

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

**MAGISTRSKO DELO**

**»VEDENJE ZDRAVNIKOV PRI PREDPISOVANJU ZDRAVIL  
NA RECEPT«**

LJUBLJANA, NOVEMBER 2008

DAMIJANA VALE

## IZJAVA

Študentka Damijana Vale izjavljam, da sem avtorica tega magistrskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom prof. dr. Irene Vida, in skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, 14. 11. 2008

Podpis:

# KAZALO VSEBINE

<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
STRUKTURA MAGISTRSKEGA DELA .....	3
<b>1. ZDRAVSTVO IN FARMACEVTSKA INDUSTRIJA</b> .....	<b>4</b>
1.1 ZDRAVSTVO V SLOVENIJI .....	5
1.2 VLOGA FARMACEVTSKE INDUSTRIJE V ZDRAVSTVU .....	9
1.2.1 ZDRAVILA .....	9
1.2.2 VLAGANJA V RAZISKAVE IN RAZVOJ.....	11
1.2.3 INOVATIVNA IN GENERIČNA ZDRAVILA .....	16
1.3 TRG ZDRAVIL .....	19
1.3.1 SVETOVNI TRG ZDRAVIL .....	19
1.3.2 TRG ZDRAVIL V SLOVENIJI.....	23
1.4 TRŽENJE V FARMACEVTSKI INDUSTRIJI.....	26
<b>2. VEDENJE ZDRAVNIKOV PRI PREDPISOVANJU ZDRAVIL NA RECEPT</b> .....	<b>28</b>
2.1 STROKOVNI SODELAVCI .....	30
2.2 VZORCI ZDRAVIL.....	35
2.3 DARILA .....	35
2.4 PLAČNIKI .....	36
2.5 BOLNIKI.....	39
2.6 MNENJSKI VODJE.....	43
2.7 STROKOVNE REVIJE .....	46
2.8 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA .....	47
<b>3. RAZISKAVA VEDENJA ZDRAVNIKOV PRI PREDPISOVANJU ZDRAVIL NA RECEPT</b> .....	<b>48</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE .....	48
3.2 METODOLOGIJA RAZISKAVE .....	49
3.3 REZULTATI RAZISKAVE .....	52
3.3.1 TRENUTNO STANJE V ZDRAVSTVU .....	52
3.3.2 VPLIV FARMACEVTSKE INDUSTRIJE .....	53
3.3.3 VIRI INFORMACIJ ZA SEZNANJANJE O LASTNOSTIH ZDRAVIL .....	54
3.3.4 IZBIRA ZDRAVIL .....	56
3.3.5 TRŽENJE ZDRAVIL.....	58
3.3.6 UKREPI ZA ZMANJŠEVANJE IZDATKOV ZA ZDRAVILA .....	63
3.4 GLAVNE UGOTOVITVE RAZISKAVE.....	64
<b>SKLEP</b> .....	<b>69</b>
<b>LITERATURA IN VIRI</b> .....	<b>73</b>
<b>PRILOGE</b> .....	<b>1</b>
Priloga 1: OPOMNIK ZA GLOBINSKI INTERVJU.....	1
Priloga 2: SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC .....	1

## KAZALO SLIK IN TABEL

<i>Slika 1: Porazdelitev prebivalstva v Evropski uniji od leta 1950 do 2050 po starostnih skupinah.....</i>	5
<i>Slika 2: Število zdravnikov na 1.000 prebivalcev v Sloveniji, EU, Avstriji in Italiji leta 2005. 8</i>	
<i>Slika 3: Vrednost investicij v R &amp; R v farmacevtski industriji .....</i>	12
<i>Slika 4: Grafični prikaz števila novih in zaprtih centrov za R &amp; R.....</i>	13
<i>Slika 5: Delitev investicij za R &amp; R novega zdravila po funkcijah.....</i>	14
<i>Slika 6: Število novih zdravil na trgu od leta 1995 do 2008 .....</i>	15
<i>Slika 7: Pričakovani stroški za razvoj novega zdravila od leta 1975 do 2006 .....</i>	16
<i>Slika 8: Tržni deleži generičnih zdravil izražen v količini in vrednosti v posameznih Evropskih državah leta 2006 in v ZDA leta 2003.....</i>	18
<i>Slika 9: Svetovna prodaja farmacevtskih izdelkov in rasti trga od leta 2004 do 2008 .....</i>	20
<i>Slika 10: Trg zdravil leta 2007.....</i>	21
<i>Slika 11: Struktura cen zdravil.....</i>	22
<i>Slika 12: Celotni izdatki za Rp zdravila s pozitivne in vmesne liste in odgovarjajoče realne rasti.....</i>	23
<i>Slika 13: Izdatki OZZ za Rp zdravila in odgovarjajoče realne rasti.....</i>	25
<i>Slika 14: Delež izdatkov za zdravila med izdatki ZZS.....</i>	25
<i>Slika 15: Poraba denarja za trženje v farmacevtskih podjetjih v ZDA od leta 1996 do 2004</i>	27
<i>Slika 16: Konceptualni model: vpliv na vedenje zdravnika pri predpisovanju Rp zdravil .....</i>	29
<i>Slika 17: Izdatki za oglaševanje širši javnosti v ZDA .....</i>	41
<i>Tabela 1: Izdatki sektorja država Slovenija po namenih od leta 2000 do 2006 (% od BDP)...</i>	6
<i>Tabela 2: Izdatki za zdravstvo kot delež BDP po posameznih državah .....</i>	7
<i>Tabela 3: Delež investicij v R &amp; R kot delež od prodaje od leta 1985 do 2007.....</i>	11
<i>Tabela 4: Velikost trga zdravil v Evropi leta 2006 .....</i>	21
<i>Tabela 5: Podatki o Rp zdravilih v Sloveniji leta 2006 in 2007.....</i>	24
<i>Tabela 6: Izdatki za trženje v ZDA leta 2004 .....</i>	28
<i>Tabela 7: Največji lobisti v farmacevtski industriji v letu 2007.....</i>	39
<i>Tabela 8: Zaznava oglasov za Rp zdravila v različnih medijih.....</i>	42
<i>Tabela 9: Del finančnega poročila Biedermana o prejemkih od farmacevtskih podjetij in poročilo farmacevtskih podjetij o izplačilih Biedermanu od leta 2000 do 2007 .....</i>	45
<i>Tabela 10: Zgradba intervjujev.....</i>	50
<i>Tabela 11: Prikaz vzorca zdravnikov vključenih v globinski intervju.....</i>	51
<i>Tabela 12: Viri informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil.....</i>	55
<i>Tabela 13: Najpomembnejši vir informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil .....</i>	55
<i>Tabela 14: Prednosti in slabosti virov informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil.....</i>	55
<i>Tabela 15: Dejavniki, ki vplivajo na izbiro zdravila .....</i>	57
<i>Tabela 16: Dejavniki, ki vplivajo na predpisovanje novega zdravila .....</i>	57
<i>Tabela 17: Najpomembnejša lastnost zdravila .....</i>	58

## UVOD

Zdravje je univerzalna vrednota in temeljna človekova pravica. Splošna deklaracija o človekovih pravicah (1948) pravi, da ima vsakdo pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno z obleko, hrano, stanovanjem, zdravstveno oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami; pravico do varstva v primeru nezaposlenosti, bolezni, delovne nezmožnosti, vdovstva ter starosti ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, neodvisnih od njegove volje.

V zdravstvu se dogajajo številne spremembe zaradi razvoja medicinske znanosti, vse močnejših vplivov farmacevtske industrije, pritiskov vlad in zdravstvenih zavarovalnic zaradi obvladovanja stroškov in vedno bolj informiranih bolnikov (Alt & Puschman, 2005, str. 297, 298; Holdford, 2005, str. 388). Marušič (2007, str. 841) trdi, da imajo nosilci odločanja v državi pomembno nalogo, da razporedijo denar tako, da bi bilo stanje v zdravstvu čim bolj ugodno za večino populacije. Ves čas morajo iskati ravnotežje med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah in zdravilih.

V razvitem svetu se povečujejo potrebe po zdravstvenih storitvah. Vzrok je v demografskih in epidemioloških dejavnikih, razvoju medicine in osveščenosti prebivalstva. Projekcije prebivalstva, ki temeljijo na predpostavkah o celotni rodnosti in pričakovani življenjski dobi kažejo, da se bo razmerje starejših od 65 let v Sloveniji v primerjavi s tistimi, ki so delovno aktivni (starost od 15 do 64 let) povečalo iz sedanjih 15 na 22,8 %, do leta 2050 pa bo višji kot v Evropski uniji in sicer 31,2 % (Marušič, 2007, str. 841).

Poraba za zdravila na recept znaša od 10 do 17 % od celotnega zneska, namenjenega za zdravstvene dejavnosti. V letu 2007 je svetovna vrednost trga zdravil znašala 700 milijard dolarjev (Alva, 2008; IMS, 2008). Istega leta je trg zdravil v Sloveniji znašal 427 milijonov evrov (lekarniška prodaja, kjer so zajeti izdatki za lekarne in davek na dodano vrednost), kar je predstavljalo 16,3 % odhodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (*v nadaljevanju ZZZS*) za zdravstvene dejavnosti. Stroški za zdravila so znašali 15 % leta 1996 in so naraščali do leta 2006, ko so presegli 18 % (Fürst, 2008, str. 1). Glede na vse večje izdatke za zdravila se pozornost usmerja na izdatke za zdravila in vedno večji pomen imajo farmakoekonomske raziskave (Van der Geer & Kangis, 2002, str. 311).

Področje, ki ureja promet z zdravili, je v veliki meri regulirano s strani vlad v vseh državah. Vlade, ki jih verjetno vodijo najboljši motivi, zaradi previdnosti ob širitvi trga zdravil povečujejo omejitve (Blackett & Harrison, 2001, str. 37).

Do poznih osemdesetih let prejšnjega stoletja je rast trga zdravil znašala nad 10 % letno (Moss & Schuiling, 2004, str. 55). Med leti 1998 in 2003 je bila rast 10 % (Goldman, D. P., Jena A. B., Philipson T. & Sun E. O., 2008, str. 122), leta 2004 se je zmanjšala na 8 % in v letih 2005, 2006 in 2007 znašala 7 % (IMS, 2008). V letu 2008 se pričakuje rast trga zdravil od 5 do 6 %, na račun razvijajočih trgov zdravil, kamor spadajo Kitajska, Brazilija, Južna Koreja, Indija, Turčija in Rusija, kjer naj bi rast znašala med 12 in 13 %. Pričakovana rast v ZDA in Evropi je od 4 do 5 %, na Japonskem pa le od 1 do 2 % (IMS, 2008).

Farmacevtska podjetja, ki še vedno stremijo k rezultatom iz preteklosti, ugotavljajo, da preprosto povzemanje obstoječih trženjskih pristopov, modelov in tehnik iz drugih panog ni več zadovoljivo in zadostno zagotovilo za uspeh (Manchanda et al., 2005, str. 294).

Osrednji element trženja v farmacevtski industriji je zdravilo. Trženje farmacevtskih izdelkov je odločilnega pomena tako iz ekonomskega vidika farmacevtskih podjetij kot za blagostanje celotne družbe (Campo, De Staebel, Gijsbrechts, Waterschoot, 2005, str. 74). Razlika med trgom farmacevtskih izdelkov in ostalimi trgi je v specifičnosti nakupnega procesa. Središče vseh trženjskih aktivnosti je zdravnik. Za farmacevtska podjetja so porabniki zdravniki, ker so ključni "odločevalci" pri izbiri zdravil, kljub temu da so bolniki končni porabniki zdravil in tudi plačniki. Zdravnikova vloga posrednika pri predpisovanju zdravil na recept je izredno pomembna, ker so oni tisti, ki izbirajo med alternativnimi možnostmi zdravil (Gönül, Carter, Petrova, Srinivasan, 2001).

Trženjske aktivnosti, za katere se namenja največ denarja, so: strokovni sodelavci, ki tržijo zdravila neposredno zdravnikom in farmacevtom, vzorci zdravil, ki jih strokovni sodelavci dajejo zdravnikom v ordinacijah, oglaševanje v medicinskih revijah in širši javnosti oziroma potencialnim porabnikom zdravil, strokovna srečanja in izobraževanja, e-oglaševanje, pošta, in druge. Farmacevtska industrija porabi za trženje zdravil več kot katera koli druga panoga v ZDA (Manchanda & Honka, 2005, str. 785). Kolikšni so ti zneski, pa so zgolj ugibanja, ker je farmacevtski industriji v interesu, da se ustvarja podoba industrije, ki namenja ogromno denarja za raziskave in razvoj (v *nadaljevanju R & R*) inovativnih zdravil, ki rešujejo življenje bolnim ljudem. Po podatkih Manchanda in sodelavcev (2005, str. 294) porabi devet najmočnejših farmacevtskih podjetij za trženje 2,5 krat več kot za R & R.

Kritiki vidijo farmacevtsko industrijo kot dobičkarstvo in oduševanje (Gagnon & Lexchin, 2008, str. 29), kajti farmacevtska industrija je ena najbolj dobičkonosnih panog (Simons, 2007). Pojavlja se vedno več kritik na račun agresivnega trženja (Rotfeld, 2005, str. 365, Manchanda et al., 2005, str. 294). Da bi farmacevtska podjetja dosegala čim višjo rast prodaje, se po navedbah Myers in Stafford (2007, str. 5,6) poslužujejo trženjskih pristopov, ki se zdijo etično sporni. Avtorici se v svojem članku tudi sprašujeta ali se z direktnim oglaševanjem zdravil širši javnosti resnično izboljša zavedanje o zdravju ali se samo poveča potreba po dragih zdravilih.

Zgoraj navedene trditve kažejo na kompleksnost te problematike. Večina dejanj je narejenih v želji po večji uspešnosti. Farmacevtska podjetja tekmujejo med sabo, da bi povečala tržni delež prodaje zdravil in zvišala dobiček ter ostala ali postala dovolj privlačna za vlagatelje. Obstoječe vlade želijo izboljšati situacijo v zdravstvu, zagotoviti boljše storitve ali vsaj ohraniti doseženo raven in zagotoviti čim bolj stabilne javne finance. Zavarovalnice tekmujejo med sabo, da bi pridobile čim več zavarovancev in stremijo k boljšemu poslovanju. Pri tem se mnogokrat pozablja, da je zdravstveno varstvo namenjeno bolnikom in naj bi vsa dejanja vodila k izboljšanju fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja ljudi.

Namen dela je odkriti in ovrednotiti dejavnike, ki vplivajo na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil na recept. Zdravnik je neposredni odgovorni nosilec zdravniške dejavnosti. Motiv dela zdravnikov je izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in s tem kakovosti življenja. V preteklosti je veliko oviro predstavljalo pomanjkanje informacij, danes pa so zdravniki soočeni s preveliko količino informacij. Do tega je privedlo veliko število raziskovalnih dejavnosti in informacijska tehnologija. Postavlja se vprašanje, kako zdravniki sledijo najnovejšim spoznanjem v medicini, podprti z dokazi in se hkrati ne izgubljajo v množici informacij, ki jim jih omogočajo komercialni viri (oglasila v revijah, pošta, e-oglaševanje, strokovni sodelavci, vzorci zdravil) in nekomercialni viri (članki v strokovnih revijah, nacionalni in mednarodni kongresi, neodvisni strokovnjaki, farmacevti).

Opravljenih je bilo veliko število raziskav, kako vplivajo osebna prodaja strokovnih sodelavcev, cena, oglaševanje in različne blagovne znamke na prodajo zdravil na recept. Rezultati teh raziskav so pomembno vplivali na oblikovanje trženjskih aktivnosti (Manchanda & Pradeep, 2004, str. 129).

O mehanizmi, ki vplivajo na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil, je znano manj in tudi ti podatki so pomanjkljivi, ker poteka predpisovanje zdravil v kompleksnem in spremenljivem okolju. Odločitve so lahko delno podzavestne, osnovane na hevristični namesto strukturirani analizi informacij ali na družbeno manj zaželenih motivih (Campo et al., 2005, str. 74, 75). Raziskave, ki bi poizkusile izvedeti od zdravnikov, kako občutijo razdvojenost med številnimi informacijami, pritiski farmacevtske industrije, plačniki, bolniki in kakšno je posledično njihovo vedenje pri predpisovanju zdravil na recept v slovenskem prostoru, nisem zasledila.

Cilj magistrskega dela je pridobiti dragocene podatke, s pomočjo domače in tuje literature ter empiričnega dela, o vplivu na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil na recept v Sloveniji. Rezultati in ugotovitve bi predstavljali pomoč pri razumevanju te tematike tako zdravnikom, farmacevtskim podjetjem v Sloveniji kot tudi vladi, zavarovalnicam in drugim regulatornim organom ter širši javnosti.

Za farmacevtska podjetja je odločilnega pomena vpogled v proces izbire zdravil pri oblikovanju učinkovitega programa trženja. Na drugi strani pa regulatornim organom, da lahko oblikujejo programe za zmanjševanje ali vsaj obvladovanje izdatkov za zdravila.

## **STRUKTURA MAGISTRSKEGA DELA**

Magistrsko nalogo sem razdelila na uvod, ki mu sledita dva dela s tremi poglavji, ki so povezani v sklepih. Na koncu sem podala uporabljeno literaturo in vire ter navedla priloge. V uvodu sem opredelila problematiko magistrske naloge, namen in cilje. Prvi del obsega dve poglavji in zajema pregled literature, ki prikazuje stanje v zdravstvu in farmacevtski industriji in kaže vpetost zdravnika med bolnike, farmacevtska podjetja, plačnike (zavarovalnica in vlada), mnenjske vodje in ostalo. Drugi del obsega eno poglavje, ki je namenjeno empiričnemu delu. Temelji na lastni kvalitativni tržni raziskavi, analizi in ugotovitvah.

V prvem poglavju sem prikazala stanje v zdravstvu s poudarkom na trenutnem stanju v zdravstvu v Sloveniji. Opredelila sem vlogo farmacevtske industrije v zdravstvu. Ključnega pomena je vnos raziskovalnih dosežkov v zdravljenje, ki je široko dosegljivo in dostopno. Vlaganja v R & R so gonilna sila v znanosti, medicini in farmaciji. Napredek na tem področju v zadnji 100 letih je neprecenljiv za celoten svet (EFPIA, 2007, str. 2). Izdelki (zdravila) so vedno bolj učinkoviti, z vedno manj stranskimi učinki oziroma primerljivimi s stranskimi učinki pri placebo, imajo specifično delovanje in posledično visoko ceno. V tem poglavju sem tudi opredelila inovativna in generična zdravila. Obsega tudi povzetek dogajanja na svetovnem trgu zdravil in podrobno predstavitev trga zdravil na recept v Sloveniji. Posebno pozornost sem namenila tudi trženju v farmacevtski industriji, ki je pomembno tako iz ekonomskega vidika kot za blagostanje celotne družbe. Posebnosti sem razložila v tem poglavju.

V drugem poglavju sem s pomočjo konceptualnega modela prikazala najpomembnejše dejavnike, ki vplivajo na vedenje zdravnika pri predpisovanju zdravil na recept. Podrobno

sem obravnavala skupine, ki sodelujejo pri odločanju o predpisovanju in prodaji zdravil na recept. Predstavljeni so novejših članki in raziskave, ki so tako subjektivne kot objektivne narave iz področja farmacevtske industrije in ostalih področij, ki vplivajo na vedenje zdravnikov v nakupnem procesu zdravil. Osredotočila sem se na osebno prodajo strokovnih sodelavcev, ki predstavljajo glavno trženjsko aktivnost farmacevtskih podjetij, za katero se namenja ogromno denarja. Sledi opis vpliva vzorcev zdravil in daril. V nadaljevanju sem razložila vpliv regulatornih organov, ki imajo z omejevanjem stroškov za zdravstveno varstvo in zdravila vedno večji vpliv na zdravnike, bolnike in nenazadnje tudi farmacevtska podjetja. Bolniki imajo vedno večji vpliv na zdravnike in njihovo vedenje pri izbiri določenega zdravila in sem jim zato namenila posebno pozornost. Bolniki aktivno zbirajo informacije o boleznih, možnostih zdravljenja in zdravilih. V tem poglavju sem tudi temeljito opisala vpliv mnenjskih vodij in smernic zdravljenja, ki temeljijo na medicini, podprti z dokazi, strokovnih srečanj in izobraževanj ter strokovnih revij.

Tretje poglavje je namenjeno empiričnem delu magistrske naloge, ki temelji na lastni trženjski raziskavi. V tem poglavju sem razložila namen in cilj raziskave o vedenju zdravnikov pri predpisovanju zdravil na recept v Sloveniji. Odločila sem se, da bom opravila kvalitativno raziskavo z metodo poglobljenega osebnega intervjuja in na ta način poskusila raziskati kompleksnost zdravnikovih odločitev. Metodologijo raziskave sem podrobno opisala v tem poglavju. Rezultate raziskave sem strnila v podpoglavjih, ki opisujejo trenutno stanje v zdravstvu, vpliv farmacevtske industrije in vire informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil. V podpoglavju izbira zdravil so naštetih dejavniki, ki vplivajo na odločitve pri predpisovanju že uveljavljenih in novih zdravil. Posebno pozornost sem namenila zaznavi zdravnikov o trženju zdravil in ukrepih, ki jih izvaja ZZS za zmanjševanje izdatkov za zdravila. Tretje poglavje sem zaključila z glavnimi ugotovitvami raziskave.

Nalogo sem zaključila s sklepom, ki zaokroži celotno tematiko, dodala uporabljeno literaturo, vire ter priloge.

## **1. ZDRAVSTVO IN FARMACEVTSKA INDUSTRIJA**

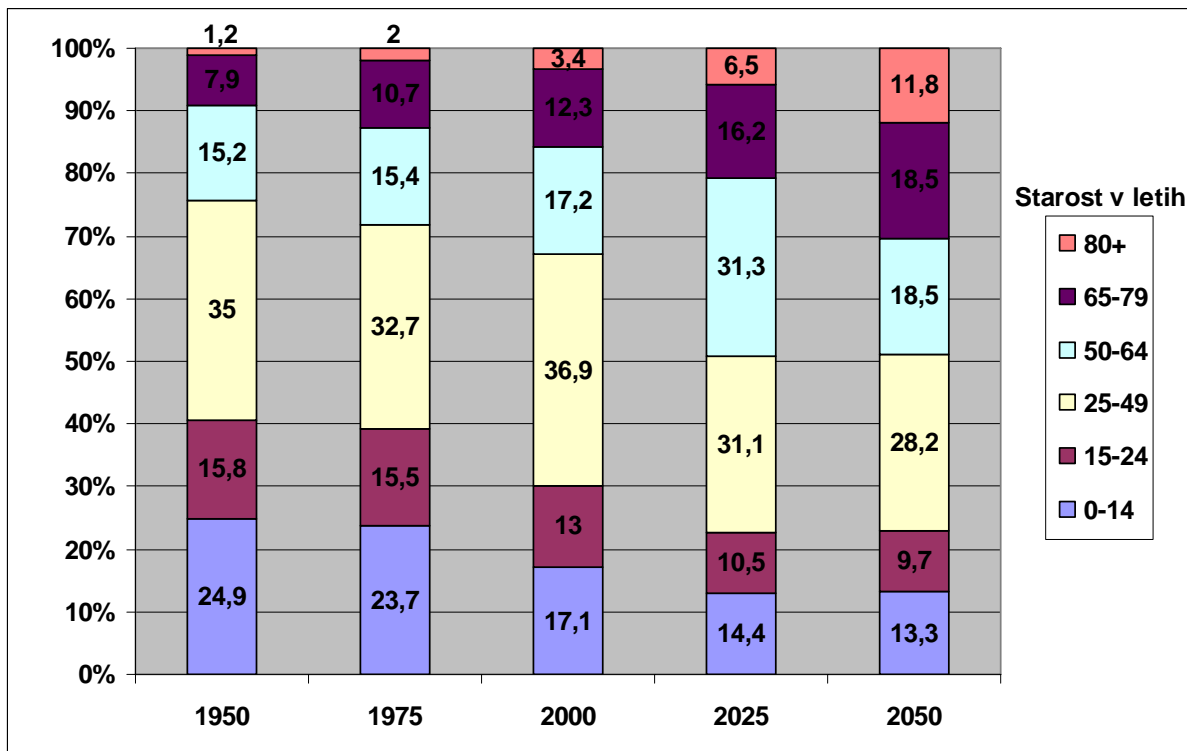
Zdravje je univerzalna vrednota in temeljna človekova pravica. Zdravje je predpogoj za kakovostno življenje in predstavlja korist za posameznika ter je eden ključnih dejavnikov za gospodarsko rast in večanje produktivnosti. Gospodarska korist se kaže v manjših izgubah zaradi bolezni, za državo in izvajalce manjše stroške za sistem zdravstvenega varstva oziroma učinkovitejšo porabo sredstev za zdravstveno varstvo. Navedeno pa prinaša tudi družbeno korist, ki se odraža v zadovoljnih uporabnikih zdravstvenih storitev, izvajalcih, manjših stroških za bolezen in večji kakovosti življenja (Bizjak-Mlakar, 2008, str. 2, Švedski inštitut za javno zdravje, 2007, str. 5, 7, 26).

Priča smo povečevanju potreb po zdravstvenih storitvah in finančnih izdatkih za zdravstvo. Vzroki za to so demografski in epidemiološki dejavniki, razvoj medicinske in farmacevtske tehnologije, zahteve zdravstvenega kadra po višjih plačah ter ustrežnejše vrednotenje opravljenega dela, večja osveščenost bolnikov in pričakovana kakovost življenja (Marušič, 2007, str. 841, Kovač, 2006, str. 32, Arnež, 2008, str. 29, Hostnik, 2008, str. 3). Projekcije prebivalstva v Evropi, ki temeljijo na predpostavkah o celotni rodnosti in pričakovani življenjski dobi kažejo, da bo leta 2025 skoraj tretjina evropskega prebivalstva stara 60 let ali več, število starejših od 80 let pa se bo še posebej hitro povečalo. Projekcije do leta 2050



kažejo, da se bo delež starejših od 65 skoraj podvojil in bo leta 2050 znašal več kot 30 %, kar prikazuje Slika 1 (Švedski inštitut za javno zdravje, 2007, str. 7, 26, Bizjak-Mlakar, 2008, str. 31).

