določene glede na veledrogerijsko (nabavno) ceno in vrednost lekarniške storitve, s točko za gotovinsko prodajo (brez recepta). To pomeni, da so maloprodajne cene (končne cene za bolnike) izračunane za izdajo s svetovanjem na bel recept oziroma v prosti prodaji.

PRIMERI:

- vrednost točke za gotovinsko prodajo: 790,69 SIT;
- količnik za vročitev zdravila brez recepta: 0,26.

APAURIN 5 mg drg.

• nabavna cena 1 sc:		354,00 SIT
• vročitev zdravila BRp	0,26 X 790,69SIT	205,58 SIT
SEŠTEVEK (cena brez DDV)		559,58 SIT
• 8,5 % DDV	0,085 X 559,58 SIT	47,56 SIT
MALOPRODAJNA CENA		607,14 SIT

oziroma

PANATUS FORTE drg.

• nabavna cena 1 sc:		976,00 SIT
• vročitev zdravila BRp	0,26 X 790,69 SIT	205,58 SIT
SEŠTEVEK (cena brez DDV)		1.181,58 SIT
• 8,5 % DDV	0,085 X 1.181,58 SIT	100,43 SIT
MALOPRODAJNA CENA		1.282,01SIT

Cene zdravil na zelen receptni obrazec

Cene zdravil, ki jih lekarne izdajajo na zeleni recept, so določene glede na veledrogerijsko (nabavno) ceno in vrednost lekarniške storitve, s točko za izdajo na recept. To pomeni, da so končne cene izračunane tako, da je nabavni ceni dodan delež točke, ki opredeli pregled in vnos ter obdelavo recepta ter izdajo in vročitev zdravila na zelen recept. Če se izda več kot eno pakiranje zdravila, se končno vrednost deleža storitve izračuna tako, da se upošteva eno obdelavo recepta in vročitev zdravila pomnoži s številom izdanih pakiran (0,31 + št. pakiranj x 0,16).

PRIMER:

- vrednost točke za izdajo na recept: 689,94 SIT;
- količnik za obdelavo recepta: 0,31;
- količnik za vročitev zdravila na recept: 0,16.

APAURIN 5 mg drg. (izdaja 1 škatlice)

• nabavna cena 1 sc:		354,00 SIT
• obdelava Rp	0,31 X 689,77 SIT	213,83 SIT
• vročitev zdravila na Rp	0,16 x 689,77 SIT	110,36 SIT
SEŠTEVEK (cena brez DDV)		678,19 SIT
• 8,5 % DDV	0,085 X 678,19 SIT	57,65 SIT
KONČNA CENA		735,84 SIT