Slika 1: Porazdelitev prebivalstva v Evropski uniji od leta 1950 do 2050 po starostnih skupinah



Vir: Švedski inštitut za javno zdravje, 2007, Slika 2, str. 7

Zdravstveni sistem je odraz etičnih, političnih in socialnih vrednot družbe. Evropska politika ne namenja dovolj pozornosti zdravemu staranju, kljub temu, da je večina bolezni povezana s starostjo. S starostjo se povečujeta tako tveganje kot posledice, poslabša se biološka odpornost in posledice bolezni ter poškodb so hujše (Švedski inštitut za javno zdravje, 2007, str. 7, 26, Bizjak-Mlakar, 2008, str. 31).

## 1.1 ZDRAVSTVO V SLOVENIJI

Marušič (2007, str. 841) navaja, da večina raziskav javnega mnenja med Slovenci ugotavlja, da je najpomembnejša vrednota zdravje. V evropski raziskavi o kakovosti življenja v sedanjih 27 članicah Evropske unije (v nadaljevanju EU), ki je bila opravljena leta 2004, so ljudje zdravje navedli kot enega izmed treh dejavnikov, za katere menijo, da najbolj vplivajo na kakovost njihovega življenja. Sebe so Slovenci ocenili kot slabega zdravja in izrazili nezadovoljstvo s kakovostjo zdravstva (Pirc, 2008, str. 24).

Vse vlade se soočajo s problemom ohranjanja ravni zdravstva, oziroma izboljšanja v okviru danih finančnih možnosti. Nosilci odločanja v državi imajo pomembno nalogo, da razporedijo denar tako, da bi bilo stanje v zdravstvu čim bolj ugodno za večino populacije. Ves čas morajo iskati ravnotežje med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah (Marušič, 2007, str. 841). Arnež (2008, str. 28) navaja, da je

spremljanje in izboljševanje zdravja temelj učinkovitega zdravstvenega sistema. Učinkovit zdravstveni sistem neposredno veča kakovost življenja prebivalcev, posredno pa ekonomsko rast in blaginjo države.

Arnež (2008, str. 28) trdi, da smo z zdravstvenim sistemom v Sloveniji nezadovoljni vsi zaradi neurejenih razmer v zdravstvu. Zdravniki, sestre in drugi zdravstveni delavci, ker jih je premalo in ne morejo delati v skladu z delovnimi normativi in načeli dobre klinične prakse in državljani zaradi dolgih čakalnih vrst, slabe dostopnosti, dragih zdravil in strahu pred še slabšimi časi.

Tudi Kovač (2007a, str. 35) opozarja na neučinkovitost zdravstvenega sistema in posledično nezadovoljstvo tako bolnikov, kot tudi zdravstvenega osebja. Svoje mnenje je podal z besedami: »Slovensko zdravstvo kaže že nekaj let dobro prepoznavne znake obolelosti.« V enem od naslednjih člankov za Mladino Kovač (2007b, str. 35) zapiše »Sedanji sistem javnega zdravstva ne zagotavlja niti stroškovne učinkovitosti in finančne stabilnosti, niti celovite kakovosti zdravstvenih storitev in večje dostopnosti do zdravstvenih programov.«

Mrkaić (2007, str. 75) opisuje stanje v zdravstvu z besedami: »...je eden izmed tistih okostenelih sistemov, ki se jih kapitalizem še ni resno dotaknil in v katerem se bohotijo neučinkovitost, korupcija, klientelizem, lažna cehovska solidarnost, umazano politikantstvo ...«.

»V slovenskem zdravstvu vre. Nezadovoljni so zdravniki in bolniki. Prvi zaradi slabih delovnih razmer, preobremenjenosti, zastarele opreme in slabega plačila, drugi zaradi čedalje slabše dostopnosti zdravstvenih storitev.« (Marn, 2007, str. 24).

Eden redkih vodilnih ljudi v zdravstvu v Sloveniji, ki je pripravljen priznati, da ljudje in bolniki od zdravstva ne dobijo dovolj, je generalni direktor Onkološkega inštituta Rudolf (Zajec, 2007, str. 4).

Izdatki države po namenih prikazani v Tabeli 1 razkrivajo, da se je delež denarja za zdravstvo od leta 2001 do 2006 zmanjšal iz 6,8 % BDP na 6,2 % (Klinar, 2008).

*Tabela 1: Izdatki sektorja država Slovenija po namenih od leta 2000 do 2006 (% od BDP)*

SEKTOR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Skupaj	47,4	48,2	47,1	47,1	46,5	46	45,3
Javna uprava	6,8	7,7	6,7	6,7	6,6	6,5	6,2
Obramba	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Javni red in varnost	1,7	1,8	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7
Ekonomske dejavnosti	5,3	4,3	4,9	4,9	4,2	4,1	4,1
Varstvo okolja	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4
Stanovanjske dejavnosti	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
<b>Zdravstvo</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,3</b>	<b>6,2</b>	<b>6,2</b>
Rekreacija, kultura, religija	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2
Izobraževanje	6,4	6,4	6,5	6,5	6,4	6,5	6,4
Socialna zaščita	17,5	17,6	17,2	17,2	17,7	17,6	17,1

*Vir: Klinar, Izdatki sektorja država po namenih, Slovenija, 2000-2006, Statistični urad RS, 2008*

Celoten znesek namenjen zdravstvu je znašal 8,5 % BDP oziroma 2,5 milijarde evrov v letu 2007. Dve milijardi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, tristo milijonov iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, preostanek pa je bilo neposrednih plačil bolnikov (Marn, 2007, str. 26, Tajnikar, 2008, str. 9).

Za povprečjem EU zaostajamo le malo z odstotkom BDP, namenjenim za zdravstveno varstvo. Imamo pa nižji standard storitev, slabšo dostopnost zdravstvenih storitev in nižje stroške za izvajanje programov (Marn, 2007, str. 26). Po poročilu WHO sodi Slovenija na 29. mesto med 191-im državam članicam WHO po vložku v zdravstvo. Po učinkovitosti pa nas uvrščajo šele na 38 mesto (Bizjak-Mlakar, 2008, str. 21)

Tabela 2 prikazuje izdatke za zdravstvo v enaindvajsetih Evropskih državah v odstotkih od BDP, ter povprečje teh držav, v ZDA in na Japonskem. Največ denarja za zdravstvo namenjajo ZDA in sicer več kot 15 % od BDP. Z nekaj več kot 10 % ji sledijo Švica, Nemčija, Francija, Belgija. Slovenija z 8,5 % sodi malo pod povprečje Evropskih držav (EFPIA, 2007, str. 24).

Tabela 2: Izdatki za zdravstvo kot delež BDP po posameznih državah

Država	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Avstrija	4,3	5,2	7,5	7	9,4	9,6
Belgija	-	3,9	6,3	7,2	8,6	10,1
Češka	-	-	-	4,7	6,7	7,3
Danska	-	-	8,9	8,3	8,3	8,9
Finska	3,8	5,6	6,3	7,8	6,7	7,5
Francija	3,8	5,3	7	8,4	9,2	10,5
Grčija	-	6,1	6,6	7,4	9,9	10
Irska	3,7	5,1	8,3	6,1	6,3	7,1
Italija	-	-	-	7,7	8,1	8,8
Luksemburg	-	3,1	5,2	5,4	5,8	8
Madžarska	-	-	-	-	7,1	8
Nemčija	-	6,2	8,7	8,5	10,3	10,6
Nizozemska	-	-	7,2	7,7	7,9	9,2
Norveška	2,9	4,4	7	7,7	8,5	9,2
Poljska	-	-	-	4,9	5,7	6,5
Slovaška	-	-	-	-	5,5	5,9
Španija	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	8,1
Švedska	-	6,8	9	8,3	8,4	9,1
Švica	4,9	5,5	7,4	8,3	10,4	11,6
Turčija	-	-	3,3	3,6	6,6	7,7
Združeno kraljestvo	3,9	4,5	5,6	6	7,3	8,4
<b>Evropa</b>	<b>3,6</b>	<b>4,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>7,9</b>	<b>8,7</b>
<b>ZDA</b>	<b>5,1</b>	<b>7</b>	<b>8,8</b>	<b>11,9</b>	<b>13,3</b>	<b>15,3</b>
Japonska	3	4,5	6,5	5,9	7,6	8

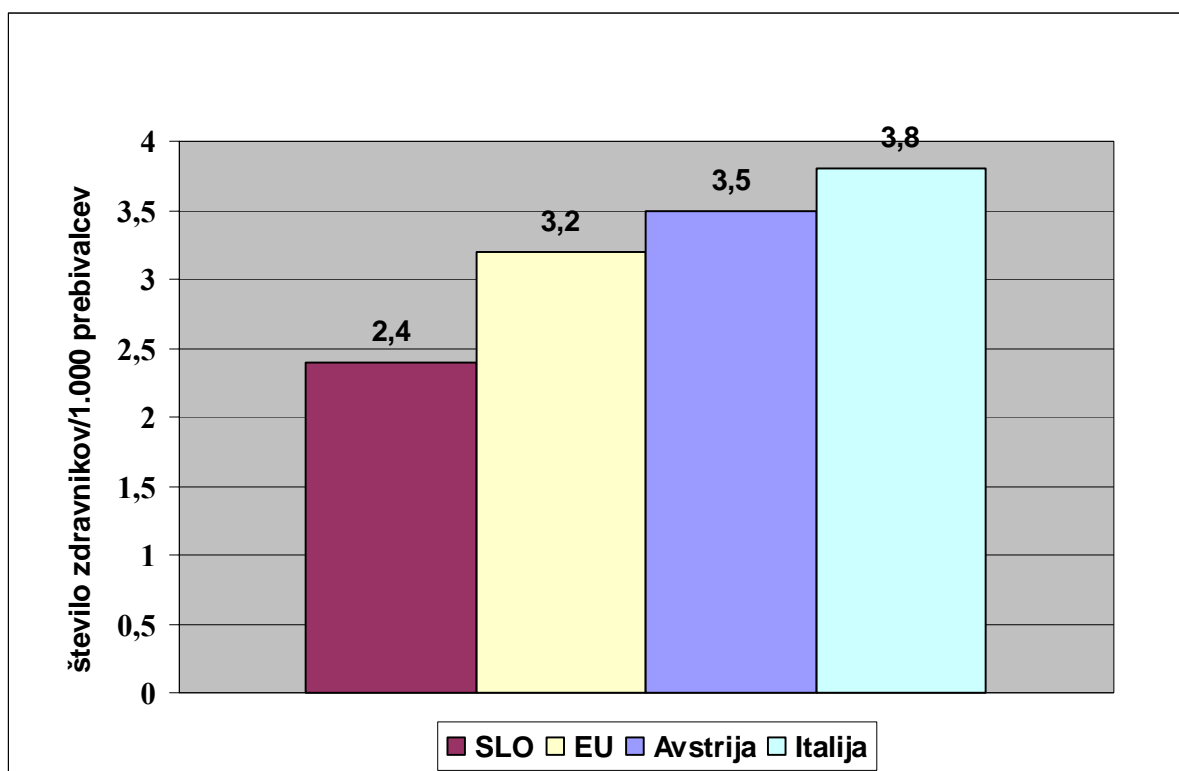
Legenda: oznaka (-) pomeni, da podatek ni dosegljiv

Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, Key data 2007 update*, 2007, str. 24

Zgovoren podatek stanja zdravstva v Sloveniji je tudi število zdravnikov na 1.000 prebivalcev. Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je bilo v letu 2007 registriranih 4.666 zdravnikov, aktivnih v zdravniški službi (Pirš, 2007, str. 839).

Povprečje števila zdravnikov v EU je 3,2 aktivni zdravniki na 1.000 prebivalcev in 2,3 v Sloveniji. Za povprečjem zaostajamo za 0,7 zdravnika na 1.000 prebivalcev, za večino držav EU pa 1-2, kar vidimo na Sliki 2 (Pirš, 2007, str. 840, Marušič, 2007, 841). Po navedbah Marušiča (2007, str. 841) v Sloveniji primanjkuje okoli 1800 zdravnikov. Po izračunih Zbornice pa primanjkuje 400 - 500 zdravnikov specialistov. Ob upoštevanju projekcije povečevanja števila diplomantov in zmanjšanja števila prebivalcev bomo evropsko povprečje dosegli leta 2020 (Pirš, 2007, str. 840).

Slika 2: Število zdravnikov na 1.000 prebivalcev v Sloveniji, EU, Avstriji in Italiji leta 2005



Legenda: EU - 27 držav članic Evropske unije

Vir: Prodan, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Zdravstveni delavci, 2003-2006, 2008

Bivši direktor Onkološkega inštituta Rudolf je izrazil mnenje, da je uvoz zdravnikov edina hitra rešitev, ki pa je malo verjetna, ker se zdravniki raje zaposlujejo v državah, kjer so bolje plačani (Zajec, 2007, str. 5).

O prihodnosti zdravstvenega sistema je Toth povedal: »Država nima ne strategije razvoja področja zdravstvenega varstva ne jasne opredelitve, kaj je na tem področju javni interes. Nima jasnega stališča o tem, kakšno zdravstveno varstvo hočemo in premoremo, kako z javnimi zavodi oziroma s privatizacijo, kako s prostovoljnimi zavarovanji, oziroma kje so meje« (Marn, 2007, str. 24).

Svoje poglede in možne rešitve zdravstvenega sistema razlaga Tajnikar (2008, str. 8, 9) in ena najpomembnejših je ovrednotenje posameznega bolnika. V tem primeru bi izvajalci dobili

plačilo, ko bi bolnik prišel k njim in bi zdravstvena storitev bila opravljena. Sedaj dobivajo plačilo glede na to, koliko pacientov so imeli in koliko se jih pričakuje v določenem letu. V kolikor je pacientov več, kot je bilo določeno v programu, za to ne dobijo dodatnega plačila.

Edino delno nasprotujoče mnenje o stanju v zdravstvu, ki sem ga uspela pridobiti, je v izjavi za javnost iz novinarske konference zdravniških organizacij iz dne 10. 7. 2007, ki so ga podpisali Pegan, Kenda in Kuštrin (2007, str. 1,2) in pravi, da slovensko zdravstvo deluje zelo dobro, da imajo zavarovanci na področju farmakoterapije pravo razkošje in to brez doplačila oziroma participacije. Hkrati pa priznavajo, da še vedno obstaja problem čakalnih vrst na operacije, diagnostiko in terapije pri specialistih. Navajajo tudi, da Slovenija nima dovolj vrhunske medicinske opreme, ker se iz proračuna namenja premalo denarja.

Iz izjave za javnost Sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije je moč razbrati, da vrednost zdravniškega dela ni primerljiva z razvitimi državami. Plače so tako nizke, da po kriterijih razvitejših evropskih držav zadoščajo le še za plačilo polovičnega delovnega časa (FIDES, 2008, str. 1, 2).

## **1.2 VLOGA FARMACEVTSKE INDUSTRIJE V ZDRAVSTVU**

Farmacevtska industrija ima pomembno vlogo pri napredku znanosti in medicine. Ključnega pomena je vnos raziskovalnih dosežkov v zdravljenje, ki je široko dosegljivo in dostopno. Uspehi v raziskavah in razvoju novih zdravil so omogočili ozdravitve smrtnih nalezljivih bolezni in ogromen napredek pri zdravljenju ostalih bolezni kot so: rak, ulkus želodca, astma, povišan krvni tlak in podobno. Od odkritja Aspirina pred 100 leti pa do danes so znanstveni in tehnološki dosežki v farmacevtski industriji omogočili znanstvenikom vpogled v zelo kompleksne bolezni. Najprej z raziskovanjem biokemije tkiv, nato z analiziranjem individualnih celic. Današnje raziskave človeškega genoma pa iščejo vzroke bolezni na molekularnem nivoju (EFPIA, 2007, str. 2).

### **1.2.1 ZDRAVILA**

Zakon o zdravilih (2006) v 5. členu določa, da je zdravilo vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Za zdravilo velja tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki se lahko uporablja pri ljudeh ali živalih ali se daje ljudem ali živalim z namenom, da bi se ponovno vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije prek farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja ali da bi se določila diagnoza.

Zdravilo predstavlja korist za bolnika, ker preprečuje, lajša, zdravi bolezen ali pomaga pri odkrivanju bolezni. Ljudje že tisočletja uporabljajo učinkovine rastlinskega in živalskega izvora za preprečevanje in zdravljenje bolezni. Mnoge imajo še danes veliko veljavo (Berkow, 2000, str. 28).

Zakon o zdravilih (2006) v 6. in 11. členu razvršča zdravila glede na predpisovanje v dve kategoriji: zdravila, za katera je potreben zdravniški ali veterinarski recept in zdravila, za katera recept ni potreben. Zdravniški oziroma veterinarski recept je listina, ki jo v skladu s predpisi izda strokovnjak, usposobljen in pooblaščen za predpisovanje zdravil.

Za zdravila na recept se uporablja okrajšava Rp zdravila. V nadaljevanju magistrske naloge bom uporabljala Rp zdravila za zdravila, ki se predpisujejo na zdravniški recept in jih pri nas ni mogoče kupiti brez recepta (Vozelj, 2007, str. 8).

Vsako zaščiteno zdravilo ima najmanj tri imena:

- kemijsko ime, ki opisuje atomsko oziroma molekulsko zgradbo učinkovine,
- mednarodno nelastniško, generično ali nezaščiteno ime, ki ga novim učinkovinam podeli posebna mednarodna komisija in
- lastniško ime oziroma zaščitena znamka, ki si ga izbere proizvajalec in odobri posebna državna komisija. Zdravniki pišejo na recept lastniško ime in s tem izberejo točno določenega proizvajalca.

Razširjeni izdelek pa pomeni zagotavljanje kakovosti sestavin zdravila, zagotavljanje dobave, strokovne informacije, farmakovigilanco (Guček Zakošek, 2005, str. 53, Berkow, 2000, str. 28, 29).

Najpomembnejši lastnosti zdravil sta učinkovitost in varnost. Varnost je relativna, ker vsa zdravila pomagajo in hkrati škodujejo. Terapevtska širina (razpon med običajno učinkovitim odmerkom in odmerkom, ki povzroči hude stranske učinke) nam pove, koliko je zdravilo varno. Na začetku 20. stoletja je P. Ehrlich dejal, da bi bilo idealno zdravilo kot magična krogla, ki bi zadela samo bolno mesto, ne da bi poškodovala zdravo tkivo. Večina zdravil ni tako specifičnih in lahko povzročajo neželene oziroma stranske učinke (Berkow, 2000, str. 30, 31).

Zdravila, ki so na trgu, so učinkovita, kakovostna in varna. To zagotavljajo različne inštitucije:

- Zvezna državna agencija za zdravila (*v nadaljevanju FDA*) v ZDA. Njeni zametki segajo v leto 1906. Ime FDA pa je iz leta 1927. Poleg zdravil nadzorujejo tudi varnost hrane, prehranskih dodatkov, vakcin, krvi, medicinskih pripomočkov in podobno;
- Evropska agencija za zdravila (*v nadaljevanju EMEA*) v Evropi. Z delovanjem je pričela 1995 s sedežem v Londonu. Njena naloga je vrednotenje in nadzor nad humanimi in veterinarskimi medicinskimi produkti v EU (EMEA, 2008);
- Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke v Sloveniji. Z delovanjem je pričela dne 1.1.2007. Dotedanja Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke (ARSZMP) je z istim dnem prenehala z delovanjem. Nastala pa je iz Urada Republike Slovenije za zdravila februarja 2006 (Cvelbar, 2007).

Preden dodelijo novemu zdravilu dovoljenje za promet, proučijo in pretehtajo dokaze raziskav, ki so bile predhodno opravljene na živalih in ljudeh. Veliko zdravil se na tej stopnji zavrne, ker niso dovolj učinkovita ali so preveč toksična. Farmacevtska podjetja pa so dolžna spremljati neželene učinke tudi po pridobitvi dovoljenja za promet in jih prijavljati. Če se pojavijo dokazi, da je zdravilo nevarno, se lahko takemu zdravilu odvzame dovoljenje za promet, doda opozorilo, da je nevarno ali pa ga podjetje samo umakne iz prodaje. Ocenjujejo,

da je v ZDA vzrok za približno 10 % hospitalizacij v neželenih stranskih učinkih zdravil. Večina teh učinkov po prenehanju jemanja izgine, lahko so nevarni in dolgotrajni (Berkow, 2000, str. 46, 47).

Da je v današnjem času še vedno možno, da pridejo v prodajo zdravila, katerih varnost je nezadovoljiva, pričajo naslednja zdravila: Lipobay, Vioxx in ostali koksibi. Na internetni strani FDA (<http://www.fda.gov>) najdemo podatek, da je družba Merck & Co. 30. septembra 2004 samostojno umaknila zdravilo Vioxx iz prodaje, zaradi povečanega tveganja za kardiovaskularne dogodke (vključujoč srčni infarkt in možgansko kap). FDA je podelila dovoljenje za promet za zdravilo Vioxx maja 1999 (FDA, 2008, str. 3). Od leta 1999 pa do umika zdravila Vioxx iz prodaje ga je uporabljalo 84 milijonov bolnikov za blaženje bolečin osteoartritisa, dismenoreje in revmatoidnega artritisa. Samo v letu 2003 je prodaja znašala 2,5 milijardi dolarjev. To je predstavljalo približno 11 % od celotnih prihodkov od prodaje, ki so znašali 22,49 milijard dolarjev (Johnson, 2004, str. 1). Umiku zdravila so sledile številne tožbe bolnikov (več kot 26.500), ki so utrpeli srčni infarkt ali možgansko kap, in svojcev bolnikov, ki so umrli za posledicami srčnega infarkta, ki naj bi ga povzročilo jemanje zdravila Vioxx. Farmacevtsko podjetje Merck & Co. se je odločilo za obravnavo vsakega primera individualno, naknadno pa je pristalo na poravnavo, ki je znašala 4,85 milijarde \$ (Flowers, 2008).

## 1.2.2 VLAGANJA V RAZISKAVE IN RAZVOJ

Farmacevtska podjetja namenjajo veliko denarja za R & R. Tabela 3 prikazuje, kolikšne deleže od prodaje so od leta 1985 pa do 2007 namenjali v farmacevtski industriji. Do leta 2000 se je delež investicij povečeval in presegel 20 % od prihodkov od prodaje. Po tem letu pa se je delež investicij znižal in v letu 2007 znašal 18,5 % (EFPIA, 2008, str. 22).

*Tabela 3: Delež investicij v R & R kot delež od prodaje od leta 1985 do 2007*

LETO	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
DELEŽ OD PRODAJE (%)	15,6	18,9	19,2	20,6	16,8	18,6	18,5

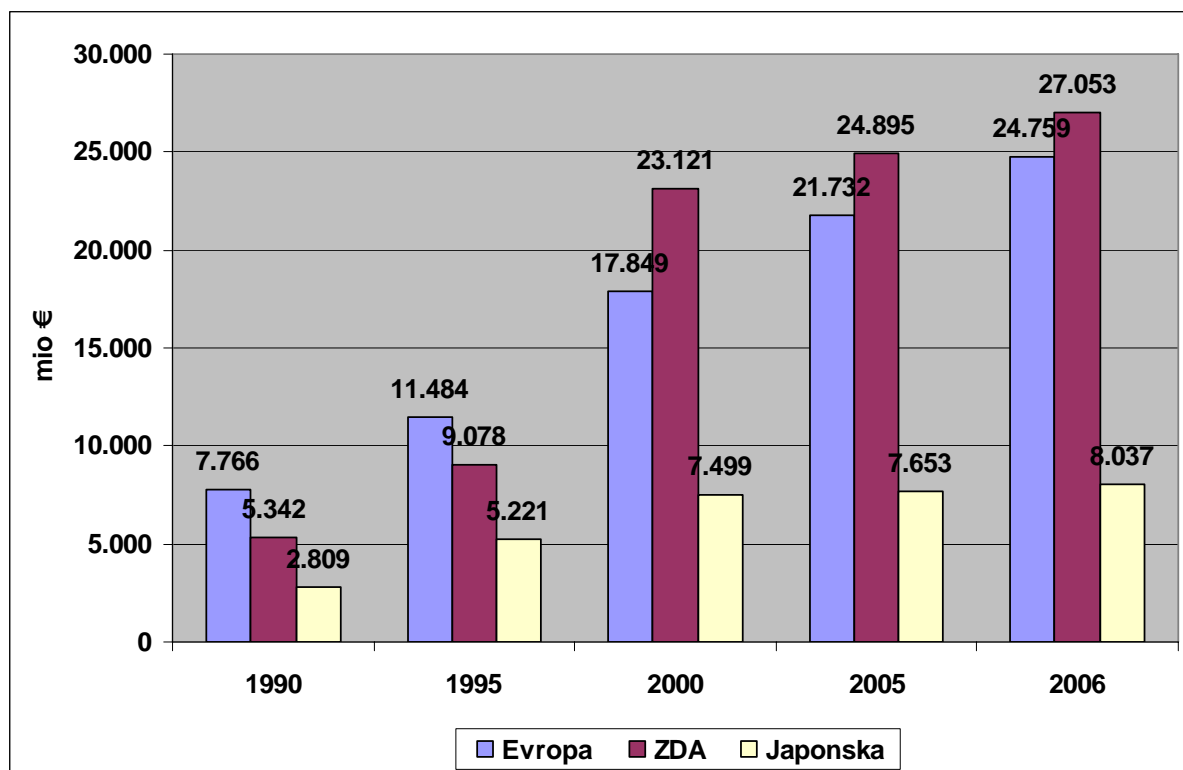
*Vir: EFPIA, The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition, R&D as percentage of sales, 1985-2007, 2008, str. 22*

Slika 3 prikazuje vrednost investicij farmacevtskih podjetij v R & R v Evropi, ZDA in na Japonskem od leta 1990 do leta 2006. Vrednosti investicij se povečujejo v vseh državah. V letu 2000 so vlaganja v R & R v ZDA s 27 milijardami evrov močno preseгла vlaganja v Evropi, ko so znašala manj kot 18 milijard evrov. S tem so ZDA postale najmočnejše v farmacevtskem sektorju po vrednosti investicij. Med leti 1990 in 2007 so investicije v Evropi zrasle za 3,3 krat, v ZDA za 5,2 krat (EFPIA, 2008, str. 4). Evropa izgublja konkurenčnost v farmacevtski industriji na področju R & R (EFPIA, 2008, str. 22).

V Evropi je največ zaposlitev z visokim tehnološkim znanjem v raziskovalnem sektorju farmacevtske industrije, ki obsega okoli 640.000 delovnih mest. Velik delež od teh so delovna mesta z visoko izobrazbo (EFPIA, 2007, str. 9). Da se politika EU zaveda resnosti problema premajhnih naložb v raziskave, je podpisan dogovor med evropskim komisarjem za znanost in raziskovanje in predsednikom Evropske zveze farmacevtskih industrij in združenj

o osnovanju javno-zasebnega partnerstva, za več inovativnih zdravil, vrednega 2 milijardi evrov (Zajec, 2008, str. 2).

Slika 3: Vrednost investicij v R & R v farmacevtski industriji



Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition, Pharmaceutical R&D expenditure in Europe, USA and Japan, 1990-2007, 2008, str. 4*

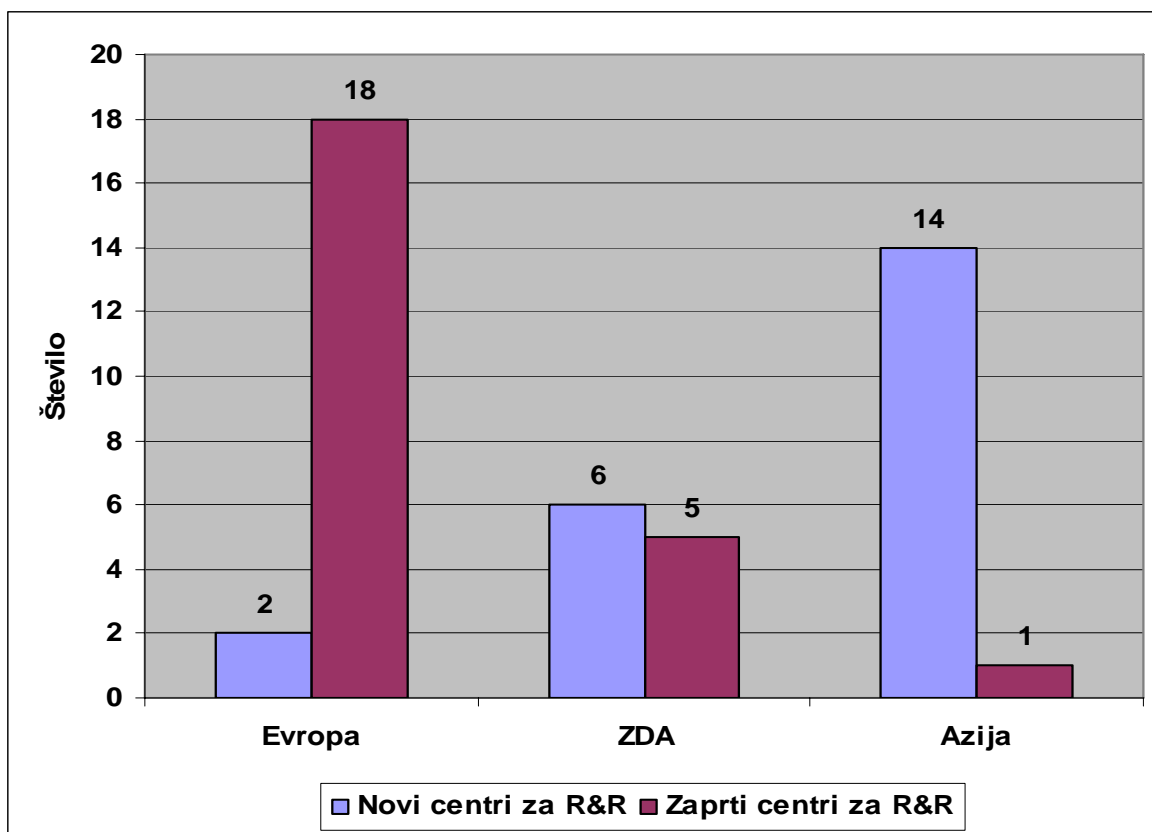
Visoka rast investicij je tudi v rastočih gospodarstvih, kot sta Kitajska in Indija (EFPIA, 2008, str. 22 ).

Zelo nazoren je prikaz na Sliki 5, ki govori o spremembah v številu centrov za R & R. V Evropi se centri zapirajo, medtem ko se novi odpirajo v Aziji. Prednosti farmacevtske industrije v Aziji so nizki stroški proizvodnje, nizki stroški za R & R, inovativni znanstveniki, močni nacionalni laboratoriji in povečana prodaja zdravil. Ta tendenca bo v prihodnosti lahko prinesla dramatične spremembe, če Evropa ne bo sposobna obdržati razvojne oddelke farmacevtske industrije (EFPIA, 2007, str. 5, EFPIA, 2008, str. 3).

O kvaliteti proizvodov govori dejstvo, da ima Indija največje število registriranih obratov za proizvodnjo zdravil odobreno s strani FDA, takoj za ZDA (Vector, 2005, str. 2).



Slika 4: Grafični prikaz števila novih in zaprtih centrov za R & R



Legenda: Podatki so pridobljeni od 22-ih globalnih farmacevtskih podjetij

Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, Key data 2007 update, 2007, str. 5*

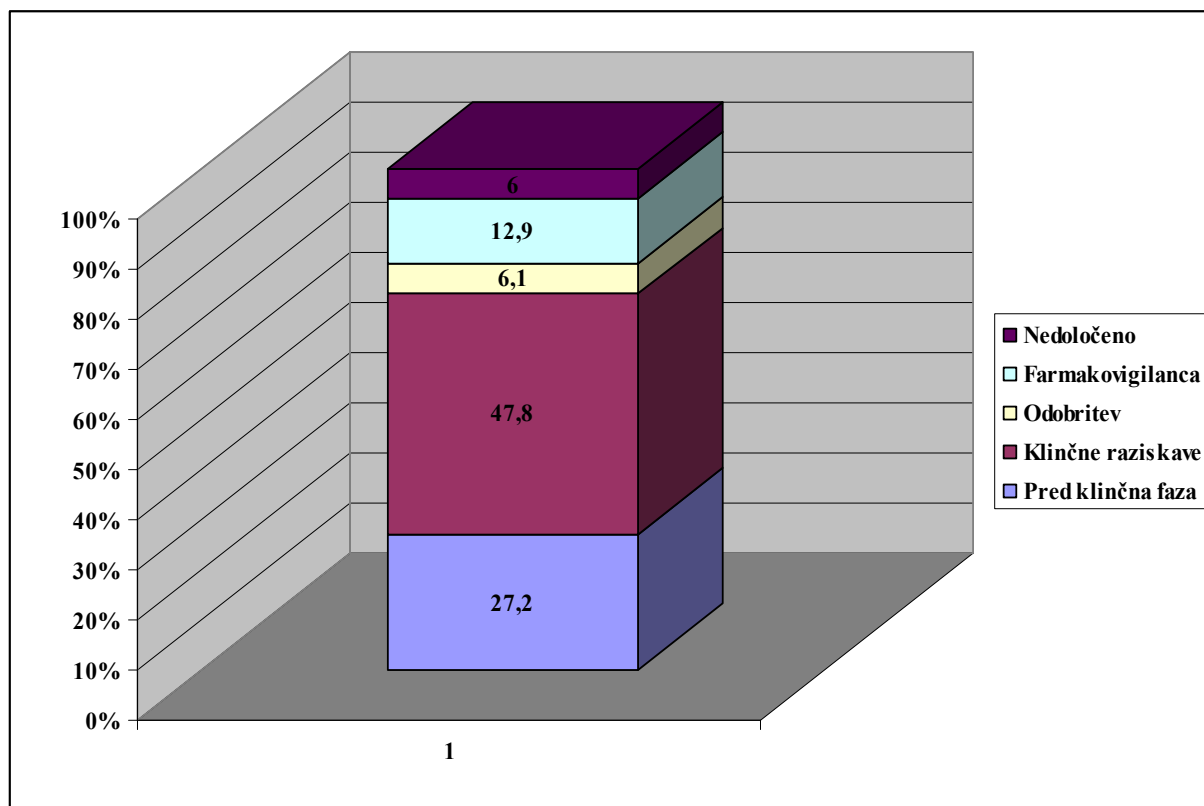
Farmacevtska podjetja porabijo skoraj 30 % vsote, namenjene za R & R, za pred klinični razvoj zdravil. Ta zajema sintezo kemične spojine in se nadaljuje s testiranjem, s katerimi predvidijo, da bo zdravilo učinkovito in varno. Izredno veliko število kemičnih spojin je potrebno testirati, da se izloči substanca, ki bi lahko bila omogočila razvoj novega zdravila. Ugodni rezultati vodijo v klinične raziskave, ki se delijo na faze I, II, III in IV:

- V fazi I potekajo raziskave na zdravih prostovoljcih. Strokovnjaki spremljajo, kako se človeško telo odziva na zdravilo.
- V fazi II potekajo raziskave na manjšem številu bolnikov in pridobivajo podatki o optimalnem odmerjanju in najbolj primerni jakosti zdravila.
- V fazi III potekajo raziskave na velikem številu bolnikov (10.000 ali več) in zbirajo podatke o učinkih zdravljenja.

Največji delež denarja pa se porabi za klinične raziskave preden dobi zdravilo dovoljenje za promet. Za raziskave, ki so potrebne po tem, ko je novo zdravilo že pridobilo dovoljenje za promet in so omejene na registrirano indikacijo, farmacevtsko obliko, odmerjanje, način dajanja zdravila in skupino bolnikov za katero je zdravilo registrirano (farmakovigilanca), se porabi okoli 13 % denarja. V tem času se izvajajo tudi raziskave za izboljšanje procesov proizvodnje zdravila, novih oblik zdravila, odmerkov, načinov administracije, širjenja

indikacij, interakcij z drugimi zdravili. Vedno bolj pomembne so tudi farmakoekonomske raziskave. Natančno delitev investicij v R & R prikazuje Slika 4 (EFPIA, 2008, str. 22).

Slika 5: Delitev investicij za R & R novega zdravila po funkcijah



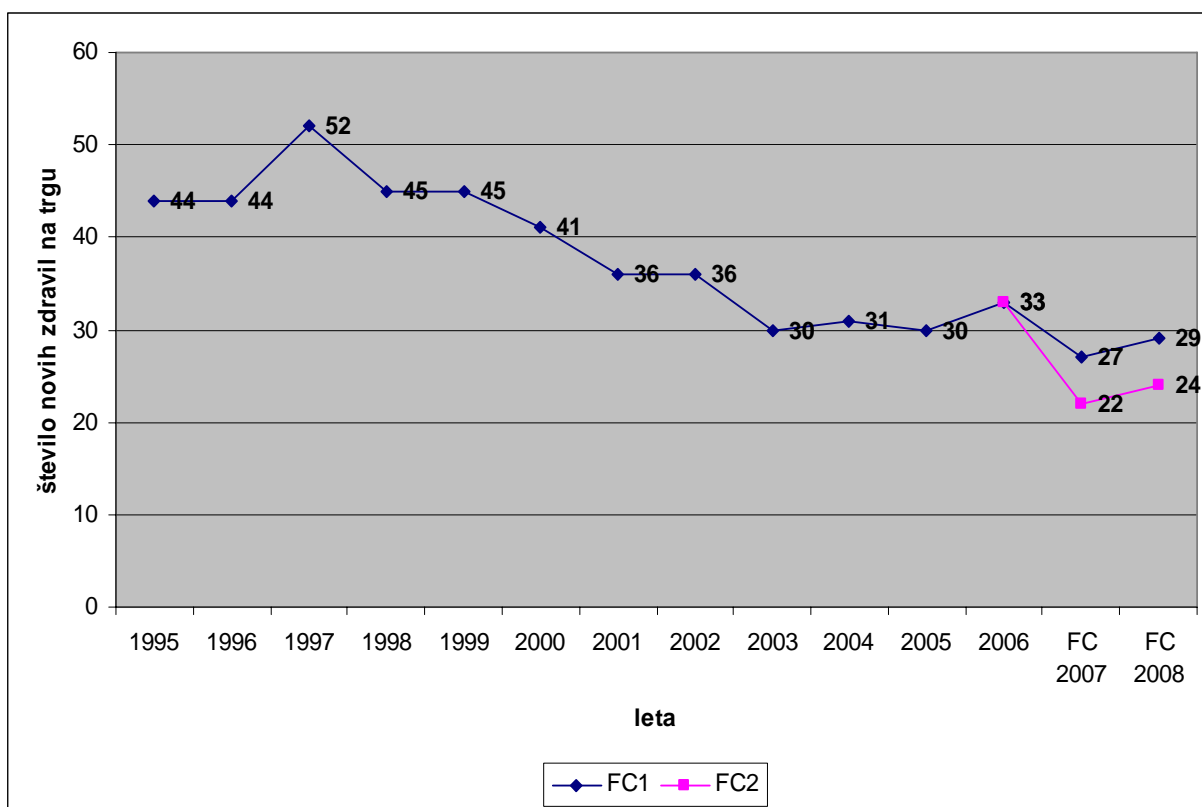
Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition, Allocation of R&D investments by function (%)*, 2008, str. 22

Farmacevtska podjetja, ki želijo optimizirati svoje poslovanje, opravljajo klinične preizkuse v manj razvitih državah Vzhodne Evrope, Azije in Latinske Amerike. Indija je zelo priljubljena država za klinično preizkušanje, ker je izredno gensko raznolika, ima veliko število prebivalcev in med njimi ogromno prostovoljcev in posledično so raziskave bistveno cenejše (Božičević, 2006, str. 27).

Vrednost investicij se večja, posledično pa se število novih zdravil na trgu ne povečuje sorazmerno. Na Sliki 6 vidimo konstantno padanje števila novih zdravil na trgu od leta 1995. Novi produkti na trgu ne morejo kompenzirati izgub zaradi poteka patentnih zaščit za stare produkte, ker jih je premalo.

Tudi diferenciacija med konkurenčnimi produkti je vse manjša. Nova zdravila v isti terapevtski skupini se pogosto pojavijo na trgu istočasno. V preteklosti je med zdravilom, ki je prišlo na trg za zdravljenje določene bolezni in med konkurenčnim zdravilom preteklo veliko let. Prvi beta blokator z generičnim imenom propranolol za nižanje visokega krvnega tlaka je prišel na trg leta 1965. Drugi beta blokator z generičnim imenom metoprolol se mu je pridružil šele leta 1987 (Moss & Schuiling, 2004, str. 56).

Slika 6: Število novih zdravil na trgu od leta 1995 do 2008



Legenda: FC1 (forecast one) – optimistična napoved za število novih zdravil na trgu in FC2 (forecast two) – manj optimistična napoved podjetja IMS

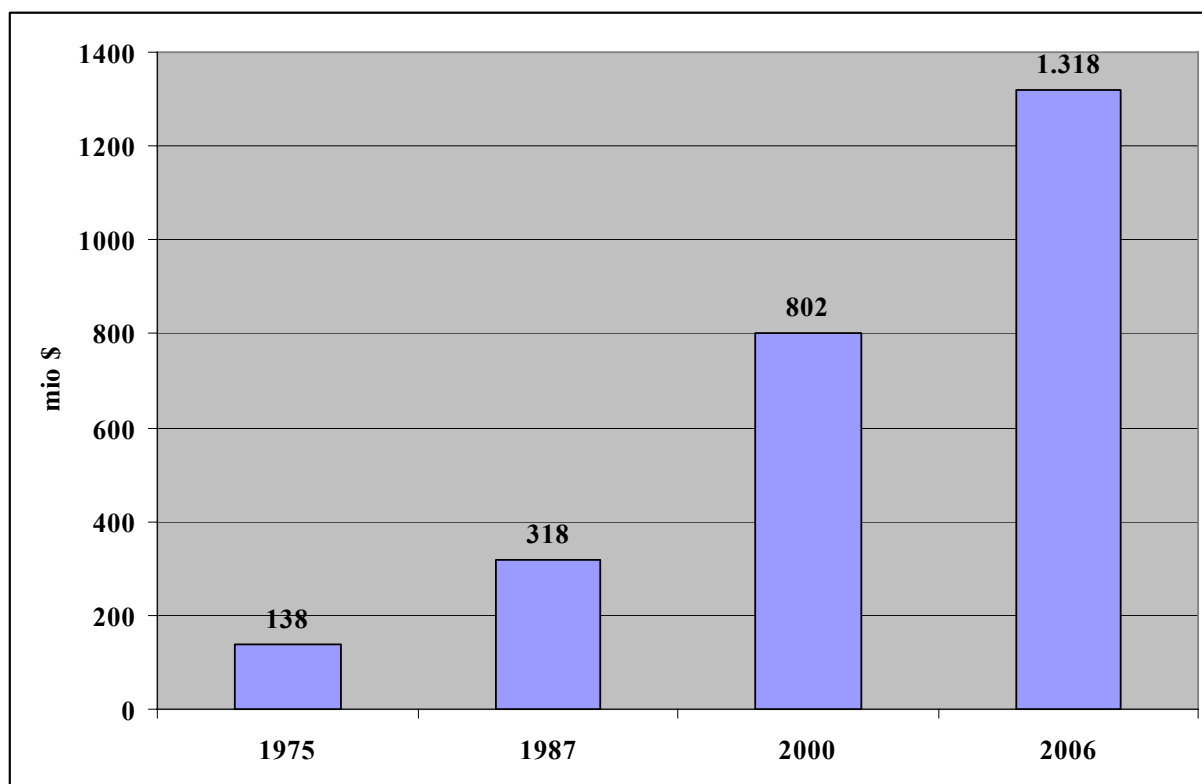
Vir: IMS 2008 Global Pharmaceutical Market Forecast, 2008

Poslanstvo vsake investicije v R & R je odkriti učinkovito in varno novo zdravilo, ki bo na trgu prodajna uspešnica. Najboljša možna globalna prodaja je potrebna, da se pokrijejo stroški investicij, reinvestira v nov projekt in pridobi dostojen dobiček (Pharma's global karma, 2006, str. 5).

V svetovno znanem časopisu The Wall Street Journal navajajo, da je FDA v letu 2007 odobrila 19 novih zdravil. To je najnižja številka v zadnjih štiriindvajsetih letih in bistveno nižja od najbolj pesimistične napovedi podjetja IMS (Shambora, 2008, str. 1, IMS, 2008). Ker imajo farmacevtska podjetja vse manj novih inovativnih zdravil, se trudijo z vzdrževanjem in podaljševanjem krivulje življenjskega ciklusa obstoječih zdravil. Z izboljševanjem izdelka, kombiniranjem z drugimi zdravili, iskanjem novih indikacij, pakiranjem in podobno jim omogoča podaljševanje patentne zaščite. S tem pridobivajo nove segmente bolnikov ter izboljšujejo vrednost zdravila.

Stroški odkritja novega zdravila so skoraj nemerljivi in negotovi. Ocene različnih virov se razlikujejo, a dejstvo je, da so stroški, ki nastajajo v različnih fazah raziskovanja in razvoja novega zdravila zelo veliki in naraščajo. Slika 7 prikazuje pričakovane stroške za razvoj novega zdravila od leta 1975 do leta 2006. Leta 2006 so pričakovani stroški za razvoj novega zdravila že krepko preseglji eno milijardo dolarjev (EFPIA, 2008, str. 21).

Slika 7: Pričakovani stroški za razvoj novega zdravila od leta 1975 do 2006



Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition*, 2008, str. 21

### 1.2.3 INOVATIVNA IN GENERIČNA ZDRAVILA

Inovativna zdravila predstavljajo po evropski regulativi zdravila, za katera predlagatelj pridobi dovoljenje za promet na podlagi popolne dokumentacije. Dokumentacija je izredno obsežna, kajti zajema popolne informacije o splošnih, farmacevtsko-kemičnih, bioloških in mikrobioloških, farmakološko-toksikoloških in kliničnih značilnostih zdravila (Špringer, 2007). Raziskave, razvoj in proizvodnja inovativnega zdravila so dolgotrajne, zahtevajo velika finančna vlaganja in so izredno tvegana (EFPIA, 2007, str. 18, Berkow, 2000, str. 53).

Iznajditelji oziroma odkritelji novo zdravilo zaščitijo. Patentna zaščita traja 12 let in v tem času ga druga farmacevtska podjetja ne smejo izdelovati in prodajati. Patentna zaščita je v bistvu ekskluzivna pravica do proizvodnje in prodaje zdravila. Izoblikovali so se različni tipi zaščit (patentov), ki omogočajo izkoriščanja novega izuma za določeno dobo, v kateri naj bi se investicija povrnila. Ker se ponavadi učinkovine zaščitijo že v začetku, lahko mine že več kot polovica časa, preden pride zdravilo na trg. Nato ostane farmacevtskim podjetjem le še nekaj let, da izkoristijo monopolni položaj in si ustvarijo primerne rente. Po prenehanju patentne zaščite lahko zdravilno učinkovino in zdravilo proizvajajo in tržijo tudi druga farmacevtska podjetja kot generično zdravilo (Berkow, 2000, str. 28).

Definicije za generično zdravilo se lahko razlikujejo, zato naj navedem definicijo generičnega zdravila v Sloveniji, ki je zakonsko določena. Generično zdravilo je zdravilo, ki ima enako kakovostno in količinsko sestavo, učinkovine in farmacevtsko obliko kakor referenčno

zdravilo in čigar bioekvivalenca z referenčnim izdelkom je dokazana z ustreznimi študijami biološke uporabnosti (Zakon o zdravilih, 2006, 6. člen).

Bioekvivalenčne raziskave opravljajo proizvajalci generičnih zdravil na majhnem številu zdravih prostovoljcev (od 15 do 50) in ugotavljajo ali so procesi sproščanja, absorpcije, porazdeljevanja, presnove in izločanja generičnega zdravila podobni kot pri originalnem zdravilu. Za enako se smatra, če v teh raziskavah ne odstopa za več kot 20 %. Proučuje se farmakokinetika in ne farmakodinamika, ki pa opisuje in proučuje mehanizme delovanja določenega zdravila oziroma učinkovine v organizmu ter učinke, ki jih dosega. Razlike torej obstajajo med originalnimi in generičnimi zdravili, kot med serijami zdravil istega proizvajalca in med zdravili različnih proizvajalcev (Berkow, 2000, str. 53-54).

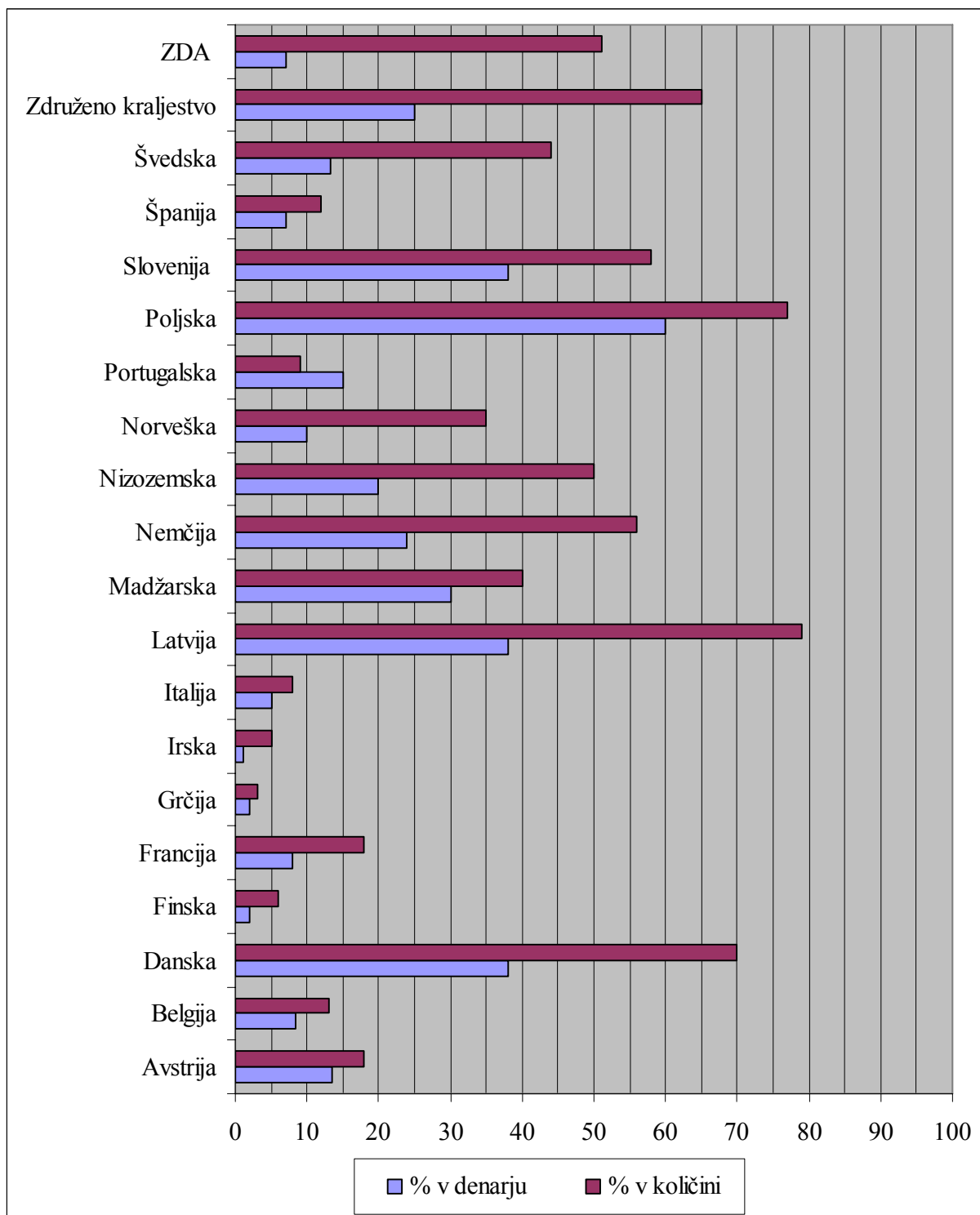
Mnenja strokovnjakov glede učinkovitosti in varnosti originalnih in generičnih zdravil, so deljena. Nekdanja direktorica Urada RS za zdravila Nada Irgolič meni: »Izraz generično pomeni cenejšo kopirano različico dobro znanega in široko uporabljanega zdravila. Generično zdravilo lahko proizvaja več konkurenčnih proizvajalcev, zato so lahko ta zdravila tudi več izvorna. Obe vrsti zdravil morata imeti po Zakonu o zdravilih in medicinskih pripomočkih enako sestavo in količino učinkovine v enaki farmacevtski obliki. Učinkovina v obeh zdravilih ni ista, mora pa biti enaka. Učinkovino samo navadno izdeluje več proizvajalcev, ki uporabljajo za to različne postopke. To pa ima lahko za posledico različen nabor nečistoč, ali pa razlike v delovanju in stabilnosti zdravila. Na delovanje zdravila vplivajo poleg učinkovine, ki je lahko različnega porekla in kakovosti, tudi ostale sestavine zdravila, njihova kakovost, sam tehnološki postopek izdelave zdravila in ne nazadnje imajo precejšen pomen tudi enkratne značilnosti vsakega posameznega bolnika.« (Gjura-Kaloper, 2004, str. 12)

Izguba patentne zaščite je problem, ki povzroča veliko škode proizvajalcem inovativnih zdravil. V preteklosti so firme po izgubi patentne zaščite v letu, ki je sledilo, še vedno obdržale 60 % prodaje. V devetdesetih letih se je ta številka zmanjšala na 40 % in se nenehno manjša. Vzrok je v večjem razmahu farmacevtske industrije, ki proizvaja generična zdravila, v pritiskih zdravstvenih sistemov na zmanjšanje stroškov in v starajoči populaciji (Moss & Schuiling, 2004, str. 56).