Priloga 2: Seznam storitev, ki jih opravljajo lekarne

Šifra	Opis	Kadr. normativ	Normativ (min)	Točke	Dolg opis
70010	Vročitev zdravila	1 magister farmacije	0,48	0,16	VROČITEV zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene je fizična predaja enega kosa zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, ki vključuje naročanje in prevzem zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, analizo, strokovno evidenco, shranjevanje, impliranje, kontrolo serije izdelave in datum zapadlosti, pripravo za izročitev in izročitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene.
		1 inženir farmacije	0,08		
		1 farmacevtski tehnik	0,43		
71010	Obdelava recepta	1 magister farmacije	0,82	0,31	OBDELAVA RECEPTA zajema pregled glave recepta in ordinacije, razvrstitev zdravil ali živil za posebne zdravstvene namene, navodilo za uporabo zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, vodenje evidenc in strokovno administrativna dela.
		1 inženir farmacije	0,18		
		1 farmacevtski tehnik	1		
71020	Obdelava naročilnice - vrstica	1 magister farmacije	0,35	0,1	
		1 farmacevtski tehnik	0,25		
72000	Izdelava magistralno pripravljenih zdravil		0	0	IZDELAVA MAGISTRALNO PRIPRAVLJENIH ZDRAVIL za storitve od šifre 72010 do 72240 se za vsako naslednjo količino ali za njen del, vendar ne manjši kot 25 % predvidene količine poveča točkovna vrednost za 50 %.
72010	Tehtanje in merjenje sestavine (do 1000 g)	1 magister farmacije	0,67	0,25	
		1 farmacevtski tehnik	1		
72020	Mešanje dveh ali več tekočin (do 1000 g)	1 magister farmacije	1,75	0,42	
		1 farmacevtski tehnik	0,58		
72030	Raztapljanje ali razribavanje (do 1000 g)	1 magister farmacije	4,17	0,97	
		1 farmacevtski tehnik	1,17		
72040	Izdelava kapljic za oko	1 magister farmacije	22	4,4	
72041	Priprava kapljic za oči za bolnikovo uporabo na domu (DEXAMETHASON-NEOMYCIN)	1 magister farmacije	5,17	1,21	
		1 farmacevtski tehnik	1,5		
72050	Priprava peroralne antibiotične suspenzije	1 magister farmacije	5,17	1,21	
		1 farmacevtski tehnik	1,5		
72060	Mešanje čajev	1 magister farmacije	1,67	0,68	
		1 farmacevtski tehnik	3		
72070	Mešanje praškov (do 300 g)	1 magister farmacije	6,7	2,73	
		1 farmacevtski tehnik	12		
72080	Razdelitev praškov do 0,5 g (1 kom)	1 farmacevtski tehnik	0,25	0,03	
72090	Razdelitev praškov v škrobne, želatinske ali druge kapsule (1 kom)	1 farmacevtski tehnik	0,5	0,06	
72100	RAZDELITEV zdravil iz originalne embalaže (1 kom)	1 farmacevtski tehnik	0,08	0,01	
72110	Izdelava dekoktov in infuzov (do 300 g)	1 magister farmacije	5,67	1,95	
		1 farmacevtski tehnik	7		
72120	Izdelava farmacevtskih oblik za dermalno uporabo: krema, mazilo, gel, pasta, suspenzija, emulzija do 300 g	1 magister farmacije	7,67	2,5	
		1 farmacevtski tehnik	8,34		
72121	Izdelava farmacevtskih oblik za oralno uporabo: prašek, pasta, suspenzija (do 300g)	1 magister farmacije	7,67	2,5	
		1 farmacevtski tehnik	8,34		
72130	Maceracija (trajanje do 24 ur)	1 magister farmacije	7,67	2,5	
		1 farmacevtski tehnik	8,34		
72131	Izdelava oralnega gela (do 100 g)	1 magister farmacije	14,37	5,21	
		1 farmacevtski tehnik	20,34		
		1 farmacevtski tehnik	12		
72140	Izdelava mazila za oko	1 magister farmacije	22	4,4	

<u>72150</u>	Izdelava mase za globule (do 100 g)	1 magister farmacije	9,67	3,29
		1 farmacevtski tehnik	11,67	
<u>72151</u>	Izdelava mase za svečke (do 100 g)	1 magister farmacije	9,67	3,29
		1 farmacevtski tehnik	11,67	
<u>72160</u>	Oblikovanje globul (za 1 kom)	1 farmacevtski tehnik	0,5	0,06
<u>72161</u>	Oblikovanje svečk (za 1 kom)	1 farmacevtski tehnik	0,5	0,06
<u>72180</u>	Izdelava želatine (do 300 g)	1 magister farmacije	10	3,32
		1 farmacevtski tehnik	11,34	
<u>72190</u>	Izdelava mase za pilule	1 magister farmacije	10	3,32
		1 farmacevtski tehnik	11,34	
<u>72200</u>	Obdelava pilul (za 10 kom)	1 farmacevtski tehnik	1	0,12
<u>72210</u>	Metode priprave sterilnih izdelkov po FS (na predpisano enoto)	1 magister farmacije	5	2,74
		1 farmacevtski tehnik	15	
<u>72211</u>	Izdelava pripravkov citostatikov (na predpisano enoto)	iz 1 magister farmacije	6	3,29
		1 farmacevtski tehnik	18	

Vir: ZZS šifranti [<http://www.zzs.si>]