V Evropi obstajajo velike razlike med posameznimi državami glede količine uporabljenih generičnih zdravil in tudi vrednosti, ki jih dosegajo, kar prikazuje Slika 8. Pri posamezni državi je v prvi vrstici prikazan tržni delež predpisanih generičnih zdravil v količini in v drugi vrstici delež, ki ga dosegajo v denarju. Države z veliko porabo generičnih zdravil po nizki ceni so: Švedska, Norveška, Nizozemska, Nemčija. Na drugi strani izstopajo države, ki porabijo veliko generičnih zdravil po visoki ceni. V to skupino skupaj s Poljsko, Madžarsko, Latvijo spada tudi Slovenija. Slovenija je država z izredno visoko porabo generičnih zdravil. V letu 2006 je bilo 58 % od vseh predpisanih zdravil generičnih, za kar je bilo porabljeno 38 % celotne vsote denarja, namenjenega za zdravila (EFPIA, 2007, str. 12, Alva, 2008, str. 1,2, IMS, 2008, EGA, 2007).

Cene generičnih zdravil v Evropi so bistveno višje kot v ZDA. V ZDA je uporabljen večji delež generičnih zdravil kot v Evropi. K temu prispevajo gibanja porabnikov, ki kritizirajo trženje farmacevtske industrije, povečujejo vključevanje v skrb za zdravje, zahtevajo večji nadzor od FDA nad dogajanjem v farmacevtski industriji in zahtevajo boljšo dostopnost do zdravil (Holdford, 2005, str. 388, 389).

Slika 8: Tržni deleži generičnih zdravil izražen v količini in vrednosti v posameznih Evropskih državah leta 2006 in v ZDA leta 2003



Vir: prirejeno po EGA, *Generic Market Shares: Selected European Countries 2006, 2007*

Od leta 2001, ko je svoj vzpon doživela generična industrija v ZDA, je delež predpisanih generičnih zdravil zrasel iz 47 % na 65%. Do leta 2012 naj bi 15 do 18 milijard dolarjev vredna originalna zdravila na leto ostala brez patentne zaščite. To pomeni zlato dobo za proizvajalce generičnih zdravil.

Pri proizvodnji generičnih zdravil morajo zagotoviti enako kvaliteto, dozo, čistost in stabilnost aktivne učinkovine kot je pri originalnem zdravilu. Potem se smatra, da deluje na isti način kot originalno zdravilo, kljub temu, da ne obstajajo za to klinični dokazi. Stroški za generična zdravila so bistveno nižji, ker ne potrebujejo ogromne vsote denarja za R & R inovativnih zdravil in trženje. V ZDA dobi generični proizvajalec, ki pride prvi na trg, 180 dni ekskluzivnih prodajnih pravic. Proizvajalke generičnih zdravil se, da pridejo do te pravice, vedno bolj poslužujejo sodnih poti za razveljavitev patentne zaščite. V času ekskluzivnih pravic so zaslužki visoki, kajti cene so le za 10 do 20 % nižje od originalnih zdravil. Kasneje lahko cene padejo za 70 % (Alva, 2008).

O patentni zaščiti zdravil obstajata dve nasprotujoči si mnenji:

➤ farmacevtska podjetja, ki proizvajajo inovativna zdravila želijo, da se ojača patentna zaščita novih zdravil, omogoči svoboda pri obveščanju in izobraževanju zdravstvenih delavcev in javnosti in omeji vmešavanje vlade. Temu mnenju se pridružujejo tudi investitorji v to panogo.

➤ nasprotno mnenje pa ustvarja skupina, ki se zavzema za zmanjševanje nagrad za inovacije, regulacijo cen zdravil in zmanjšano porabo za trženje. Svoje mnenje zagovarjajo z naslednjimi dejstvi: neetičnost služenja na račun trpečih bolnikov, pretirana uporaba zdravil in skrb zaradi velikih izdatkov za zdravila, ki postajajo vedno bolj nedosegljiva (Holdford, 2005, str. 389).

## **1.3 TRG ZDRAVIL**

Promet z Rp zdravili predstavlja 90 % globalnega farmacevtskega dohodka. Poraba za zdravila znaša od 10 do 17 % od celotnega zneska, namenjenega za zdravstvo (Blackett & Harrison, 2001, str. 37).

### **1.3.1 SVETOVNI TRG ZDRAVIL**

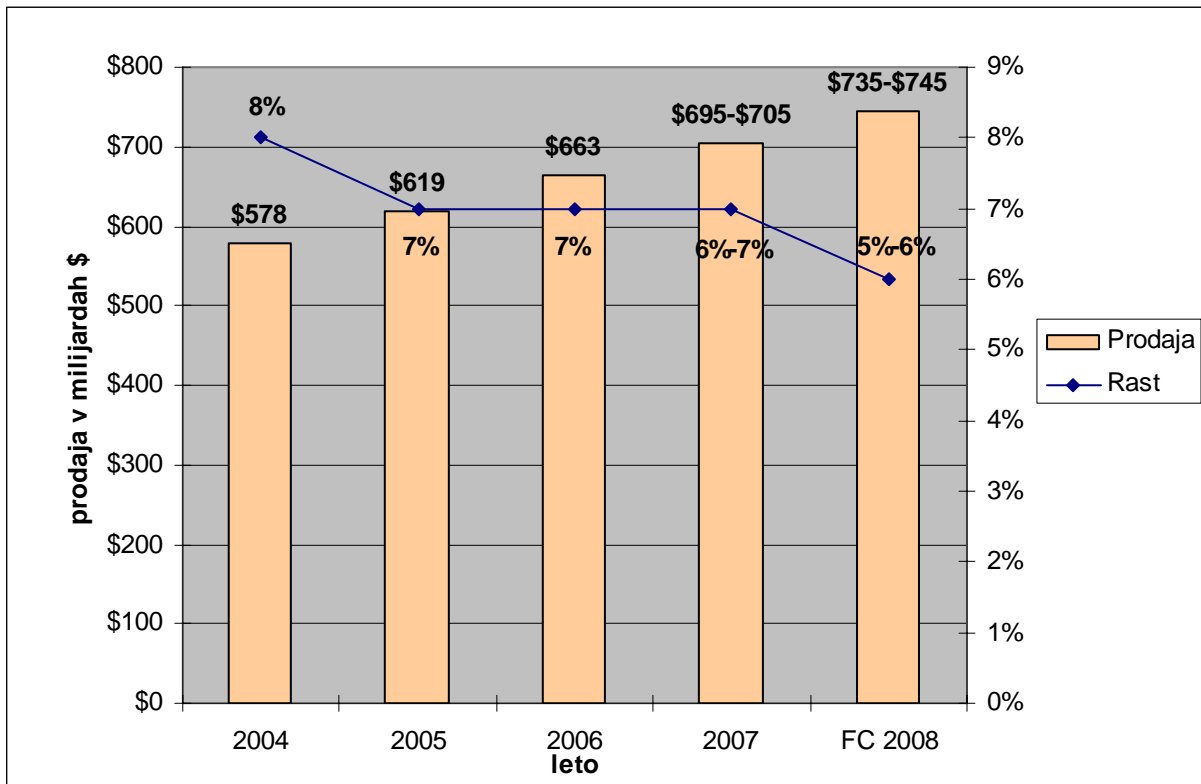
V letu 2007 je trg zdravil znašal 700 milijard dolarjev. Vrednosti prodaje in rasti trga Rp zdravil od leta 2004 do leta 2008 (napoved) so prikazane na Sliki 9. Med leti 1998 in 2003 je rast trga zdravil dosegala 10 % na leto (Goldman, D. P., Jena A. B., Philipson T. & Sun E. O., 2008, str. 122). Leta 2004 je rast znašala 8%. V letih 2005, 2006 in 2007 se je zmanjšala in dosegla 7 % (Alva, 2008; IMS, 2008).

Napovedi za leto 2008 so manj optimistične, pa vendar se pričakuje rast od 5 do 6 %. V ZDA in Evropi se pričakuje rast od 4 do 5 %, na Japonskem pa le 1 do 2 %. Rast v EU bo temeljila predvsem na rasti trga v novih pridruženih članicah (IMS, 2008).

Na razvijajočih trgih zdravil, kamor spadajo Kitajska, Brazilija, Južna Koreja, Indija, Turčija in Rusija, naj bi rast znašala med 12 in 13 %. Z dvomestno rastjo trga zdravil bo Kitajska do leta 2010 postala sedmi največji trg po vrednosti prodaje (IMS, 2008).

Rast prodaje generičnih zdravil je, po podatkih IMS, znašala več kot 7 % v letu 2007. Količina prodanih generičnih zdravil naj bi rasla od 13 do 15%. Prodaja v denarju je nižja in dosega le 20 % od celotnega trga, čeprav dosegajo generična zdravila že 65 % od vseh prodanih zdravil v ZDA (Alva, 2008; IMS, 2008).

Slika 9: Svetovna prodaja farmacevtskih izdelkov in rasti trga od leta 2004 do 2008



Legenda: Rast: predstavlja rast prodaje zdravil glede na predhodno leto  
 FC 2008 - napoved prodaje in rasti za leto 2008

Vir: Ederly, IMS 2008 Global Pharmaceutical Market Forecast, Global sales and growth, 2007, slide št. 5

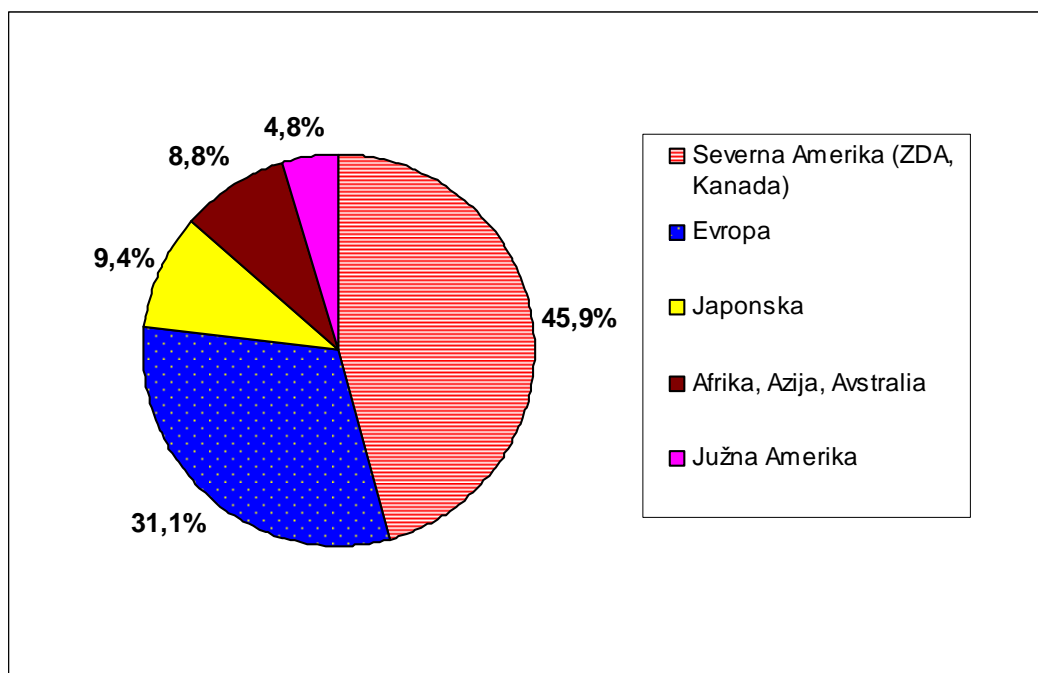
Med dejavnike, ki zmanjšujejo rast trga zdravil sodijo izgube patentov določenih inovativnih zdravil in s tem povezana rast uporabe generičnih zdravil z nižjo ceno, povečan pritisk plačnikov na zmanjševanje porabe denarja za zdravila in omejevanje dostopa do določenih zdravil in upočasnitve pri uvajanju novih inovativnih zdravil, zaradi varnostnih in proceduralnih razlogov (IMS, 2008).

Po podatkih EFPIA (2008, str. 17) Severna Amerika, kamor spadata ZDA in Kanada, predstavlja največji trg oziroma skoraj polovico svetovnega trga. Evropa je na drugem mestu s tretjino svetovnega trga zdravil. Ves preostali svet ne dosega niti ene četrtine, kar je prikazano na Sliki 10. Od tega japonski trg zdravil dosega skoraj 10 %, Afrika, Azija in Avstralija skupaj pa le 8,8 %. Južna Amerika ne dosega niti 5 %.

V ZDA je bila poraba Rp zdravil na bolnika 760 dolarjev v letu 2007 in naj bi dosegla 1.537 dolarjev do leta 2016. Poraba za zdravila na osebo v Srednji in Vzhodni Evropi je približno 100 evrov, v Zahodni pa 3 do 4 krat večja (Alva, 2008, str. 3).



Slika 10: Trg zdravil leta 2007



Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition, 2008, str. 17*

Trg zdravil je leta 2006 po podatkih EFPIA (2008, str. 16) v Evropi znašal 133.350 milijonov evrov. Tabela 4 prikazuje velikost trga zdravil v posameznih državah. Leta 2008 se v Evropi pričakuje rast od 4 do 5 %, ki bo temeljila predvsem na rasti trga v novih pridruženih članicah (IMS, 2008).

Tabela 4: Velikost trga zdravil v Evropi leta 2006

DRŽAVA	mio €	DRŽAVA	mio €
Avstrija	2.544	Malta	80
Belgija	3.684	Madžarska	1.954
Bulgarija	538	Nemčija	24.353
Ciper	177	Nizozemska	4.230
Češka	1.467	Norveška	1.312
Danska	1.685	Poljska	4.009
Estonija	189	Portugalska	3.321
Finska	1.740	Romunija	1.352
Francija	24.353	Slovaška	671
Grčija	4.244	Slovenija	468
Irska	1.706	Španija	12.154
Islandija	ni podatka	Švedska	2.802
Italija	16.472	Švica	2.673
Latva	213	Turčija	ni podatka
Litva	411	Združeno kraljestvo	14.548
<b>SKUPAJ</b>			<b>133.350</b>

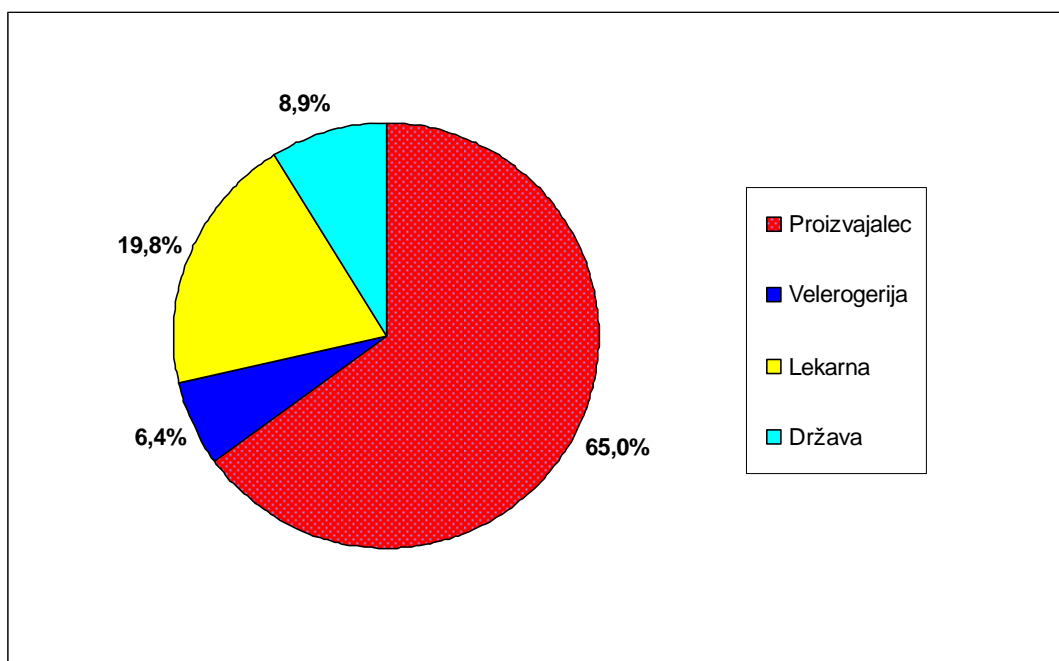
Legenda: trg je ovrednoten po tovarniških cenah in obsega Rp zdravila brez vzorcev in veterinarskih zdravil

Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition, 2008, str. 16*

Slika 11 prikazuje strukturo cen zdravil. V ceni zdravila je zajet del, ki ga dobi proizvajalec, vedrogerist, lekarna in država. V povprečju, približno 35% vrednosti zdravila, ne dobi proizvajalec, ampak se razdeli med vedrogeriste, lekarne in državo (EFPIA, 2008, str. 19).

V EU je določena standardna višina davka na dodano vrednost, ki je 15 % in znižana za določene izdelke in storitve, kamor spadajo zdravila in znaša najmanj 5 %. Odločitev države o višini davka, pa vpliva na ceno zdravil. Najvišji davek na Rp zdravila imata Danska in Norveška, kjer znaša 25 %. Brez davka na Rp zdravila so Ciper, Malta, Švedska in Velika Britanija. V Sloveniji je davek na dodano vrednost pri vseh zdravilih enoten in znaša 8,5 % (EFPIA, 2008, str. 19).

Slika 11: Struktura cen zdravil



Vir: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition, 2008, str. 19*

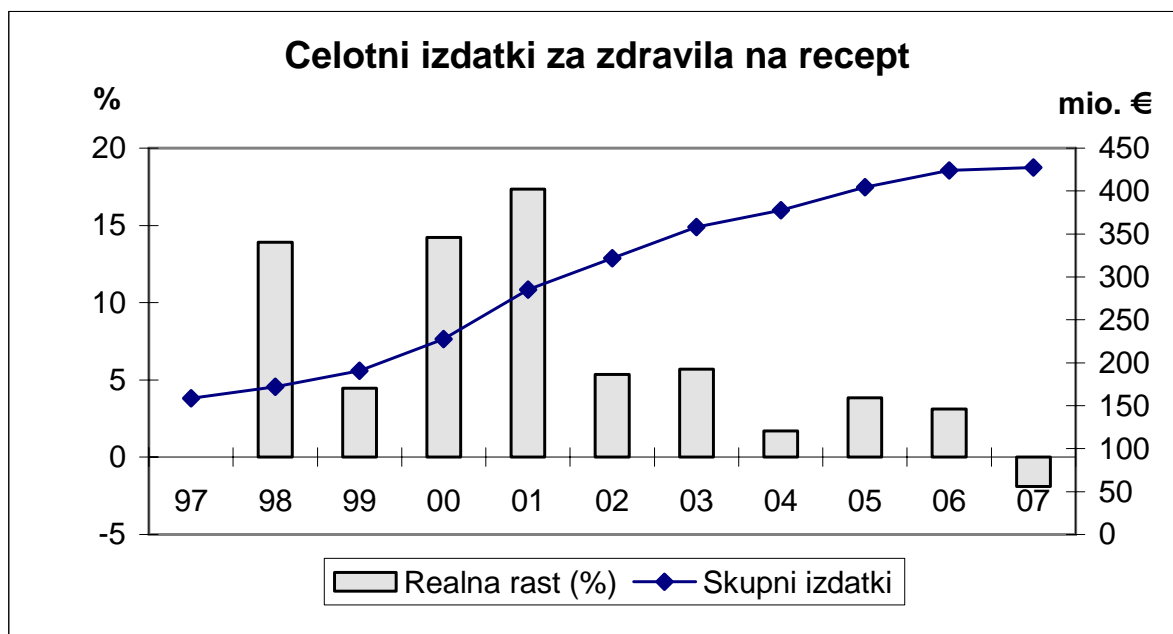
Zaradi cenovnih pritiskov postaja cena zdravila vse pomembnejši dejavnik. Cenovna politika oblikovanja cen se po različnih državah izredno razlikuje. V EU so cene zdravil regulirane, določajo se smernice zdravljenja, kjer naj bi bila združena tako optimalno zdravljenje kot cena (Vrhovnik, 2005, str. 15, Zajec, 2008, str. 2).

V EU vsaka država sama odloča, po pridobitvi dovoljenja za promet, kdaj bo novo zdravilo prišlo na trg. Zdravila razvrščajo v sistem, financiran iz javnih sredstev, ali določijo delež, ki se bo pokrival iz sistema javnega zdravstva. Države individualno tudi določajo cene, po katerih bodo zdravila naprodaj. Presojajo, za kakšne indikacije bodo zdravniki nova zdravila lahko predpisovali. Na ravni EU je bila predstavljena zamisel o usklajevanju in bolj povezanem ravnanju med organi, ki so v članicah pristojni za zdravila (*v nadaljevanju organi*). S tem naj bi se povečala preglednost nad cenami zdravil, odločitvami o plačilu iz javnih sredstev, o hitrosti vključevanja inovativnih zdravil v programe zdravstvenega varstva. Organi bi postali učinkovitejši zaradi boljše povezanosti (Zajec, 2008, str. 2).

### 1.3.2 TRG ZDRAVIL V SLOVENIJI

Leta 2007 je trg zdravil znašal 427 milijonov evrov (lekarniška prodaja, kjer so zajeti izdatki za lekarne in DDV). Slika 12 prikazuje izdatke in rasti izdatkov za zdravila za časovno obdobje desetih let. Poraba zdravil se nenehno povečuje (Fürst, 2008, str.1).

Slika 12: Celotni izdatki za Rp zdravila s pozitivne in vmesne liste in odgovarjajoče realne rasti



Vir: Fürst, Poročilo ZZZS o področju zdravil, 2008, str. 4

Vzrok naraščanja porabe zdravil je v povečevanju potreb po zdravljenju z zdravili zaradi staranja prebivalstva, intenzivnejšega odkrivanja bolezenskih stanj in terapevtskih smernic, ki zajemajo novejši terapevtske pristope, številna nova in dražja zdravila (Fürst & Samaluk, 2007, str. 492).

V Tabeli 5 je zajet natančen prikaz podatkov o zdravilih, predpisanih v letih 2006 in 2007. Odhodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (*v nadaljevanju OZZ*), ki jih krije ZZZS, so znašali 293 v letu 2006 in 274 milijonov evrov v letu 2007. V letu 2007 se je poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih, zvišala za 8 %. Povečalo se je število receptov in število pakiranj na prebivalca. Poraba na prebivalca iz javnih sredstev je znašala 136 evrov in je bila za 7 % nižja kot v predhodnem letu. Vsi izdatki za Rp zdravila pa so znašali 212 evrov na prebivalca.

Poraba v letu 2007 je bila za 19 milijonov evrov oziroma za 9,8 % realno manjša kot v letu poprej. Za tem podatkom stoji več vzrokov: zamik plačilnega roka iz 15 dni na 30 dni ter nižje cene zdravil na podlagi pozitivnih učinkov Pravilnika o cenah zdravil za uporabo v humani medicini, uspešna pogajanja s proizvajalci zdravil, ne razvrščanja zdravil na liste in izvajanje sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo. Dne 20. 6. 2003 je bil objavljen Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil v humani medicini (Uradni list RS, št. 59/2003), ki omogoča bolnikom, da dobijo samo najcenejše zdravilo iz Seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo (*v nadaljevanju Seznama*), brez doplačila. Zdravila iz Seznama določa pristojna komisija za

zdravila. Ob uvedbi leta 2003 je vseboval 26 učinkovin in 148 zdravil. Do leta 2007 je na Seznam bilo uvrščenih 55 učinkovin oziroma 385 zdravil (Šišić, 2006, str. 25, Fürst, 2008, str. 1).

Tabela 5: Podatki o Rp zdravilih v Sloveniji leta 2006 in 2007

	2006	2007	2007/6
Št. zdravil za ambulantno predpisovanje (št. učinkovin)	1801 (584)	1839 (583)	102 (100)
Št. zdravil na pozitivni listi (št. učinkovin)	1220 (404)	1275 (403)	105 (100)
Št. zdravil na vmesni listi (št. učinkovin)	385 (153)	413 (158)	107 (103)
Skupno število predpisanih receptov	14.748.476	15.506.582	105
Št. receptov s pozitivne liste (delež v %)	10.608.019 (68)	11.098.121 (72)	105
Št. receptov z vmesne liste (delež v %)	3.283.209 (22)	3.437.757 (22)	105
Število receptov na prebivalca*	7,3	7,7	105
Št. pakiranj na prebivalca*	16,3	17,0	104
Poraba zdravil (v DDD)	747.840.881	826.572.440	108
Vsa zdravila na recept** (€)	424.058.076	427.418.109	101
Izdatki obveznega zavarovanja za zdravila*** (€)	293.455.451	274.342.329	93
Izdatki za vsa zdravila na recept na prebivalca*(€)	211	212	100
Izdatki OZZ za zdravila na prebivalca* (€)	146	136	93
Delež generikov v vrednosti (%)	34,4	31,3	91
Delež generikov v porabi (% DDD)	50,3	/	/
Magistralna zdravila (€)**	5.176.478	6.771.139	131

Legenda: DDD=definirani dnevni odmerek

\* Stanje prebivalcev na dan 30. 6. 2006 oz. 2007

\*\*Vrednost obveznega in prostovoljnih zavarovanj ter samoplačniških receptov

\*\*\* Vrednost zdravil in lekarniške dejavnosti

Vir: Fürst, Poročilo ZZZS o področju zdravil, 2008, str. 1

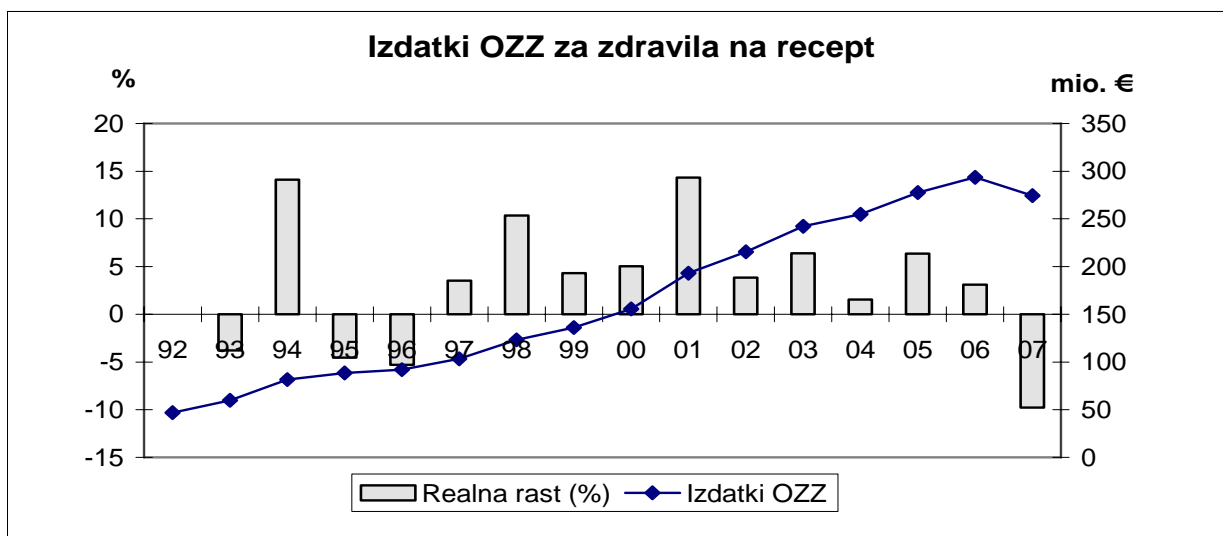
Namen Seznama je vzpodbuditi proizvajalce zdravil, da z nižanjem cen svojim zdravilom pridejo pod mejo najvišje priznane vrednosti, kajti le tako ostanejo v konkurenčnem boju z ostalimi proizvajalci zdravil z isto učinkovino. V praksi se je namreč pokazalo, da bolniki v Sloveniji niso pripravljeni doplačevati za zdravila.

Prihranki iz naslova Seznama so pridobljeni na račun nižanja cen originalnim zdravilom. Iz Slike 8 razberemo, da porabimo v Sloveniji veliko količino generičnih zdravil in zanje plačujemo visoko ceno. Na to dejstvo so opozorili direktorja ZZZS Sama Fakina tudi iz Inštituta za ekonomske raziskave v zdravstvu (INEHRC). Omenili so, da pavšalno določanje cen zdravil pomeni subvencioniranje generičnih zdravil na račun inovativnih in da je potrebno pri razvrščanju zdravil na liste uvesti ocenjevanje ekonomske učinkovitosti in upravičenosti financiranja in ne samo upoštevati ceno zdravila (Smrekar, 2007, str. 4-5).

Po mnenju ministrice za zdravje Zofije Mazej Kukovič so manjše države v podrejenem položaju v primerjavi s farmacevtskimi podjetji glede oblikovanja cen, predvsem pri zdravilih, ki se prodajajo v manjših količinah (Zajec, 2008, str. 2).

Izdatki na trgu zdravil od leta 1992 do leta 2007, ki se plačujejo iz OZZ in dejanske rasti na trgu zdravil, so prikazani na Sliki 13.

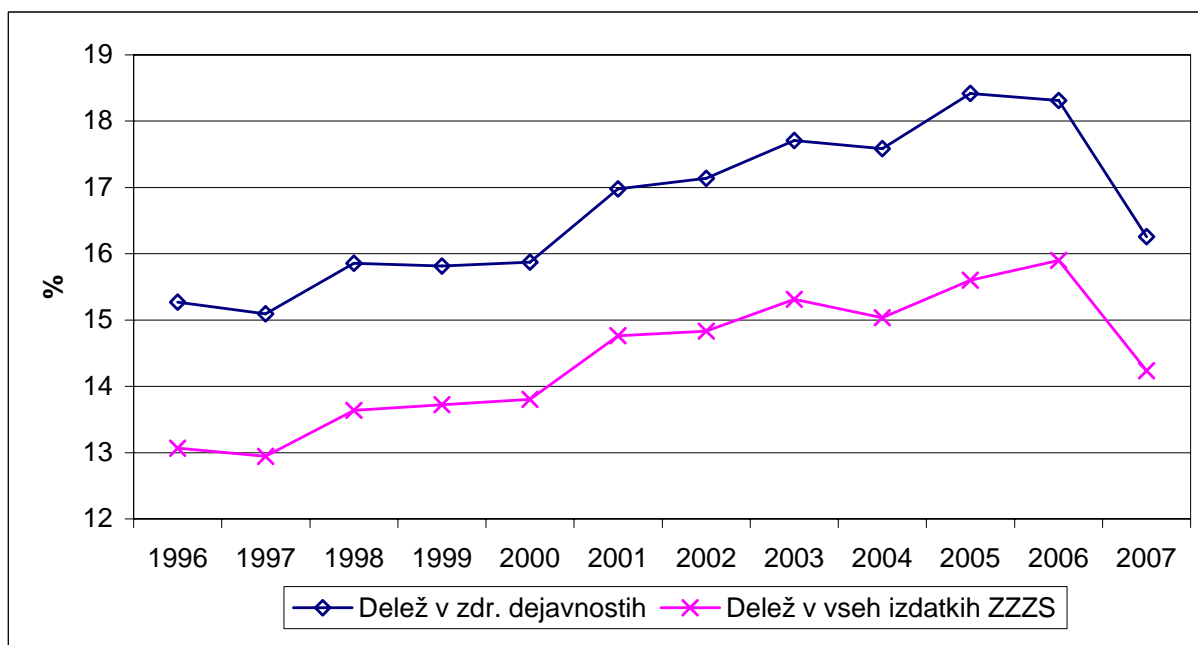
Slika 13: Izdatki OZZ za Rp zdravila in odgovarjajoče realne rasti



Vir: Fürst, Poročilo ZZZS o področju zdravil, 2008, str. 4

Poraba za zdravila v razvitem svetu znaša od 10 do 17 % od celotnega zneska, namenjenega za zdravstvene dejavnosti. V Sloveniji je leta 2007 ta delež znašal 14,2 % (upoštevani so vsi izdatki ZZZS, tudi nadomestila odsotnosti z dela in delo ZZZS). Če upoštevamo izdatke ZZZS le za zdravstvene dejavnosti, pa je ta delež znašal 16,3 %. Izdatki za zdravila so naraščali od leta 1997 do 2006, ko so narasli do 16 %, kot kaže Slika 14. V letu 2007 je viden padeč na prej omenjenih 14,2 %. Povprečna realna rast od leta 2003 do leta 2007 je znašala 1,5 % (Fürst, 2008, str. 1).

Slika 14: Delež izdatkov za zdravila med izdatki ZZZS



Vir: Fürst, Poročilo ZZZS o področju zdravil, 2008, str. 2

## 1.4 TRŽENJE V FARMACEVTSKI INDUSTRIJI

Osrednji element trženja v farmacevtski industriji je zdravilo. Trženje farmacevtskih izdelkov je odločilnega pomena tako iz ekonomskega vidika farmacevtskih podjetij kot za blagostanje celotne družbe. Farmacevtska podjetja morajo trženjski splet prilagoditi pričakovanjem, željam in zahtevam porabnikov (Campo et al., 2005, str. 74). Razlika med trgom farmacevtskih izdelkov in ostalimi trgi je v specifičnosti nakupnega procesa. Zdravnik je tisti, ki izbira med alternativnimi možnostmi zdravil, bolnik pa zdravilo jemlje in plača. V tem procesu je težko določiti porabnika. Zdravnikova vloga posrednika je izredno pomembna. Z gledišča farmacevtskih podjetij so zdravniki porabniki, ker so ključni "odločevalci" pri izbiri Rp zdravil in so središče vseh trženjskih aktivnosti, za kar namenjajo večino denarja namenjenega trženju zdravil (Gönül et al., 2001).

Farmacevtska industrija je ena najbolj dobičkonosnih panog (Simons, 2007). Rast prodaje v farmacevtskih podjetjih v zadnjih dveh desetletjih je bila dvomestna. Farmacevtska podjetja, ki še vedno stremijo k rezultatom iz preteklosti, ugotavljajo, da preprosto povzemanje obstoječih trženjskih pristopov, modelov in tehnik iz drugih panog, ni več zadovoljivo in zadostno zagotovilo za uspeh (Manchanda et al., 2005, str. 294). Tudi v farmacevtski industriji se pojavlja vedno večje število raziskav, ki ugotavljajo, kako vplivajo določene trženjske aktivnosti na prodajo. Rezultati vplivajo na oblikovanje trženjskih aktivnosti (Manchanda & Pradeep, 2004, str. 129).

V obstoječih pogojih poslovanja bi morale vse trženjske aktivnosti dajati merljive rezultate. Zelo malo tržnikov v farmacevtskih podjetjih zna natančno napovedati ali bodo njihove aktivnosti zvišale ali znižale tržni delež in za koliko. Kateri elementi trženjskih aktivnosti (osebna prodaja strokovnih sodelavcev, oglasi v revijah, programi za mnenjske vodje, direktna pošta, aktivnosti preko elektronskih medijev) so direktno vplivali ter koliko in kateri vidik trenutnega programa je v resnici imel vpliv na tržni delež (Bates & Bailey, 2003, str. 145). Manchanda in Honka (2005, str. 785) navajata, da farmacevtska podjetja porabijo za trženje več kot katera koli druga panoga v ZDA.

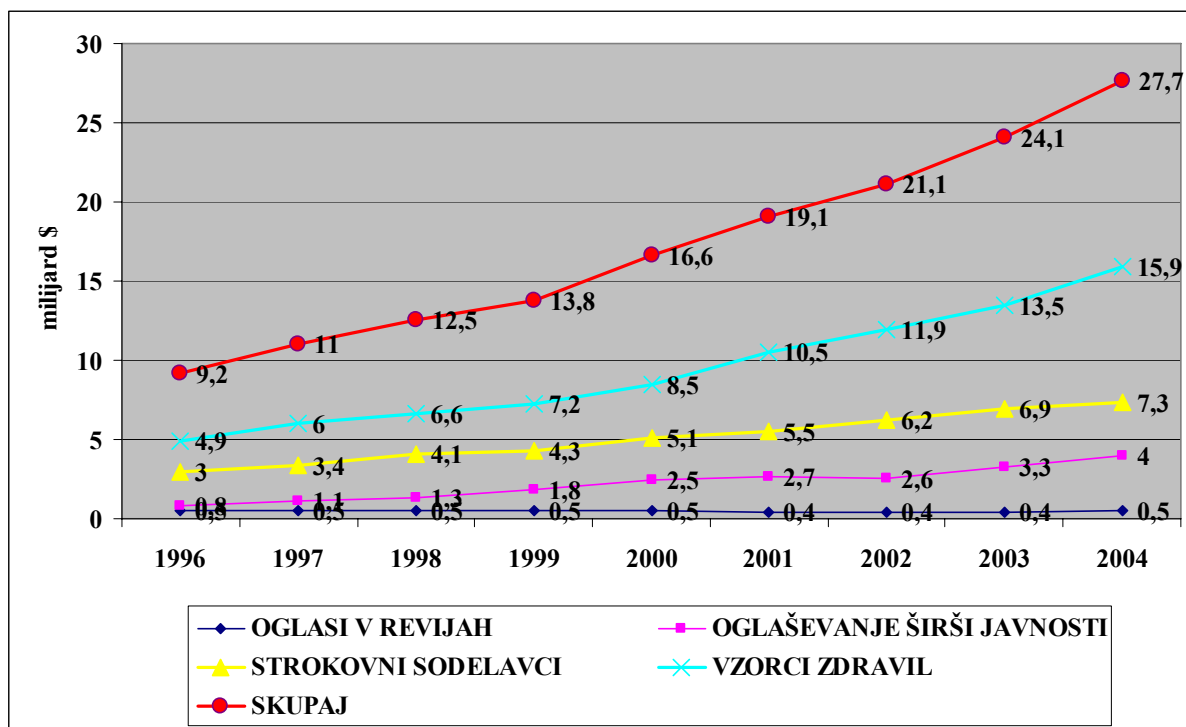
Poraba denarja farmacevtskih podjetij za trženje nenehno narašča. Kolikšni so zneski, ki jih porabijo za trženje, pa so zgolj ugibanja, ker v ZDA ni niti vladnih služb, ki bi zbirale te podatke, niti ni nekomercialnih virov. Farmacevtski industriji je v interesu, da se ustvarja podoba industrije, ki namenja ogromno denarja v R & R, je inovativna in rešuje življenja bolnim ljudem. Kritiki opisujejo farmacevtsko industrijo kot dobičcarsko in oderuško, kar je posledica trženja. Pomanjkanje zanesljivih podatkov dopušča obema stranema, da se razprava nadaljuje in obe strani prikazujeta različne podatke (Gagnon & Lexchin, 2008, str. 29).

Slika 15 prikazuje porabo denarja za trženje od leta 1996 do leta 2004, po podatkih podjetja IMS. Skupna poraba je razdeljena na štiri trženjske aktivnosti: strokovni sodelavci, ki tržijo zdravila direktno zdravnikom in farmacevtom, vzorci zdravil, ki jih strokovni sodelavci dajejo zdravnikom v ordinacijah, oglasi v medicinskih revijah in oglaševanje širši javnosti oziroma potencialnim porabnikom zdravil. Leta 2004 je bilo za trženje porabljeno že skoraj 28 milijard dolarjev (Kaiser family foundation, 2006). Istega leta so za investicije v R & R, po podatkih EFPIA (2008, str. 23), namenili 29,6 milijarde dolarjev

Podjetje IMS je specializirano za pridobivanje podatkov iz farmacevtskega trga in se smatra za referenco o porabi denarja za trženje. Dolgo časa je bilo edino podjetje, ki je zbiralo te informacije. Pridobijo jih od farmacevtskih podjetij. IMS sledi 90 % predpisanih zdravil v

ZDA. Sledi enemu milijonu farmacevtskih izdelkov od več kot 3.000 aktivnih proizvajalcev zdravil. Na temelju teh podatkov deluje tudi Farmacevtsko združenje raziskovalcev in proizvajalcev zdravil v ZDA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America - PhRMA (v nadaljevanju PhRMA), ki je najmočnejša lobistična organizacija farmacevtske industrije v ZDA. Borijo se za prepričanje, da farmacevtska podjetja namenjajo več denarja za R & R kot za trženje.

Slika 15: Poraba denarja za trženje v farmacevtskih podjetjih v ZDA od leta 1996 do 2004



Vir: Kaiser family foundation, Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, 2006

Gagnon in Lexchin (2008, str. 29-33) sta opravila primerjavo podatkov podjetja IMS in CAM in na podlagi teh podatkov postavila novo oceno denarja, ki ga farmacevtska podjetja namenijo trženju v ZDA (Tabela 6). Osredotočila sta se samo na ZDA, ker predstavlja svetovno največji trg in od koder prihaja največ dosegljivih podatkov.

Podjetje CAM, ki se ukvarja z raziskavami trga, je bilo ustanovljeno 2003. Podatke pridobivajo od zdravnikov. Letni vzorec zajema 2000 zdravnikov splošne prakse in 4.800 specialistov. Te podatke primerjajo z internimi podatki, pridobljenimi od predstavnikov številnih farmacevtskih podjetij. Leta 2005 je podjetje CAM prevzela družba Cegedim Group.

Statistično značilna razlika se pojavi pri podatkih o stroških strokovnih sodelavcev. IMS navaja 7,3 milijarde dolarjev in CAM 20,4. Podatek CAM zajema celotne stroške strokovnih sodelavcev, ne samo plačo, nagrade in potne stroške, temveč tudi stroške regijskih menedžerjev, izobraževanja, stroške promocijskih materialov. Razlika je tudi pri vrednotenju vzorcev. IMS uporablja podatke, ki mu jih zagotavlja 90 % sledljivost farmacevtskih transakcij in s sledenjem zdravil neposredno od proizvajalcev in jih vrednoti po maloprodajnih cenah. Gagnon in Lexchin (2008, str. 31) sta prepričana, da je podatek 15,9 milijard dolarjev točnejši in sta ga uporabila pri določanju nove ocene stroškov za trženje. Po

pregledu podatkov sta prišla do zaključka, da so farmacevtska podjetja v letu 2004 namenila 57,5 milijard dolarjev za trženje. Prepričana sta, da tudi ta znesek ni popoln. Menita, da obstajajo še druge oblike trženja, kot so pisanje govorov za druge, ilegalna promocija zdravil za indikacije, ki niso odobrene in podobno, katerih stroški niso zajeti niti med podatki IMS niti CAM.

Tabela 6: Izdatki za trženje v ZDA leta 2004

VRSTA TRŽENJA	IMS (milijard \$)	CAM (milijard \$)	Nova ocena (milijard \$)	% od celote
Vzorci	15,9	6,3	15,9 (IMS)	27,7
Strokovni sodelavci	7,3	20,4	20,4 (CAM)	35,5
Oglaševanje širši javnosti	4	4	4 (CMR)	7
Strokovna srečanja	n.p.	2	2 (CAM)	3,5
E-oglaševanje, pošta, klinične raziskave	n.p.	0,3	0,3 (CAM)	0,5
Oglaševanje v revijah	0,5	0,5	0,5 (CAM/IMS)	0,9
Ostalo (ocena)	n.p.	14,4	14,4 (CAM)	25
<b>SKUPAJ</b>	<b>27,7</b>	<b>47,9</b>	<b>57,5</b>	<b>100</b>

Legenda: podjetji (IMS in CAM) sta za vrednosti izdatkov za oglaševanje širši javnosti uporabili podatke podjetja CMR (media intelligence company), ki nudi informacije o medijih

Vir: Gagnon & Lexchin, PLOS Medicine, The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States, 2008, str. 30

Do podobnih ugotovitev prihajajo tudi drugi avtorji. Manchanda in sodelavci (2005, str. 294) navajajo, da devet najmočnejših farmacevtskih podjetij porabi za trženje 2,5 krat več kot za R & R, kljub temu, da so inovacije ključnega pomena.

## 2. VEDENJE ZDRAVNIKOV PRI PREDPISOVANJU ZDRAVIL NA RECEPT

Zakon o zdravniški službi (2006) v 1. in 3. členu navaja, da je zdravnik temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti. Pri sprejemanju strokovnih odločitev je neodvisen. Način zdravljenja izbere svobodno, ki je v danih okoliščinah najprimernejši. Pri svojem delu se mora ravnati po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah. V zakonu o zdravstveni dejavnosti (2004) pa je poudarjeno, da zdravnik svoje delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen, opravlja samostojno. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Motiv dela zdravnika je izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in s tem kakovosti življenja. Dela v korist bolnika in s tem za lastno varnost v danih okoliščinah, ob trenutnih možnostih, po lastnih zmožnostih in znanju. Da lahko izbere odgovarjajoče zdravljenje mora najprej postaviti diagnozo. S pomočjo anamneze in klinične slike lahko postavi diagnozo takoj ali pa mora pridobiti dodatne podatke z dodatnimi diagnostičnimi postopki ali bolnika poslati k specialistom. Na podlagi diagnoze se zdravnik odloči za zdravljenje. Zelo pogosto



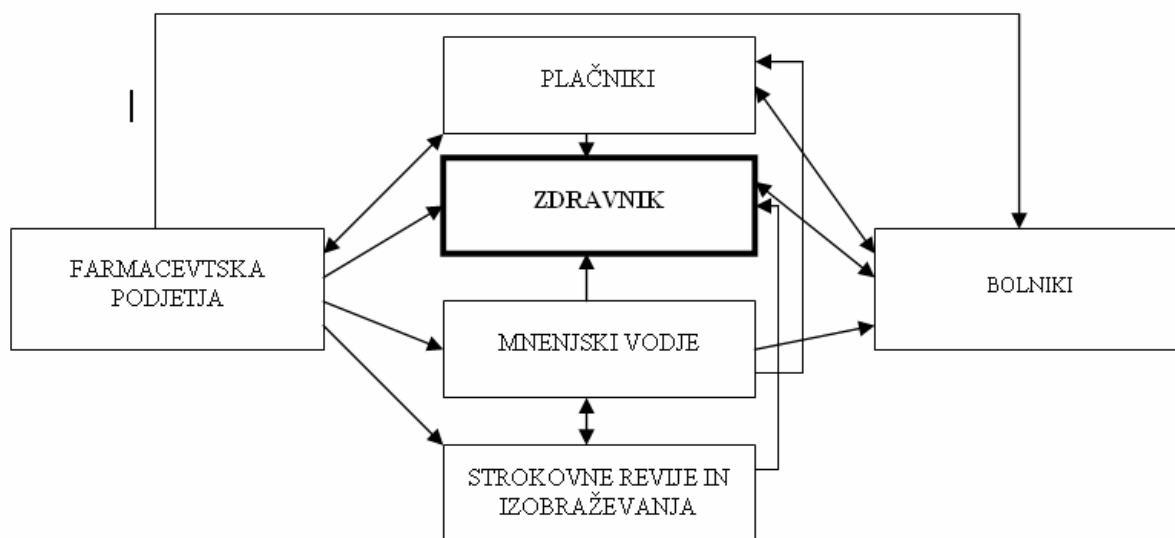
so to zdravila ali kirurški poseg, fizioterapija, obsevanje, itd. (Puc Kous, 2007, str. 3, Bizjak, 2004, str. 141).

O mehanizmih, ki vplivajo na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil, je premalo znanega in tudi ti dragoceni podatki so po mnenju Campo et al. (2005, str. 74, 75) pomanjkljivi, ker poteka predpisovanje zdravil v kompleksnem in spremenljivem okolju, odločitve so lahko delno podzavestne, osnovane na hevristični namesto strukturirani analizi informacij ali na družbeno manj zaželenih motivih.

Pri predpisovanju zdravil na recept so vpletene številne interesne skupine: farmacevtska podjetja, vlada, zavarovalnice, zdravniki, veletrgovine, lekarne in bolniki. Tu pa se lahko pojavijo neskladja interesov med zdravniki in bolniki ter doktrinarnimi načeli, zmožnostjo zdravstvenega sistema in farmacevtskimi podjetji. Zdravniki bi radi naredili za bolnika vse, kar je možno. Bolniki pričakujejo, da bodo dobili vse in to v najkrajšem možnem času. Zavarovalnice pa tiho zmanjšujejo pravice bolnikom, določajo število operacij, ki jih bodo plačali, omejujejo storitve, narekujejo način dela, postavljajo omejitve (Puc Kous, 2007, str. 3, 4).

S pomočjo novejših člankov iz področja farmacevtske industrije in ostalih področij, ki vplivajo na vedenje zdravnikov v nakupnem procesu zdravil, sem oblikovala konceptualni model, ki ponazarja vplive na vedenje zdravnika v nakupnem procesu Rp zdravil (Slika 16).

Slika 16: Konceptualni model: vpliv na vedenje zdravnika pri predpisovanju Rp zdravil



S pomočjo literature želim določiti vpliv farmacevtske industrije na posameznike ali skupine, ki pomembno odločajo o prodaji Rp zdravil. Najmočnejši vpliv imajo trženjske aktivnosti posameznih farmacevtskih podjetij, namenjene zdravnikom, farmacevtom in drugemu zdravstvenemu osebju.

Že ogromna vsota denarja, ki jih farmacevtska industrija namenja trženju zdravil, meče senco dvoma na odločitve zdravnikov glede predpisovanja Rp zdravil (Rotfeld, 2005, str. 365).

Farmacevtska podjetja oblikujejo tudi različna združenja, s katerimi poskušajo preko različnih interesnih skupin dosegati svoje cilje. V Sloveniji so podjetja, ki izdelujejo in tržijo inovativna zdravila, oblikovala mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih

družb, GIZ. V Forumu, ki je profesionalno, nevladno, neprofitno, nepolitično, neodvisno združenje, je včlanjenih 20 podjetij (FORUM, 2008). Na nivoju Evrope so farmacevtska podjetja oblikovala Evropsko zvezo farmacevtskih industrij in združenj (EFPIA). Vanjo je včlanjenih 43 podjetij iz 32 držav, ki se ukvarjajo z raziskavami, razvojem in proizvodnjo medicinskih izdelkov za humano rabo (EFPIA, 2008b).

V nadaljevanju bom prikazala vpliv plačnikov oziroma zavarovalnic in vlade, ki ima z omejevanjem stroškov za zdravstveno varstvo in zdravila vedno večji vpliv tako na zdravnike, bolnike in nenazadnje tudi na farmacevtska podjetja. S pomočjo zakonov in ostalih sredstev oblikujejo pravno podlago, ki vzpodbuja ali omejuje trženje in oglaševanje strokovni in širši javnosti.

Mnenjski vodje vplivajo na zdravnike, zavarovalnico, vlado in tudi na bolnike, kar kaže Slika 16 in je podrobno obdelano v poglavju Mnenjski vodje.

Vedno večji vpliv na zdravnika in njegovo vedenje pri izbiri določenega zdravila pa imajo tudi bolniki. Ti so vse bolj aktivni pri zbiranju informacij o svoji bolezni, možnostih zdravljenja in o zdravilih. Prav tako se udeležujejo v skupine, ki z določenimi akcijami nasprotujejo omejitvam zavarovalnic in vlad ali izkazujejo nestrinjanje z agresivnim trženjem farmacevtskih podjetij.

Na vedenje zdravnika v nakupnem procesu Rp zdravil imajo vpliv številni dejavniki. Nihče si ne želi, da mu bo predpisano zdravilo, katerega ime je zapisano na zdravnikovem pisalu in je del promocije farmacevtske industrije. O odločitvi zdravnika bolniki zagotovo podvomijo, če jim izroči recept z vnaprej izpisanim imenom zdravila.

Zdravniki trdijo, da njihove odločitve temeljijo na medicini, podprti z dokazi. Raziskave pa kažejo, da se število diagnosticiranih in zdravljenih bolezni, ki se zdravijo z zdravili, za katera se je začela aktivna promocija, nekajkrat poveča. (Rotfeld, 2005, str. 365).

## **2.1 STROKOVNI SODELAVCI**

Zdravniki so glavni pri odločanju o izbiri zdravila. Vpliv farmacevtske industrije na zdravnika se v veliki meri vrši preko strokovnih sodelavcev. Strokovni sodelavci imajo glavno vlogo pri oblikovanju dolgotrajnega odnosa med kupcem in prodajalcem. Strokovni sodelavci v farmaciji zagotavljajo zdravnikom kvaliteten vir informacij o zdravilih (Wright & Lundstrom, 2004, str. 29, 30) in osebna prodaja je še vedno najpomembnejši trženjski instrument v farmacevtski industriji (Xiaojing, Manchanda & Pradeep, 2008, str. 2).

Strokovni sodelavci imajo redne obiske pri zdravnikih. Zdravnikom nudijo informacije o zdravilih in brezplačna kosila, darila, potovanja, izobraževanja. Na letni ravni se porabi nekaj 1000 dolarjev na zdravnika, kar znaša milijarde dolarjev. Vse več kritik se pojavlja gleda takšnega načina trženja zdravil (Rotfeld, 2005, str. 365).

V preteklosti so farmacevtska podjetja povečevala prodajo preprosto s povečevanjem števila strokovnih sodelavcev na terenu (Moss & Schuiling, 2004, str. 56). Wright in Lundstrom (2004, str. 30) navajata, da je bilo leta 1998 v ZDA 57.500, 2001 pa 80.000 strokovnih sodelavcev. Leta 2005 pa naj bi v ZDA 120.000 zdravnikov obiskovalo 100.000 strokovnih sodelavcev (Erbisch, 2005, str. 1). Najbolj potencialne zdravnike (po oceni farmacevtskih

podjetij) naj bi v ZDA obiskovalo tudi do 175 strokovnih sodelavcev (Breitstein & Herman, 2007, str. 2).

Za področje Slovenije nisem mogla pridobiti uradnega podatka o številu strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij. Ocenjujem, da je število med 300 in 400.

Na področju direktne prodaje je v farmacevtski industriji prišlo do nasičenja. Zaradi velikega števila strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij imajo zdravniki vedno manj časa za posameznega, omejujejo jim dostop ali popolnoma prepovedo obiske (Moss & Schuiling, 2004, str. 56). Čas obiska, ki je po navedbah Alta in Puschmana (2005, str. 304) znašal v povprečju 9 minut, se skrajšuje na 90 sekund po besedah Boba Davenporta (2007), ki je podpredsednik Hay Group Inc., konzultantske firme v filadelfiji. Manj kot 25 % obiskov v zdravnikovi ordinaciji se konča z dejanskim pogovorom o zdravlju. To pa predstavlja velik strošek za farmacevtska podjetja, kajti v povprečju jih stane en strokovni sodelavec 200.000 dolarjev na leto (Weintraub, 2007, str. 1).

Posledica prej omenjenega povečevanja števila zaposlenih, poceni generičnih zdravil, manj produktivnih raziskav in izgub patentov je v letu 2007 privedla do množičnega odpuščanja delavcev. Nekaj večjih farmacevtskih podjetij je objavilo svoje namere o odpuščanju delavcev. Pfizer, ki je največje farmacevtsko podjetje, je napovedal odpust 10.000 delavcev, Astra-Zeneca 7.600, Bayer 6.000, Johnson & Johnson 5.000, Amgen 2.600 (Simons, 2007, str. 2).

Velika farmacevtska podjetja se učijo, da »bombardiranje«  
zdravnikovih ordinacij z ogromnim številom mladih, čednih, karizmatičnih in za prodajo talentiranih strokovnih sodelavcev brez ustreznega strokovnega znanja ni dovolj (Weintraub, 2007, str. 1). V resnici je težko oceniti, kakšen vpliv ima ta način trženja na vedenje zdravnika v nakupnem procesu zdravil, ki je prepričan, da je bolnik na prvem mestu. Tudi številna farmacevtska podjetja se sprašujejo o smotrnosti, a istočasno čutijo pritisk s strani tekmecev (Rotfeld, 2005).

Sistematično zbiranje in analiziranje informacij iz okolja in ugotavljanje vplivov na poslovanje podjetja je potrebno za razvijanje strategij, ki bodo podjetju omogočile dolgoročno uspešno poslovanje. Glede na to, da se za osebno prodajo namenja veliko denarja, sem se odločila, da poiščem kar največ literature iz tega področja in jo podrobno razčlenim.

Manchanda in Honka (2005, str. 788-800) sta v preglednem članku o učinkih in vlogi osebne prodaje strokovnih sodelavcev pripravila pregled 72-ih raziskav, od leta 1954 do 2004, ki zajemajo tako subjektivne kot objektivne podatke:

1. Poirier in sodelavci so ugotovili, da je 24 % zdravnikov zadovoljnih z osebno prodajo in 48 % nezadovoljnih. Samo 20 % zdravnikov je verjelo v točnost in objektivnost predstavljenih podatkov, 44 % pa ne. 56 % jih je priznalo, da strokovni sodelavci lahko vplivajo na njihovo predpisovanje, če so učinkovitost, stranski učinki in cena enaki kot pri konkurenčnem zdravlju, medtem ko se jih 28 % ni strinjalo s to trditvijo.
2. Strange in sodelavci so opravili raziskavo pri 262 zdravnikih splošne prakse in specialistih. Ugotovili so, da jih 92 % misli, da je glavni cilj obiskov strokovnih sodelavcev promocija zdravil in samo 37 %, da je namen edukacija. 47 % jih meni, da strokovni sodelavci zagotovijo vse potrebne informacije o zdravlju in 80 %, da preveč poudarjajo učinkovitost zdravil.

3. Caudill in sodelavci so leta 1996 naredili raziskavo pri 446 zdravnikih družinske in interne medicine o izobraževalni vrednosti osebnih obiskov. Zdravniki so se strinjali, da so strokovni sodelavci vir koristnih in točnih informacij o novejših in že uveljavljenih zdravilih, vendar ne predstavljajo pomembne vloge pri izobraževanju.
4. McKinney in sodelavci pa so na vzorcu 517 zdravnikov ugotavljali zdravnikov odnos do osebne prodaje strokovnih sodelavcev in etični vidik. Zdravniki so imeli negativno mnenje do izobraževalne in informacijske vloge osebne prodaje in hkrati priznavali podporo strokovnih sodelavcev pri konferencah in predavateljih.
5. Hopper in sodelavci so ugotovili, da mnogi zdravniki menijo, da strokovni sodelavci uporabljajo neetične trženjske prakse.
6. Lagace in sodelavci ugotavljajo, da etično obnašanje in strokovnost strokovnih sodelavcev pozitivno vpliva na zdravnike. Frekvenca obiskov pa ne vpliva statistično značilno na zadovoljstvo zdravnikov.
7. Brotzman in Mark trdita, da regulatorna pravila vplivajo na vedenje zdravnikov do strokovnih sodelavcev. Zdravniki, ki nimajo omejitev, so pokazali dvakrat večje zadovoljstvo do vseh interakcij, izobraževalnih programov in ostalih nestrokovnih aktivnosti. Ti so osebno prodajo ocenili za štirikrat bolj koristno kot zdravniki z omejitvami regulatornih organov.
8. Andaleeb in Tallman ugotavljata, da na zdravnike vplivajo informacije in podpora pri izobraževanju, prodajne tehnike in število bolnikov, ki jih imajo. Bolj pozitiven odnos do strokovnih sodelavcev so imeli tisti zdravniki, ki so menili, da je strokovna pomoč strokovnih sodelavcev dobra in so hkrati imeli veliko število bolnikov v svoji praksi. Manipulativni in agresivni pristopi pa so bili označeni kot nezaželeni.
9. Andaleeb in Tallman v raziskavi iz leta 1996, opravljeni pri 95-ih bolnišničnih zdravnikih zaključita, da zdravniki, kljub temu da imajo strokovne sodelavce za pomemben vir informacij, menijo, da bi lahko dobili potrebne informacije tudi iz drugih virov. Ugotavljata, da imajo zdravniki dober odnos s strokovnimi sodelavci in jim zaupajo, vendar v njih ne vidijo pomembne vloge in pomoči pri njihovem delu. Metode prodaje se jim niso zdele manipulativne in tudi strokovne sodelavce niso dojemali negativno.
10. Do podobnih zaključkov so prišli tudi Thomson in sodelavci v raziskavi iz leta 1994. Opravili so jo na Novi Zelandiji pri splošnih zdravnikih. Specifičnost te raziskave je bila, da je samo 77 % zdravnikov poročalo, da imajo stike s kolegi. Ti zdravniki so raje sprejemali strokovne sodelavce. Najpogosteje navedeni vzroki za obiskovanje strokovnih sodelavcev so bili: praktične informacije o predpisovanju Rp zdravil, vzorci zdravil, občutek, da so vljudni in pritisk.

Povzetki raziskav, ki sta jih povzela Manchanda in Honka (2005, str. 808-809) so sledeči:

Zdravniki imajo negativen do nevtralen odnos do strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij. Bolj pozitiven odnos do strokovnih sodelavcev imajo, če jim ti nudijo dovolj strokovne in uravnotežene informacije o zdravilih in imajo veliko število bolnikov v svoji

praksi. Odnos zdravnikov je odvisen tudi od vedenja strokovnih sodelavcev in vsebine njihovih obiskov. Manipulativne in agresivne prodajne tehnike so nezaželene, ker večji poudarek na promociji kot podajanju informacij sproža negativne občutke.

Ugotovili so tudi, da ima velik vpliv na zdravnikovo dožemanje strokovnih sodelavcev njihovo okolje. Zdravniki, ki imajo malo kontaktov s kolegi, imajo manj negativno mnenje do strokovnih sodelavcev. Zdravniki, ki delajo v okolju, kjer jim omejujejo dostop do strokovnih sodelavcev, pa imajo do njih in tega načina promocije bolj negativno mnenje.

Kljub temu, da zdravniki velikokrat označujejo osebne obiske strokovnih sodelavcev kot nujno zlo, je več kot očitno, da imajo vpliv na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil tako iz subjektivne kot objektivne plati. Objektivna plat odnosa je v posredovanju informacij in gradnji zavesti o določenem zdravilu, ki je še posebej pomembna v začetni fazi trženja. Subjektivna plat pa je osebni odnos in socialna plat druženja med zdravnikom in strokovnim sodelavcem. Zato se še naprej vlaga ogromno denarja v to obliko trženja. Koristno za vse vpletene strani (bolnike, zdravnike, podjetja, plačnike) bi bilo, da so ogromni izdatki za trženje s pomočjo strokovnih sodelavcev, kar najbolj učinkovito izkoriščeni (Manchanda & Honka, 2005, str. 788, 809, 811).

Uporaba ekonomske znanosti in zelo kvalitetnih podatkov trga omogoča velik potencial za optimiziranje stroškov. Optimalno za podjetja pomeni uporabo osebne prodaje do točke, ko se mejne koristi in mejni stroški izenačijo. Za zdravnike pa pomeni, da je osebna prodaja izvršena na način, ki jim zagotavlja čim več informacij in vzorcev, ki povečujejo dobrobit bolnikov. Indirektno korist pa bi imeli bolniki v primeru, da bi podjetja namenila razliko med bolj in manj učinkovito osebno prodajo zdravil v R & R novih zdravil (Manchanda & Honka, 2005, str. 810).

Klasična vloga osebnih stikov strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij z zdravniki je zagotavljanje informacij o zdravilih. Mnoge raziskave so ugotovljale pomembnost, ki jo zdravniki čutijo o tej vlogi. Te so zaznavne narave, kjer zdravnike sprašujejo, kakšno pomembnost namenjajo temu. Večina raziskav je pokazala, da zdravniki potrjujejo navedbo, da je ta oblika trženja pomemben vir informacij. Raziskave so tudi pokazale, da izobraževanje zdravnikov o osebni prodaji strokovnih sodelavcev lahko pripomore k bolj točnemu in stroškovno učinkovitemu predpisovanju zdravil (Manchanda & Honka, 2005, str. 793).

Nekaj študij pa je tudi pokazalo nasprotje tem trditvam. Willimas in sodelavci so opravili raziskavo pri 852-ih zdravnikih v Kanadi leta 1995 in samo manjšina je menila, da je osebna prodaja tudi pomemben vir informacij (Manchanda & Honka, 2005, str. 795).

Glede na to, da imajo zdravniki v zadnjih desetletjih veliko izbiro virov informacij, je možno, da bo osebna prodaja izgubljala na veljavi kot viru informacij. Strokovni sodelavci predstavljajo za zdravnike in ostale zdravstvene delavce poceni in udoben način sprejemanja informacij. V primerjavi z drugimi viri izgubljajo na pomenu (Manchanda & Honka, 2005, str. 809). V petdesetih letih so bili strokovni sodelavci na prvem mestu, po letu 1970 pa že na četrtem do sedmem mestu. Leta 1991 sta Williams in Hensel opravila meta analizo 20-ih raziskav od leta 1952 do 1986 in ugotovila, da z leti komercialni viri izgubljajo na pomembnosti, medtem ko ostali osebni viri: kolegi, farmacevti, kongresi in simpoziji, pridobivajo na veljavi (Manchanda & Honka, 2005, str. 797).

Raziskave, ki se ukvarjajo s percepcijo zdravnikov o strokovnih sodelavcih, večinoma kažejo, da se zdravniki zavedajo vpliva, ki ga imajo strokovni sodelavci na njihovo izbiro zdravil, ki jih predpisujejo. Še vedno pa je prisotno prepričanje, da strokovni sodelavci nimajo vpliva na njihovo vedenje pri predpisovanju zdravil. Nepripravljeni so priznati, da zaupajo strokovnim sodelavcem ali pa zaradi pomanjkanja zavedanja, da ta vpliv obstaja (Manchanda & Honka, 2005, str. 799). Obstajajo tudi raziskave, ki potrjujejo, da številne trditve farmacevtskih predstavnikov niso točne in da zdravniki tega ne prepoznajo (Rotfeld, 2003, str. 366).

Ključna odločitev farmacevtskega podjetja je, kako razporediti obiske strokovnih sodelavcev pri zdravnikih. V raziskavah se uporabljajo različne metode za ugotavljanje učinkovitosti, ki so podprte s tržnimi podatki: prodaja v denarju, tržni delež, število receptov. Večina raziskav kaže pozitiven in statistično pomemben učinek osebne prodaje. Soglasja okoli vprašanja, kolikšen je ta učinek, pa ni (Manchanda & Honka, 2005, str. 809).

Predstavitev novega zdravila je za farmacevtska podjetja velik izziv. Pomembno je kako razporediti sredstva za trženje v življenjskem ciklusu zdravila v dveh dimenzijah: v času in med strankami. Ko je predstavljeno novo zdravilo, je o njem znano malo in bi lahko predpostavljali, da bodo strokovni sodelavci uspešnejši, oziroma, če predstavlja osebna prodaja vir informacij za zdravnika, mora učinek kmalu po predstavitvi novega zdravila izzveneti. Pri novem zdravilu je še veliko nejasnosti glede učinkovitosti, stranskih učinkov in interakcij z drugimi zdravili (Manchanda & Honka, 2005, str. 810).

Raziskava, ki sta jo opravila Narayanan in Manchanda (2007, str. 1-43) o raznolikosti učenja in ciljanju zdravnikov z različnimi trženjskimi prijemi za nova zdravila in je zajemala 900 zdravnikov, je pokazala, da postane vsak posamezni zdravnik prepričan o kvaliteti novega zdravila v različnem času. V praksi je to pomembno, da se lahko čim bolj učinkovito razporedijo sredstva, namenjena za trženje. Nekateri zdravniki potrebujejo le nekaj obiskov strokovnih sodelavcev, da zmanjšajo nezaupanje v novo zdravilo, drugi pa večje število. Pokazala se je tudi pomembna razlika med zdravniki glede prepričljivega učinka osebne prodaje. Pri zdravnikih, ki predpisujejo veliko število receptov, se je izkazal ta učinek kot zelo nizek. Kar pomeni, da se učinek osebne prodaje zelo hitro zmanjša na minimum. Medtem ko se je za zdravnike, ki predpišejo malo receptov, pokazalo, da se ta odzivnost zmanjšuje bolj počasi in ustali pri relativno visoki odzivnosti po tem, ko so se naučili o zdravilu. Raziskovalci navajajo, da se lahko podjetjem ob upoštevanju izsledkov te študije in pravilni razporeditvi virov poveča prihodek do 15 %.

Raziskave kažejo pozitiven in poenjajoč učinek osebne prodaje strokovnih sodelavcev na prodajo zdravila v njegovem življenjskem ciklusu, kljub temu da je ta učinek še vedno prisoten tudi v zadnji fazi. Razlage so sledeče: poleg zagotavljanja učinka opominjanja, stalno sodelovanje oblikuje dober odnos med strokovnim sodelavcem oziroma farmacevtskim podjetjem in zdravnikom. Ta pa ne temelji na racionalnih in objektivnih dejavnikih, temveč na socialnih in kulturnih. Razvoj dobrega odnosa je odraz poglobljenega odnosa med vpletenima strankama (Manchanda & Honka, 2005, str. 810).

Raziskava, ki sta jo opravila Scharitzer in Kollarits (2000, str. 955) pri 190 zdravnikih splošne prakse v Avstriji, je pokazala, da zadovoljstvo zdravnikov s strokovnimi sodelavci pozitivno vpliva na njihovo predpisovanje zdravil in zagotavlja prodajni uspeh zdravila.

## 2.2 VZORCI ZDRAVIL

V ZDA namenijo farmacevtska podjetja skoraj 16 milijard dolarjev letno za vzorce zdravil, ki jih strokovni sodelavci dajejo zdravnikom v ambulantah. Po podatkih podjetja IMS, ki so prikazani na Sliki 15 vidimo, da to predstavlja več kot polovico denarja, ki je namenjen za trženje. V ZDA, kjer je število strokovnih sodelavcev na enega aktivnega zdravnika veliko, uporabljajo vzorce kot vstopnice za obiske v ambulantah. Zdravniki radi jemljejo vzorce, ker mislijo, da na ta način pomagajo bolnikom, ki si tega zdravila ne bi mogli kupiti.

Pri nas se farmacevtska podjetja zelo malo poslužujejo uporabe vzorcev. Upoštevati morajo Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (UL, št. 76/2001), ki izjemoma dovoljuje podjetjem dajati zdravila kot vzorce. Pri tem morajo zadostiti naslednjim kriterijem:

- zdravila, ki se uporabljajo kot vzorci morajo imeti dovoljenje za promet v skladu z zakonodajo,
- število vzorcev vsakega zdravila, ki jih sme dobiti vsaka odgovorna oseba za predpisovanje, je omejeno na do 30 definiranih dnevni odmerkov zdravila na leto,
- prejemnik mora zanje zaprositi pisno in o tem voditi evidenco,
- prejemnik prejetih vzorcev ne sme prodajati,
- vzorci morajo biti označeni z navedbo, da gre za brezplačen vzorec, ki ni namenjen za prodajo, v najmanjšem pakiranju s povzetkom glavnih ali temeljnih značilnosti zdravila,
- vzorci ne smejo vsebovati narkotičnih in psihotropnih snovi.

Proizvajalci zdravil in njihovi zastopniki ter podružnice, ki uporabljajo vzorce, morajo imeti organizirano službo za vodenje evidence o vzorcih in nadzor nad njimi.

## 2.3 DARILA

Manchanda in Honka (2005, str. 791, 792) navajata, da strokovni sodelavci farmacevtskih podjetij dajejo zdravnikom darila. Predvsem so to predmeti, ki jih zdravniki lahko uporabljajo v ordinacijah, knjige, obroki hrane, okraski in podobno.

Svetovna potrošniška organizacija Consumers International (CI) (2007, str. 18) je izdala poročilo, v katerem razkriva, da farmacevtska podjetja zdravnikom ne podarjajo zgolj simboličnih daril in da je zaradi agresivnega oglaševanja neposredno zdravstvenim delavcem predpisanih 50 % napačnih zdravil. V poročilu z naslovom Zdravila, zdravniki in večerje razkrivajo, da farmacevtska podjetja zdravnikom ponujajo denar, klimatske naprave, prenosne računalnike, prenosne telefone, plačevanje telefonskih računov, televizije, članarine v klubih, udeležbo na konferencah v tujini in bivanje v hotelih s petimi zvezdicami, plačilo šolnin za otroke, nove avtomobile in še marsikaj.

Odnos zdravnikov do obdarovanja je v glavnem negativen, čeprav so številne raziskave pokazale, da se jim zdijo manjša darila sprejemljiva. Zanimiva pa je ugotovitev, da so darila manjše vrednosti vzpodbudila občutke vzajemnosti oziroma so se zaradi prejetih daril čutili nekaj dolžni (Manchanda & Honka, 2005, str. 809).

Mandhavan in sodelavci so leta 1997 opravili raziskavo, ki je zajela 283 splošnih zdravnikov in specialistov. Prišli so do ugotovitve, da se zdravniki strinjajo, da je namen daril, ki jih dajejo farmacevtska podjetja, vplivati na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil. Hkrati pa se ne strinjajo, da bi darila imela vpliv pri večini zdravnikov. Ti isti zdravniki pa so trdno prepričani, da pri njih darila nimajo nikakršnega vpliva na odločitve pri predpisovanju (Manchanda & Honka, 2005, str. 791).

Odnos do daril za imetnike dovoljenj za promet z zdravili ter proizvajalce, pravne in fizične osebe, ki nastopajo v njihovem imenu, ter pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z zdravili, in podružnice tujih proizvajalcev v Sloveniji je natančno opredeljen v Zakonu o zdravilih (2006). Zakon v 88. členu prepoveduje dajati, ponujati ali obljubljeni pri oglaševanju zdravil strokovni javnosti darila, finančne ugodnosti ali materialne koristi osebam, usposobljenim za predpisovanje ali izdajanje zdravil, razen če so ta male vrednosti in se lahko uporabljajo za opravljanje zdravstvene, veterinarske ali lekarniške dejavnosti. Vrednosti daril, finančnih ugodnosti ali materialnih koristi male vrednosti ne smejo presegati vrednosti, določenih za javne uslužbenke.

Na spletni strani Policije (<http://www.policija.si/>) najdemo definicijo za darilo manjše vrednosti, ki temelji na Uredbi o omejitvah in dolžnostih javnih uslužbenec v zvezi s sprejemanjem daril. Darila manjše vrednosti so darila, katerih vrednost ne presega 62,59 € oziroma katerih skupna vrednost v posameznem koledarskem letu ne presega 125,19 €, če so prejeta od iste osebe. Darila zanemarljive vrednosti so darila manjše vrednosti, katerih vrednost ne presega 20,86 €.

Potrošniške organizacije, združene v Svetovno potrošniško organizacijo, se zavzemajo za popolno prepoved dajanja daril zdravnikom.

## 2.4 PLAČNIKI

Promet z Rp zdravili predstavlja 90 % globalnega farmacevtskega dohodka. To področje je v veliki meri regulirano s strani vlad v vseh državah. Vlade, ki jih verjetno vodijo najboljši motivi, zaradi previdnosti ob širitvi trga zdravil povečujejo omejitve (Blackett & Harrison, 2001, str. 38). To utemeljujejo s povečevanjem potreb po zdravstvenih storitvah, ki jih povzročajo demografski in epidemiološki dejavniki, razvoj medicinske in farmacevtske tehnologije, večja osveščenost bolnikov in pričakovana kakovost življenja (Marušič, 2007, str. 841, Kovač, 2006, str. 32, Arnež, 2008, str. 28).

Delež starega prebivalstva se bo podvojil in hkrati se bodo povečali izdatki za zdravstvo. V nekaj desetletjih se bo poraba za zdravstveno varstvo povečala na petino BDP. Reforme zdravstva pa postajajo prvovrsten politični problem, ki menjava ministre in destabilizira vlade (Kovač, 2007a, str. 32; Arnež, 2008, str. 28).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2005) določa, kdo so plačniki storitev zdravstvenega varstva v Sloveniji:

- država, ki namenja sredstva državnega proračuna;



- ZZZS s sredstvi iz blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), ki so zbrana s prisilo oziroma s prispevki za zdravstvo iz plač in dohodkov delodajalcev (Brinc, 2008, str. 4);
- ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. To so zavarovalnice Vzajemna, Adriatic in Triglav. Zavarovancem nudijo dopolnilno in dodatno zdravstveno zavarovanje. **Dopolnilno zdravstveno zavarovanje** je prostovoljno zavarovanje za razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. **Dodatno oz. nadstandardno zdravstveno zavarovanje** je prostovoljno zavarovanje, ki nudi večji obseg pravic ali višji standard storitev, kot je to določeno v obveznem zavarovanju. Ravno tako omogoča dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju;
- bolniki, kjer so mišljena predvsem plačila samoplačniških storitev ali doplačila.

Zaradi cenovnih pritiskov postaja tudi cena zdravila vse pomembnejši dejavnik. Cenovna politika oblikovanja cen se po različnih državah izredno razlikuje. V EU so cene zdravil regulirane, določajo se smernice zdravljenja, kjer naj bi bila združena tako optimalno zdravljenje kot cena (Vrhovnik, 2005, str. 15).

Država in vladne institucije lahko vplivajo na dovoljenja za promet z zdravilom (registracijski postopki in postopki v zvezi z dovoljenjem prometa z zdravili) in s tem na možnost izbire zdravil na sploh. Država vpliva na oblikovanje cene zdravil in tudi na razvrščanje na ustrezne liste zdravil. Kljub temu, da naj bi bila Evropska unija enoten trg, vidimo, lahko vsaka država omejuje dostop do novih zdravil. To dosegajo tako, da ne odobrijo cen oz. novih zdravil ne razvrstijo na ustrezne liste. Posledično dobijo evropski porabniki inovativna zdravila bistveno kasneje kot porabniki iz ZDA.

Ob izračunih stroškov za zdravila bi morala vsaka država upoštevati dejstvo, da je prihranek lahko tudi v nasprotju z zelenim ciljem. Pospešeno zdravljenje, dvig kakovosti življenja, zmanjševanje bolečin in raznih zapletov med zdravljenjem, ki ga nudijo nova originalna zdravila, ima tudi svojo ceno.

Določanje cen v ZDA je prepuščeno trgu, medtem ko v večini Evropskih držav ni tako. Zelo pogosto se tudi dogaja, da ostajajo cene zdravil nespremenjene in to navkljub inflaciji. Proizvajalke inovativnih zdravil so v Evropi najbolj na udaru, ker vlade in zavarovalnice z omejevanjem dostopa do novih zdravil, mislijo, da zmanjšujejo zdravstvene stroške, hkrati pa ščitijo lokalne proizvajalke generičnih zdravil pred multinacionalkami in omogočajo razcvet generične industrije (EFPIA, 2007, str. 4)

Na zdravnikih je vedno večji pritisk, da predpisujejo cenejša zdravila. Zdravnik si želi učinkovita in varna zdravila, ki bodo zadovoljila bolnikove potrebe in nemalokrat se odločajo za najdražje oblike zdravljenja, namesto da bi tehtali med stroški in pričakovano koristjo za bolnika (Kralj, 2006, str. 41). Ukrepi, ki jih izvaja ZZZS za zmanjšanje porabe za zdravil so:

1. **Razvrščanje zdravil na liste.** Stroški za zdravila, razvrščena na pozitivno listo, so v celoti pokriti iz OZZ, na vmesni listi se pokrivajo delno iz OZZ in delno iz dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Zdravila, razvrščena na negativno listo, mora vsak bolnik plačati v celoti sam, če se farmacevtsko podjetje pod takimi pogoji sploh odloči, da bo zdravilo dalo na trg.

V Slovenji nam že vpogled v 15. člen Pravilnika o postopku razvrščanja zdravil na liste (2001) pove, da je komisija dolžna na vlogo odgovoriti v 180 dneh, kar lahko podaljša za 60 dni, če ima večje število vlog. Če zahtevajo še dopolnitve dokumentacije, se ta čas še podaljša. Če razvrstijo zdravilo na negativno listo, lahko podjetje ponovno poda vlogo in se postopek ponovi, kar onemogoča bolnikom dostop do zdravila.

Komisija za razvrščanje zdravil na liste je obravnavala 156 vlog in pobud v letu 2007. Iz Tabele 5 vidimo, da se je število zdravil na pozitivni listi povišalo za 55 novih zdravil in hkrati so pozitivno listo osiromašili za eno učinkovino. Na vmesno listo so dodali 28 novih zdravil in tri nove učinkovine. Komisija je razvrstila 67 novih zdravil (38 učinkovin), 10 biološko podobnih zdravil (2 učinkovini), 98 generičnih zdravil (27 učinkovin), 55 novih oblik, 47 sprememb omejitev predpisovanja in 8 novih indikacij za razvrščena zdravila (Fürst, 2008, str. 1).

2. **Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo**, ki temelji na Pravilniku o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil v humani medicini (2003). Na podlagi seznama dobijo bolniki samo najcenejše zdravilo, brez doplačila. Ta seznam določa pristojna komisija za zdravila. (Fürst, 2008, str. 1, Miklavčič, 2007, str. 114).
3. **Projekt Varna raba zdravil**. V okviru tega projekta je ZZZS nagovarjal uporabnike zdravil za čim boljše sodelovanje pri zdravljenju. Organizirana so bila strokovna srečanja in učne delavnice.
4. Redno informiranje zdravnikov – predpisovalcev zdravil o aktualnih cenah zdravil, razvrstitvi na liste zdravil ter farmakoterapevtskih, ekonomskih, pravnih in drugih vidikih zdravljenja z zdravili. Kot delovni pripomoček zdravnikom pri predpisovanju jim služi **Bilten Recept**, ki je razposlan vsem zdravnikom pred uveljavitvijo novih list (Štim, 2003).
5. **Strokovni prispevki o racionalnem predpisovanju zdravil** s poudarkom na protimikrobnih zdravilih in zdravilih za zniževanje holesterola.
6. **Nadzori**, usmerjeni k predpisovalcem zdravil.

Izdatki za zdravila se povečujejo in pozornost se vedno bolj usmerja na stroške zdravil in celotnega zdravljenja. Raziskav, ki bi pokazale kako se vedejo zdravniki, ki so pod pritiskom predpisovanja cenejših zdravil, je malo. Raziskava, ki sta jo opravila Van der Geer in Kangis, pa je pokazala, da zdravniki, ki imajo namen predpisovati zdravila ekonomično in se zavedajo cen zdravil, pokažejo majhno zanimanje za podrejanje in tega v praksi ne izvajajo. Za zavarovalnice to ni ugodno in pomeni izhodišče za nadaljnje raziskave (Van der Geer & Kangis, 2002, str. 311- 327).

Lobiranje pri ustreznih vladnih in strokovnih institucijah, mnenjskih vodjih in strokovnih svetih je postalo pomembno tako kot nujno (Guček Zakošek, 2005, str. 23, 24). Leta 2007 so farmacevtska podjetja porabila 168 milijonov dolarjev za lobiranje. Tabela 7 vsebuje imena dvajsetih največjih lobistov in vrednosti, ki so jih porabile v ta namen (Zuhn, 2008, str. 1).

Tabela 7: Največji lobisti v farmacevtski industriji v letu 2007

PODJETJA IN ZDRUŽENJA	ZNESEK (mio \$)
PhRMA	22,7
Amgen	16,3
Pfizer	13,8
Roche	9
Sanofi-Aventis	8,4
GlaxoSmithKline	8,2
Johnson & Johnson	7,7
Biotechnology Industry Organization	7,2
Novartis	6,6
Merck&Co.	6,6
Bristol-Myers Squibb	6
Abbot	4,6
Eli Lilly	4,3
Boehringer Ingelheim	4,1
AstraZeneca Pharmaceuticals	4,1
Bayer	4,1
Genzyme	2,7
Wyeth	2,5
Teva	2,3
Baxter	2,2

Vir: Zuhn, *CPI Issues Report on Biotech/Pharma Lobbying*, 2008, str. 2

V prvem četrtletju 2008 se je farmacevtska industrija z 52,8 milijoni dolarjev uvrstila na prvo mesto med vsemi industrijami, in sicer po količini denarja, ki ga namenijo za lobiranje. V letu 2007 je bila rast porabe denarja, namenjenega lobiranju, za 32 % višja kot leta 2006. Več kot 90 % denarja je namenilo lobiranju 40 farmacevtskih podjetij in tri združenja: PhRMA, Biotechnology Industry Organization (BIO) in Advanced Medical Technology Association (Zuhn, 2008, str. 1).

Pfizer Inc., ki je največja farmacevtska družba, je od leta 1998 do 2007 porabila 62 milijonov dolarjev za lobiranje na federalni ravni. Sledi mu Merck & Co. z 48 milijoni dolarjev v istem časovnem obdobju. Največ nameni lobiranju PhRMA, ki je najvplivnejša lobistična organizacija v Washingtonu (Marn, 2008, str. 24).

## 2.5 BOLNIKI

Potrošniki postajajo vse močnejši. Potrošniške pravice in potrošniško zaupanje pa vse pomembnejše (Kovač, 2008, str. 35). »Bolnik 21. stoletja bo prevzel odgovornost za skrb zase, sodeloval bo v procesih odločanja in pri izbiri storitev, ki bodo temeljile na njegovih individualnih potrebah. Časi, ko je za zdravje posameznika skrbela družba s svojo infrastrukturo in z zdravstvenim osebjem, ko je zdravnik odločal o tem, kaj je najbolje za bolnika, so minili.« meni Arnež (2008, str. 28).

Zdravniki so tradicionalno obravnavali bolnike kot pasivne udeležence v procesu zdravljenja. Ta model je sprejemljiv pri akutnih obolenjih in za bolnike, ki popolnoma zaupajo zdravnikom (Manchanda et al., 2005, str. 295). Kompliansa (zavzetost za zdravljenje) je stopnja bolnikovega upoštevanja napotkov zdravljenja. Bolezen se ne izboljša ali ne pozdravi, če se bolnik ne drži navodil, kljub najboljšemu izboru zdravljenja in zdravil. Ponakupno vedenje bolnika je pomembno pri uporabi zdravila, zadovoljstvu in ponovnem poseganju po zdravilu pri kroničnih obolenjih. Medsebojno razumevanje in dvosmerna komunikacija med zdravnikom in bolnikom sta predpogoj za upoštevanje načrtovanega zdravljenja in jemanja zdravil. Zdravljenje bo verjetno uspešnejše, če bolnik razume bolezen, če sodeluje pri oblikovanju načrta zdravljenja in izbiri zdravil in prevzame soodgovornost za spremljanje ugodnih in neželenih učinkov zdravljenja ter se o vsem pogovori z zdravnikom (Berkow, 2000, str. 50-52). Pri bolnikih nekompliansa vodi do medicinskih zapletov in povečanih stroškov zdravljenja. Izguba dohodka od prodaje zaradi menjav zdravil in širjenja slabega mnenja o zdravilu je ocenjena na 15 do 20 milijard dolarjev letno za farmacevtska podjetja. Medicinska literatura je identificirala več kot 100 socialnih, ekonomskih, medicinskih in vedenjskih vzrokov za nekomplianso (Manchanda et al., 2005, str. 293 – 308).

V večini držav je neposredno oglaševanje Rp zdravil omejeno zgolj na zdravstvene delavce (zdravnike, farmacevte in ostale zdravstvene delavce). V Sloveniji ureja področje oglaševanja zdravil širši javnosti v 87. členu Zakon o zdravilih (2006) in Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (2001). V Evropski uniji pa takšno oglaševanje prepoveduje Direktiva 92/28 EEC, ki je bila objavljena 31. marca 1992 (Alt & Puschmann, 2005, str. 301). ZDA in Nova Zelandija sta edini državi v razvitem svetu, ki sta dovolili tudi neposredno oglaševanje porabnikom oziroma širši javnosti preko različnih medijev: televizija, revije, časopisi, radio in oglasi na prostem. Neposredno oglaševanje zdravil na recept je razširjeno tudi v manj razvitih območjih, kot je na primer Južna Amerika. Ker nimajo državnih agencij za regulativo in nadzor, se pojavljajo neprimerni oglasi z zavajajočo vsebino in z netočnimi informacijami (Jones & Mullan, 2006, str. 6).

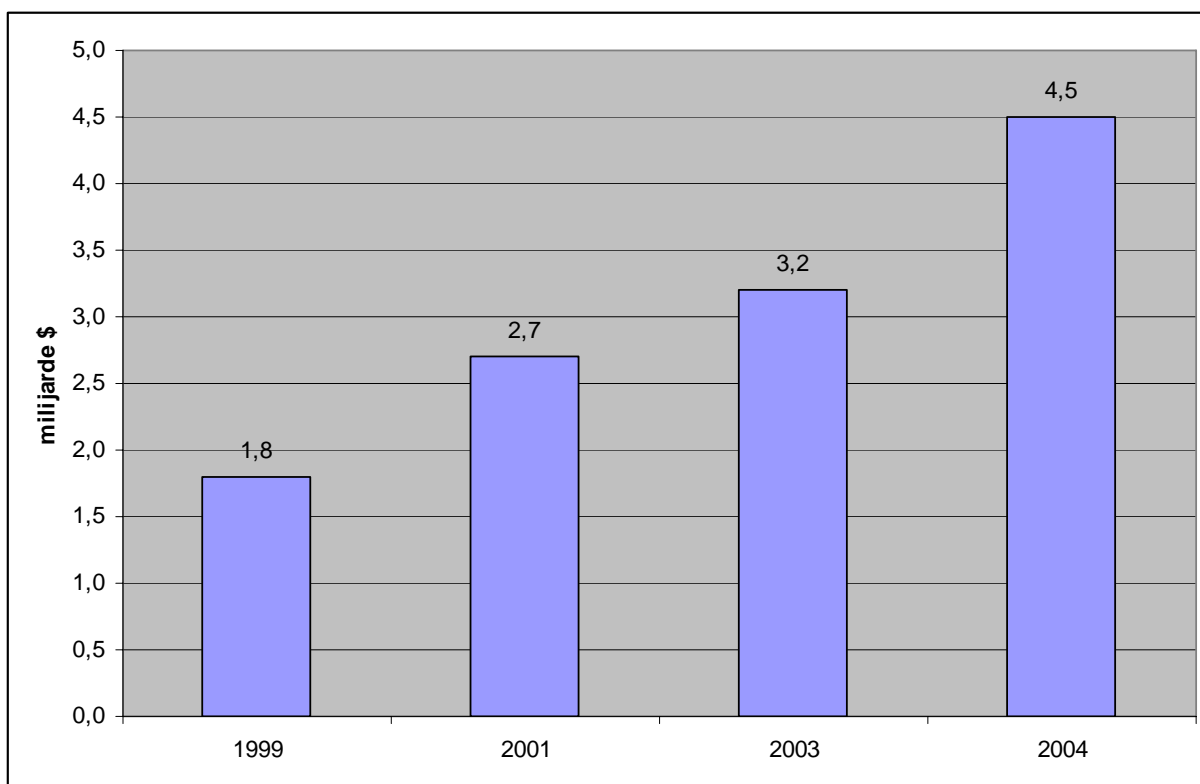
Bolnik lahko podatke v zvezi s svojimi zdravstvenimi težavami išče na različnih mestih. Z razmahom interneta in prostim dostopom do informacij se je povsod povečalo tudi zavedanje o zdravilih. Ocenjujejo, da vsak mesec v ZDA obiše internetne strani, povezane z zdravstvom, okoli 110 milijonov ljudi (Blackett & Harrison, 2001, str. 45; Alt & Puschmann, 2005, str. 300).

Povečan pritisk s strani farmacevtske industrije in njihovo lobiranje o sprostitev omejitev za oglaševanje Rp zdravil neposredno porabnikom poteka zadnja leta v Avstraliji, Kanadi in Evropski uniji (Jones & Mullan, 2006, str. 6).

Po podatkih Jones in Mullan (2006, str. 6, 7) se izdatki za oglaševanje širši javnosti v ZDA konstantno povečujejo. Od leta 1999, ko so znašali 1,8 milijarde dolarjev, so se povišali na 2,68 milijarde dolarjev v letu 2001, 3,18 v letu 2003 in že 4,5 milijarde v letu 2004, kot prikazuje Slika 17 (Friedman & Gould, 2007, str. 101).

Izdatki za oglaševanje širši javnosti se največ povečujejo na račun televizijskih oglasov. Leta 1994 so predstavljali le 13 % izdatkov za oglaševanje širši javnosti in že 60 % v letu 2000.

Slika 17: Izdatki za oglaševanje širši javnosti v ZDA



*Vir: prirejeno po Jones, S. C. & Mullan, J. Older adults' perceptions and understanding of direct-to-consumer advertising, 2006, str. 6 in Friedman, M. & Gould, J. Consumer attitudes and behaviors associated with direct-to-consumer prescription drug marketing, 2007, str. 101*

Namen oglaševanja širši javnosti je izobraževanje porabnikov in širjenje zavesti o obstoječih možnostih zdravljenja. Boljše poznavanje bolezni in terapevtskih možnosti naj bi omogočilo konstruktiven pogovor in dober odnos med bolnikom in zdravnikom in posledično boljše rezultate zdravljenja. Te naj bi dosegali tudi zaradi izboljšanja compliance, ki je posledica oglaševanja Rp zdravil, katere bolniki že uporabljajo (Finlayson & Mullner, 2005, str. 430).

Zdravila, ki jih oglašujejo širši javnosti, se uvrščajo med najbolj prodajana zdravila. Medtem ko prodaja novih zdravil raste približno 14 % letno, raste prodaja zdravil, ki jih močno oglašujejo širši javnosti, več kot dvakrat bolj (Jones & Mullan, 2006, str. 7).

Zagovorniki prepovedi oglaševanja širši javnosti menijo, da farmacevtskim podjetjem ni v interesu izobraževanja širše javnosti, temveč le želja po večjih dobičkih. Menijo tudi, da vzpodbujajo uporabo nepotrebnih zdravil in zvišujejo izdatke za zdravstvo. Oglašujejo predvsem nova, draga in manj preverjena zdravila glede dolgoročne varnosti. Oglasi so zavajajoči s poudarjanjem koristi in minimiziranjem potencialnih nevarnosti in nimajo izobraževalne vrednosti. Bolniki od svojih zdravnikov pogosto zahtevajo oglaševano zdravilo, kljub temu da nimajo medicinske izobrazbe. To vnaša napetost v odnos med zdravnikom in bolnikom. V primeru zavrnitve in pojasnjevanja, pa to pomeni dodatno porabo časa. Zdravniki čutijo pritisk s strani bolnikov in zato nasprotujejo oglaševanju širši javnosti (Finlayson & Mullner, 2005, str. 430, Jones & Mullan, 2006, str. 7).

Razprave o pozitivnih in negativnih učinkih oglaševanja Rp zdravil širši javnosti večinoma potekajo v strokovnih krogih. Jones in Mullan (2006, str. 7) navajata raziskave, ki so bile opravljene med porabniki:

- Raziskava, ki so jo opravili v Sidney-u in je zajela 619 prebivalcev, je pokazala, da je ljudem vseeno glede take vrste oglaševanja.
- Številne raziskave iz ZDA in Nove Zelandije so pokazale, da imajo porabniki pozitiven odnos do oglaševanja Rp zdravil. Ugotavljajo, da porabniki cenijo uravnotežene informacije. Prepričani so, da so v oglasih preveč poudarjene pozitivne lastnosti zdravil.
- Študija, ki so jo opravili na Univerzi British Columbia, je ovrgla mnenje, da ima oglaševanje Rp zdravil pozitiven učinek na komplianso, odnos bolnik-zdravnik, število hospitalizacij ali na rezultate zdravljenja.
- Raziskave iz ZDA so pokazale, da je 90 % porabnikov poročalo o tem, da so videli oglase za Rp zdravila.
- Analiza trinajstih raziskav, ki je zajela 7.360 porabnikov starejših od 18 let, je pokazala, da jih je 5 % (kar predstavlja 8,5 milijona porabnikov letno) zahtevala in prejela oglaševano Rp zdravilo od svojega zdravnika.
- Raziskava, opravljena pri 1. 475 ženskah, je pokazala, da najbolj cenijo tiskane oglase.

Manchanda in sodelavci (2005, str. 293-308) navajajo raziskavo, kjer so iskali povezavo med komplianso in vlogo trženja. Ugotovili so, da se različni segmenti bolnikov odzivajo različno na oglase. Lahko tudi negativno, ker so pričakovanja, ki jim jih posredujejo oglasi, nerealna. Zanimiva je tudi ugotovitev, da se zaradi oglaševanja, namenjenega neposredno bolnikom, poveča kompliansa konkurenčnim izdelkom in zmanjša tistim izdelkom, ki so jih oglaševali. Statistično značilna razlika obeh skupina je sicer majhna, a lahko si jo razlagamo z dejstvom, da so v oglasih informacije o koristih zdravljenja z določenim zdravilom in tudi potencialne nevarnosti, povezane z njim.

Friedman in Gould (2007, str. 100-109) sta opravila telefonsko raziskavo v 4.754 gospodinjstvih. Iz teh gospodinjstev je v zadnjih šestih mesecih obiskalo zdravnika 319 ljudi. Od teh jih je 96% videlo oglas za Rp zdravila na televiziji.

Ključne ugotovitve raziskave so:

- Internet se pojavlja vse pogosteje kot vir za oglase Rp zdravil širši javnosti. V Tabeli 8 vidimo primerjavo raziskav, ki ju je opravila FDA v ZDA leta 1999 in 2002 ter raziskave, ki sta jo opravila Friedman in Gould. Televizijski oglasi so bili skozi vsa leta najbolj opazen medij. Na veljavi pa poleg revij pridobiva tudi internet.

*Tabela 8: Zaznava oglasov za Rp zdravila v različnih medijih*

MEDIJ	1999 FDA (%)	2002 FDA (%)	Friedman, Gould (%)
TV	94	97	96
REVIJE	66	75	78
INTERNET	9	16	25

*Vir: Friedman, M. & Gould, J. Consumer attitudes and behaviors associated with direct-to-consumer prescription drug marketing, 2007, str. 104*

- Oglaševanje širši javnosti še vedno vzpodbudi porabnike zdravstvenih storitev, da obiščejo zdravnika in želijo zdravilo, ki so ga videli na oglasu. 10% se jih je odločilo za obisk pri zdravniku na podlagi oglasa. 5 % jih je zahtevalo določeno zdravilo in polovica od teh ga je tudi dobila.
- Oglaševanje širši javnosti je vir informacij, ki ga bolniki uporabijo za pogovor s svojim zdravnikom. 69 % jih meni, da informacije o koristih in tveganju niso uravnotežene.
- Vse več porabnikov ima nevtralen do negativen pogled na oglaševanje Rp zdravil.

Nove razsežnosti pa daje oglaševanju Rp zdravil širši javnosti tudi financiranje društev bolnikov. Ta oblika financiranja je skrita javnosti. Večina verjame, da so društva prostovoljna združenja bolnikov s podobnimi težavami. Vedno pogosteje pa ta oblikujejo vezi s farmacevtskimi podjetji in se skupaj borijo za iste cilje. V določenih primerih, ko so društva finančno močno povezana s farmacevtskimi podjetji, so samo še njihovo orodje za lobiranje in doseganje boljše prodaje (Holdford, 2005, str. 392).

## 2.6 MNENJSKI VODJE

Tržnike, sociologe in ekonomiste je od nekdaj zanimala vloga medosebne komunikacije na vedenje potrošnikov. Do asimetričnega vpliva pride, ko imajo eni potrošniki večji vpliv na držo in vedenje drugih. V literaturi zasledimo, da se tako skupino običajno imenuje mnenjski vodje (Nair & Manchanda & Bhatia, 2006, str. 3).

Mnenjski vodje v medicini so običajno zdravniki in drugi posamezniki, katerih mnenje ima veliko moč in vpliv, ki izhaja iz pozicije, znanja ali vez. Običajno so to vrhunski strokovnjaki iz posameznih področij medicine, vodje zdravstvenih ustanov, vodje posameznih oddelkov ali celih bolnišnic. Od tod njihova avtoriteta in moč odločanja o smernicah zdravljenja, ki jih morajo upoštevati zdravniki kot tudi plačniki zdravstvenih storitev, kot so: zavarovalnice, država oz. vladne institucije, ki skrbijo za zdravstvo. Ker se pojavljajo v medijih, ki so namenjeni širšemu krogu ljudi, ne samo strokovni javnosti, imajo s tem tudi velik vpliv na bolnike. Le ti pa se z njimi srečujejo tudi v bolnišnicah in specialističnih ambulantah. Mnenjski vodje lahko priporočajo uporabo zdravil na recept drugim zdravnikom (Holdford, 2005, str. 392).

Strokovnjaki iz posameznih vej medicine oblikujejo smernice zdravljenja posameznih bolezni. Priporočajo uporabo zdravil, ki so najbolj varna in učinkovita. Lobiranje pri oblikovalcih strokovnih mnenj in strokovnih svetih je postalo zelo pomembno (Guček Zakošek, 2005, str. 23, 24).

Medicina, podprta z dokazi, ki je osredotočena na znanstvene dokaze, stremi k racionalizaciji in standardizaciji klinične prakse. V povezavi z regulatornimi mehanizmi in kliničnimi smernicami zdravljenja pa lahko predstavlja grožnjo individualnemu kliničnemu odločanju posameznega zdravnika in kontrolo zoper vsebino njegovega medicinskega dela. Uporaba medicine, podprte z dokazi, prinaša nove napetosti med ohranjanjem tradicionalnih privilegijev zdravniškega poklica in klinično preudarnostjo zdravnikov (Prosser & Walley, 2007, str. ).

V eni izmed najuglednejših medicinskih revij *New England Journal of Medicine* se je pojavilo vprašanje: ali ima lahko dobičkonosna farmacevtska industrija vpliv na akademske izsledke (Myers & Stafford, 2007, str. 5).

Farmacevtska podjetja iščejo mnenjske vodje na različnih področjih: v medicini, v akademskih krogih, v vladi. Farmacevtska podjetja močno verjamejo v to, da imajo mnenjski vodje velik vpliv na vedenje zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil, kljub pomanjkljivim dokazom. Verjamejo tudi, da imajo največjo vlogo v času uvajanja novega zdravila. Farmacevtska podjetja porabijo 24 % denarja, namenjenega trženju novega izdelka, za aktivnosti mnenjskih vodij. Več aktivnosti se jim namenja tudi v času terapevtskih sprememb na določenem področju zdravljenja, ker sprememba povzroči večjo negotovost pri zdravnikih, ki niso specializirani za določeno področje. V farmacevtski industriji je to ponavadi predstavitev novega zdravila na trgu, umik zdravila iz trga, nove smernice zdravljenja, novi znanstveni dokazi o učinkovitosti določenega razreda zdravil ali specifičnega zdravila (Nair et al., 2006, str. 7).

Farmacevtska podjetja velik del sredstev namenjajo za kultiviranje mnenjskih vodij. Povprečno porabi farmacevtsko podjetje za 'pomembnega' zdravnika od 8.000 do 13.000 dolarjev letno za promocijske namene. Ti zneski pa so bistveno večji za mnenjske vodje. Zdravniki, ki pa so pripravljene napisati pozitivna mnenja in podpreti določene raziskave ali zdravila, so denarno nagrajene. Farmacevtska podjetja ravno tako podpirajo mnenjske vodje, da nenehno sodelujejo na izobraževanjih za zdravnike in da objavljajo v medicinskih revijah (Holdford, 2005, str. 392).

O višini teh zneskov priča poročilo Ameriškega kongresa. Trije najuglednejši psihiatri iz ZDA so morali poročati svojim delodajalcem Univerzi Harvard in Splošni bolnišnici Mass o višini zneskov, ki so jih prejeli od farmacevtskih podjetij od leta 2000 do 2007. Navedli so izredno nizke vsote oz. nekaj sto tisoč dolarjev. Ko so jih prosili za dopolnitev obrazcev, pa so bili pripravljene priznati višje vsote. Biederman 1,6 milijona dolarjev, Spencer 1 milijon in Wilens več kot 1,6 milijona dolarjev (Grassley, 2008, str. 5029 – 5032).

Tabela 9 prikazuje delno poročilo Biedermana. Zneski, ki jih je navajal prvotno, so navedeni v tretjem stolpcu. Zneski, ki jih je navedel, ko so jih opozorili, naj dopolnijo podatke, pa se nahajajo v četrtem stolpcu. Finančna poročila, ki jih je pridobilo Ministrstvo za finance od farmacevtskih podjetij, se precej razlikujejo od tistih, ki so jih poročali omenjeni zdravniki, kar je razvidno iz zadnjega stolpca. Glede na to predvidevajo, da so bili prihodki teh zdravnikov v sedmih letih še višji (Grassley, 2008, str. 5029 – 5032).

Ti podatki so bili razkriti zaradi konflikta interesov, kajti omenjeni zdravniki so za iste raziskave, ki so jih opravljali, prejeli denar od farmacevtskih podjetij in od državnega inštituta za zdravje (National Institutes of Health). Ta inštitut vsako leto podeli 24 milijard \$ za raziskave. Zato je bil v kongresu predstavljen akt, po katerem bi se oblikoval enotni državni sistem poročanja o financiranju farmacevtskih podjetij zdravnikom. Ta oblika bi nadomestila sedanji način prostovoljnega poročanja zdravnikov samih. Določena je tudi višina prejemkov, ki jih sme zdravnik, ki sodeluje v raziskavi, prejeti od farmacevtskega podjetja, katerega zdravilo je uporabljeno v raziskavi. Ta znaša manj kot 20.000 dolarjev (Grassley, 2008, str. 5030).



Tabela 9: Del finančnega poročila Biedermana o prejemkih od farmacevtskih podjetij in poročilo farmacevtskih podjetij o izplačilih Biedermanu od leta 2000 do 2007

LETO	FARMACEVTSKO PODJETJE	PRVOTNO POROČILO BIEDERMANA (\$)	DOHODKI BIEDERMANA MARCA 2008 (\$)	IZPLAČANI ZNESKI: POROČILO FARMACEVTSKIH PODJETIJ
2000	GlaxoSmithKline	ni poročal	2.000	3.328
	Eli Lilly & Company	<10.000	3.500	14.105
	Pfizer Inc.	ni poročal	7.000	7.000
2001	Cephalon	ni zneska	13.000	ni podatka
	GlaxoSmithKline	ni zneska	5.500	4.428
	Eli Lilly & Company	ni zneska	6.000	14.339
	Johnson & Johnson	ni poročal	3.500	58.169
	Medical education s. Pfizer Inc.	ni poročal ni zneska	21.000 5.625	ni podatka 5.625
2002	Bristol-Myers S.	ni zneska	2.000	2.000
	Cephalon	ni zneska	3.000	ni podatka
	Colwood	ni poročal	14.000	ni podatka
	Eli Lilly & Company	ni zneska	11.000	2.289
	Johnson & Johnson	ni poročal	ni poročal	706
	Pfizer Inc.	ni poročal	4.000	2.000
2003	Bristol - Myers S.	ni zneska	500	250
	Cephalon	ni zneska	4.000	ni podatka
	Eli Lilly & Company	<10.000	8.250	18.347
	Johnson & Johnson	<10.000	2.000	2.889
	Medlearning	<10.000	26.500	ni podatka
	Pfizer Inc.	ni poročal	1.000	1.000
2004	Bristol - Myers S.	<10.000	6.266	6.266
	Cephalon	ni zneska	4.000	ni podatka
	Eli Lilly & Company	ni poročal	8.000	15.686
	Johnson & Johnson	ni zneska	ni poročal	902
	Medlearning	ni poročal	26.000	ni podatka
	Pfizer Inc.	ni poročal	3.000	4.000
2005	Cephalon	ni poročal	11.000	ni podatka
	Eli Lilly & Company	ni poročal	12.500	7.500
	Johnson & Johnson	<20.000	ni poročal	962
	Pfizer Inc.	ni poročal	3.000	3.000
	Medlearning	ni poročal	34.000	ni podatka
2006	Cephalon	ni poročal	24.750	ni podatka
	Johnson & Johnson	ni poročal	ni poročal	750
	Primedia	ni poročal	56.000	ni podatka
2007	Primedia	ni poročal	30.000	ni podatka

Legenda: -poročanje dr. Biedermana o prejemu denarja od farmacevtskih podjetij in poročila farmacevtskih podjetij o izplačanih vsotah denarja je le delno navedeno

-v primerih, ko je dr. Biederman imenoval podjetje in ni navedel zneska, je to zabeleženo kot »ni zneska«, v primerih, ko ni navedel podjetja, je to zapisano kot »ni poročal«

Vir: Grassley, *Payments to physicians, Selected disclosures by Dr. Biederman and related information reported by pharmaceutical companies, 2008, str. 5032*

Zelo malo je bilo opravljenih tržnih raziskav, ki bi merile učinek vpliva mnenjskih vodij. Nair in sodelavci (2006, str. 1- 39) so se odločili za empirično raziskavo vpliva mnenjskih vodij na vedenje zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil. Raziskava je bila kombinirana in je zajemala primarne (anketa) in sekundarne (vedenjske) podatke. Pri zdravnikih so opravili ankete, da so lahko določili natančno socialno mrežo. Zdravniki so poročali o tem, čigavo mnenje vključijo v svoje navade pri predpisovanju Rp zdravil in način interakcije z

mnenjskimi vodji. Za ocenjevanje vpliva mnenjskih vodij pa so uporabili podatke na mikro - nivoju, kar pomeni natančno število receptov za vsakega zdravnika. Za raziskavo so izbrali že uveljavljeno zdravilo. V tem obdobju je malo nejasnosti pri zdravnikih glede uporabe in učinkovitosti zdravila, ki ga predpisujejo. V takih okoliščinah je težko odkriti učinek mnenjskih vodij. V času raziskave je prišlo do spremembe priporočil glede uporabe zdravil v terapevtski kategoriji. Spremembe so bile podane iz strani državnega inštituta za zdravje (tretje stranke), kar je vneslo precej nejasnosti med splošne in družinske zdravnike. V takih primerih zdravniki zelo cenijo mnenje specialista iz področja, ki ga sami ne poznajo dovolj.

Spoznanja raziskave so pokazala, da vedenje mnenjskih vodij pomembno vpliva na vedenje zdravnikov po spremembah priporočil. Izkazalo se je tudi, da imajo mnenjski vodje v takih situacijah manjši vpliv kot ciljna osebna prodaja strokovnih sodelavcev. Vpliv mnenjskih vodij je asimetričen, kar pomeni, da oni vplivajo na vedenje splošnih zdravnikov in ne obratno.

## 2.7 STROKOVNE REVIIJE

Novejše raziskave kažejo, da so medicinske strokovne revije najpomembnejši vir informacij za zdravnike. Za farmacevtska podjetja postajajo vse pomembnejši medij za trženje zdravil namenjen direktno zdravstvenim delavcem (Manchanda & Honka, 2005, str. 809). Porabniki medicinskih strokovnih revij imajo zaupanje, da so revije neodvisne in pravi vir informacij o Rp zdravilih.

Zelo malo porabnikov se zaveda, kaj se v resnici dogaja v zakulisju medicinskih raziskav in objav v medicinskih revijah (Kage, 2005, str. 2). Večina medijev je odvisna od oglaševalcev in njihovega denarja, ki jim pokriva račune. Denar, pridobljen s strani naročnikov, velikokrat ne pokriva niti tekočih stroškov. Poraja se vprašanje, ali so medicinske strokovne revije lahko vredne zaupanja, da zagotavljajo točne in ne prirejene podatke o kliničnih raziskavah in o zdravilih, če so skoraj v celoti financirane s strani farmacevtskih podjetij (Kage, 2005, str. 1).

Richard Smith, nekdanji urednik ugledne medicinske revije The British Medical Journal (BMJ) priznava, da je bila revija v času njegovega urednikovanja preveč odvisna od denarja, ki so ga prinašali oglasi, da bi lahko bila neodvisna. Smith ocenjuje, da je 2/3 do 3/4 vseh raziskav objavljenih v medicinskih revijah: Annals of Internal Medicine, Journal of the American Medical Association, Lancet in New England Journal of Medicine, financiranih s pomočjo farmacevtskih podjetij (Kage, 2005, str. 2).

Smith tudi navaja primer objave medicinske raziskave z negativnimi rezultati za določeno zdravilo v reviji Annals of Internal Medicine. Farmacevtsko podjetje, čigar zdravilo je bilo uporabljeno v tej raziskavi, je posledično umaknilo oglase v tej reviji za nekaj mesecev. Uredniki so prisiljeni dobro razmisliti, ali objaviti raziskave z negativnimi rezultati in ostati konec leta brez službe, ker bodo končali v rdečih številkah, ali je boljše, da se takšne raziskave ne objavijo (Kage, 2005, str. 2, 4). Farmacevtska podjetja podpirajo mnenjske vodje tako, da jih vzpodbujajo k objavljanju v medicinskih revijah (Holdford, 2005, str. 392).

Medicinske revije v ZDA so že pred leti pričele uporabljati bolj striktna etična pravila pri objavljanju raziskav, ki so jih financirala farmacevtska podjetja. Določene revije so se odločile, da ne bodo dovolile objav takih raziskav. Revija The Journal of the American Medical Association (JAMA) je določila, da morajo statistiko vseh raziskav še enkrat

pregledati strokovnjaki, ki nimajo nobenih vezi s podjetji, ki so raziskavo financirala (Fraser, 2006, str. 1). Podjetja ne tekmujejo med sabo samo katero bo prej prišlo na trg z novim zdravilom, temveč tudi z objavami raziskav v znanstvenih krogih priznanih revij.

Farmacevtska podjetja že desetletja financirajo medicinske revije. Razkritja raziskav, kjer je bil ugotovljen konflikt interesov (npr. razkritje milijonskih zneskov treh profesorjev, ki so jih prejeli od farmacevtskih podjetij, opisanih na straneh 44, 45), so privedla do strožjih pravil pri objavljanju raziskav, ki so jih zanje naredili strokovnjaki plačani s strani farmacevtskih podjetij (Fraser, 2006, str. 1).

## **2.8 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA**

Glavni viri informacij o zdravilih so poleg strokovnih sodelavcev strokovna srečanja, simpoziji, kongresi (Narayanan, Manchanda & Pradeep, 2005, str. 278). Kongresi, kot najbolj zanimiva oblika izobraževanja, so dveh tipov. Klasični kongresi, ki jih organizirajo neodvisna združenja s posameznega medicinskega področja in kongresi oziroma simpoziji, ki jih organizirajo posamezna farmacevtska podjetja. Klasičnih je na svetu okoli petsto in prisotnih je lahko do nekaj tisoč udeležencev. Običajno so že nekaj let v naprej znani mesto dogajanja in čas, da si lahko zdravniki in farmacevtska podjetja v naprej planirajo udeležbo. Kongresi oziroma simpoziji, ki jih organizirajo posamezna farmacevtska podjetja, pa se odvijajo v znanih turističnih letoviščih (Marn, 2008, str. 23).

Medosebna komunikacija med zdravniki, ki se družijo na strokovnih srečanjih, simpozijih, kongresih, zagotavlja informacije o učinkovitosti in drugih učinkih novih zdravil v raziskavah in v praksi, razpoložljivost generičnih substitutov in podobno. Ta tok informacij pa vpliva na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil (Nair et al., 2006, str. 3). Številne raziskave in poročila razlagajo, da financiranje zdravnikov iz strani farmacevtskih podjetij vpliva na njihov vzorec predpisovanja zdravil (Grassley, 2008, str. 5031).

Eden od načinov financiranja je sponzoriranje udeležbe na strokovnih izobraževanjih. Farmacevtske družbe zdravnikom krijejo poleg kotizacije še letalsko karto, bivanje v hotelu, kosila, večerje, prevoze s taksijem. S tem, ko farmacevtska podjetja v Sloveniji omogočajo zdravnikom smučanje v Davosu, čarterski polet do Dubrovnika skupaj z družinskimi člani, safari v Južnoafriški republiki, večerje z jastogi, ostrigami in pregrešno dragim vinom in podobno vedo, da ne kršijo samo zakona o zdravilih, ampak tudi vse mednarodne predpise in priporočila (Marn, 2008, str. 23).

Zakon o zdravilih (2006) v 88. členu dovoljuje, da lahko farmacevtska podjetja omogočajo osebam, ki predpisujejo in izdajajo zdravila, pridobivanje dodatnih znanj o novih zdravilih na znanstvenih in strokovnih srečanjih, vendar to ne sme prekoračiti strokovnih in znanstvenih ciljev takšnega izobraževanja, podrejeno mora biti izključno pridobivanju znanja in namenjeno le osebam, usposobljenim za predpisovanje in izdajanje zdravil in medicinskih pripomočkov.

V Zakonu o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravilih (2008) je zagrožena kazen za prekršek pravne ali fizične osebe 8.000 do 120.000 evrov, če ravna v nasprotju z 88. členom Zakona o zdravilih (2006) in z globo 400 do 4000 evrov se kaznuje odgovorna oseba pravne ali fizične osebe tega zakona.

Za obnovitev licence, pa so potrebne kreditne točke, ki jih pridobijo na podiplomskih izobraževanjih. Država, ki jim nalaga to obveznost, jim ne omogoča izobraževanja. To priznava tudi ministrica za zdravje Mazej Kukovič, ki pravi, da bi se morala strokovna izobraževanja zdravnikom plačevati iz proračuna ministrstva za zdravje (Marn, 2008, str. 24).

Da bi se farmacevtska podjetja in zdravniki izognili plačevanju davkov, ki so jih dolžni pri neposrednem financiranju, so oblikovali nekaj različic financiranja izobraževanj na kongresih in simpozijih. Ena oblika je doniranje denarja zdravniškim in drugim društvom, ki nato plačajo stroške izobraževanja zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem. Zelo uspešno pri zbiranju donacij je Društvo za izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki je v letu 2006 in 2007 samo od farmacevtskega podjetja GlaxoSmithKline dobilo skoraj milijon evrov. Druga različica pa je doniranje denarja zdravstveni ustanovi in te s tem denarjem financirajo izobraževanje zdravstvenim delavcem. Na dan pa so prišle pogodbe vezane trgovine med farmacevtskim podjetjem GlaxoSmithKline in Onkološkim inštitutom, ki pa niso samo moralno in etično sporne, temveč so prepovedane (Marn, 2008, str. 26, 27).

V izogib takim zapletom in zaradi konflikta interesov imajo v razvitem svetu točno določena pravila. Norveška in Finska prepovedujeta zdravnikom udeležbo na izobraževanjih sponzoriranih s strani farmacevtskih podjetij. Švedska dovoljuje, da polovico plača farmacevtsko podjetje, drugo polovico pa si mora plačati zdravnik sam. Na Danskem so zdravniki ustanovili združenje, ki od farmacevtskih podjetij ne sprejemajo denarja, promocijskih materialov, niti ne dovolijo obiskov strokovnih sodelavcev (Marn, 2008, str. 24).

### **3. RAZISKAVA VEDENJA ZDRAVNIKOV PRI PREDPISOVANJU ZDRAVIL NA RECEPT**

Empirični del magistrske naloge temelji na lastni trženjski raziskavi. Odločila sem se, da bom opravila kvalitativno raziskavo o vedenju zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil v Sloveniji z metodo globinskega osebnega intervjuja.

Opredelila bom namen in cilj raziskave, podrobno opisala metodologijo in način zbiranja podatkov za raziskavo. Pridobljene podatke iz intervjujev bom skrbno obdelala, jih podrobneje analizirala ter predstavila rezultate in glavne ugotovitve. Z raziskavo vedenja zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil bom pridobila dragocene podatke za področje Slovenije.

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE**

Namen dela je odkriti dejavnike, ki vplivajo na vedenje zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil in kako vplivajo posamezni dejavniki. Zdravnik je neposredni odgovorni nosilec zdravniške dejavnosti in kot tak odgovoren za izbiro zdravila.

Moj namen je izvedeti od zdravnikov, kakšen vpliv ima stanje v zdravstvenem sistemu nanje, kako občutijo razdvojenost med številnimi informacijami, pritiski farmacevtske industrije, plačniki, bolniki in kakšno je posledično njihovo vedenje pri predpisovanju Rp zdravil.

Namen je pridobiti in zbrati informacije o trenutnem stanju v zdravstvu pri nas. V zadnjem času je to vprašanje dvignilo veliko medijskega prahu, izjave zdravnikov so velikokrat iztrgane iz konteksta, zato želim pridobiti individualne poglede intervjuvancev. Proučila bom, kakšen pomen pripisujejo farmacevtski industriji in vplivom nanje in tudi na celotno družbo. Skozi različna časovna obdobja so zdravniki pripisovali posameznim virom informacij o zdravilih različni pomen. Namen intervjuja je ugotoviti, kako danes razvrščajo vire po pomembnosti in kaj menijo o prednostih in slabostih posameznih virov.

Zanima me, kako poteka proces od postavitve diagnoze in do izbire zdravila. Na kaj vse pomislijo preden se odločijo za določeno zdravilo pri bolniku. Za doseganje čim boljše compliance je pomembno, da se vzpostavi zaupanje med zdravnikom in bolnikom. Zanima me, če imajo zdravniki v svojem delovnem času dovolj časa za pogovor z bolniki o zdravstvenem stanju, postopkih zdravljenja in o zdravilih, kadar so ta indicirana. V raziskavi želim izvedeti mnenje zdravnikov o trženju farmacevtskih podjetij, o odnosu s strokovnimi sodelavci in njihovem vplivu na predpisovanje zdravil in njihov odnos do daril. Želim tudi izvedeti, kako zaznavajo razliko med originalnimi in generičnimi zdravili in kako vplivajo nanje ukrepi ZZZS za obvladovanje izdatkov za zdravila.

Cilj raziskave je raziskati kompleksnost zdravnikovih odločitev in vedenje pri predpisovanju Rp zdravil v slovenskem prostoru ter rezultate strniti v ugotovitve, ki bodo lahko podlaga za nadaljnje raziskave, pomoč farmacevtskim podjetjem v Sloveniji pri oblikovanju trženjskih prijemov za doseganje večje prodaje in zavarovalnici ter državnim organom pri oblikovanju ukrepov za obvladovanje izdatkov za zdravila.

### **3.2 METODOLOGIJA RAZISKAVE**

Na podlagi pregleda literature iz prvega dela naloge in iz tega pridobljenega znanja, lastnih izkušenj in poznavanja metod raziskovanja, sem oblikovala empirični del magistrske naloge. Izbrala sem kvalitativno metodo za raziskovalni del magistrske naloge. Odločila sem se, da uporabim osebni globinski intervju kot metodo dela.

Kvalitativne raziskave odgovarjajo na vprašanja kaj, kako, kdaj in kje. Nanašajo se na pomen, koncept, definicije, karakteristike, metafore, simbole in opise (Berg, 2007, str. 3). So diagnostične, ker poskušajo ugotoviti, kaj prispeva k določenemu načinu vedenja. Iščejo globlje razumevanje dejavnikov, ki bi sicer lahko ostali prikriti. So subjektivne narave, ne omogočajo statistične analize in imajo še druge omejitve. Kljub temu, pa omogočajo enkraten vpogled v raziskovalni problem (Chisnall v Krašna, 2005, str. 59).

Osebni globinski intervju omogoča globlji prikaz občutkov, stališč in vedenja udeležencev intervjuja (Johnson & Lee-Ross v Krašna, 2005, str. 59). Pri obravnavani problematiki obstajajo določeni socialni pritiski in je pomembno, da se udeležence intervjuja obravnava posamezno in s tem odstrani pritisk skupine. Udeleženci lažje izrazijo občutke in osebno mnenje, ko so obravnavani individualno in jim je zagotovljena anonimnost. Na ta način bom poskusila pridobiti pomembne odgovore, ki mi bodo pomagali pojasniti problematiko raziskovanja. Prepričana sem, da imam glede na izkušnje dovolj veščin, ki so potrebne, da spodbudiš pri intervjuvancu prosto govorjenje o predmetu, ga hkrati opazuješ in po potrebi usmeriš in vodiš intervju.

Berg (2007, str. 92-97) deli globinske intervjuje po zgradbi na standardizirane, pol-standardizirane in nestandardizirane, katerih značilnosti prikazuje Tabela 10.

Tabela 10: Zgradba intervjujev

ZGRADBA INTERVJUJEV		
STANDARDIZIRAN	POL-STANDARDIZIRAN	NESTANDARDIZIRAN
formalna zgradba	bolj ali manj zgrajen	popolnoma nezgrajen
ni odklonov od vrstnega reda vprašanj	vprašanja so lahko prerazporejena	vprašanja nimajo reda
vprašanja so zastavljena natančno tako kot so zapisana	besedilo v vprašanju se oblikuje fleksibilno	besedilo za vprašanja ni pripravljeno
ni prilagoditev v jeziku	jezik se lahko prilagodi	jezik se lahko prilagodi
ni pojasnjevanja ali odgovorov na vprašanja med intervjujem	oseba, ki dela intervju, lahko odgovarja na vprašanja in dodatno pojasnjuje	oseba, ki dela intervju, lahko odgovarja na vprašanja in dodatno pojasnjuje
nobeno dodatno vprašanje ne sme biti zastavljeno	oseba, ki dela intervju, lahko doda ali zbriše poskuse intervjujev pri kasnejših subjektih	oseba, ki dela intervju, lahko doda ali zbriše vprašanja med intervjujem
podoben anketi		

Vir: prirejeno po Berg, *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (6th ed.), 2007, str. 93

V moji raziskavi sem se odločila za pol-standardizirano obliko osebnega globinskega intervjuja, da bi na ta način ujela podrobne »opise« zdravnikovih izkušenj in vedenja.

Vse zdravnike sem k sodelovanju v raziskavi povabila po telefonu in se hkrati dogovorila za kraj in čas izvajanja intervjujev. Vsi, ki sem jih povabila k sodelovanju, so se strinjali, da bodo pomagali s sodelovanjem v globinskem intervjuju oblikovati empirični del magistrske naloge. Predhodno so izvedeli samo temo pogovora, nihče pa ni prej dobil opomnika, da bi se na intervju pripravil. Vsem je bilo zagotovljeno, da bodo ostali neimenovani in da so podatki zaupni. V kolikor bi lahko določeni zaznamki ali elementi pogovora razkrili identiteto sogovornika, sem jih odstranila, zaradi zagotavljanja anonimnosti. Snemanje so dovolili 4 sogovorniki, kar mi je omogočilo natančnejše zapise vsebine, olajšalo delo in skrajšalo čas trajanja intervjuja. V vseh ostalih primerih sem delala zapise sproti pri vsakem vprašanju, kar pa je podaljšalo čas intervjujev. Pogovor je potekal vedno le z enim udeležencem.

V raziskavo je bilo zajetih 9 zdravnikov, med njimi 3 ženske in 6 moških. Starost vključenih oseb je bila od 38 do 67 let. Vsi so zaposleni na istem delovnem mestu že dalj časa. Zbiranje podatkov je trajalo od oktobra 2007 do februarja 2008.

Da bi dosegla čim večjo variabilnost odgovorov in po mojem mnenju najbolj reprezentativen vzorec za proučevano populacijo, sem uporabila namenski vzorec, ki je zajel zdravnike iz različnih geografskih področij Slovenije in različnih specializacij, kar je zajeto v Tabeli 11.

Tabela 11: Prikaz vzorca zdravnikov vključenih v globinski intervju

ZAPOREDNA ŠTEVILKA INTERVJUJA	SPECIALIZACIJA	KRAJ
1	Splošna medicina	Krško
2	Nevrologija	Maribor
3	Kirurgija	Maribor
4	Kirurgija	Celje
5	Kirurgija	Novo mesto
6	Splošna medicina	Sevnica
7	Kardiologija	Novo mesto
8	Splošna medicina	Ljubljana
9	Kardiologija	Šmarješke toplice

Podlaga za globinski individualni intervju je bil opomnik, ki sem ga pripravila glede na pridobljeno znanje iz prakse o vedenju zdravnikov ter s pomočjo literature in raziskav opravljenih s podobno tematiko. Tako pri pripravi vprašanj kot tudi kasneje pri vodenju intervjujev sem se zavedala, da lahko moje poznavanje problematike in vpletenost kot zaposlene v farmacevtskem podjetju vpliva na rezultate. Poskusila sem se distancirati od obravnavane problematike in vsak del obravnavati večplastno in iz tega izoblikovati, kar se da objektivno sliko in iz raziskave pridobiti veljavne in zanesljive podatke. Zato sem bila pri sestavljanju vprašanj poleg vsebine zelo pozorna tudi na obliko. Izogibala sem se vprašanjem, ki bi pri sogovorniku lahko povzročila čustveni odziv, ki je običajno negativen. Niso se začnjala z vprašalnicami: zakaj, kako to, ker imajo lahko kazensko konotacijo. Namesto zaprtih in sestavljenih vprašanj sem raje uporabila odprta in ne zavajajoča.

Vsebinsko so se vprašanja dotikala različnih tem: stanja v zdravstvu v Sloveniji, procesa postavitve diagnoze, izbire zdravila, sodelovanje bolnikov, virov informacij o zdravilih, vpliva farmacevtske industrije in trženja zdravil ter ukrepov ZZZS za zmanjševanje stroškov zdravil. V Prilogi 1 so prikazana vprašanja iz opomnika.

V večini primerov sem se držala vrstnega reda vprašanj v opomniku in se prilagodila situaciji in zamenjala vrstni red, če je sogovornik že sam začel pogovor o določeni temi. Začetno vprašanje je bilo splošno, enostavno in namenjeno uvodu v dano tematiko. Sledila so bolj specifična in občutljiva vprašanja. V veliko pomoč pri izvajanju intervjujev so mi bile izkušnje pridobljene pri sedemletnem delu kot strokovna sodelavka. Poznavanje problematike in jezika, ki ga sogovornik govori je pomembno za razumevanje pridobljenih informacij. S fleksibilnim oblikovanjem vprašanj in uporabo istega jezika sem poskusila tudi ustvariti atmosfero, ki bi privedla do čim bolj spontanih odgovorov. V določenih primerih sem morala pojasnjevati vprašanja ali odgovarjati na sogovornikova vprašanja. Vsi so odgovarjali korektno.

Nihče ni prejel plačila za porabljen čas za sodelovanje v intervjuju, ki je potekal vedno izven delovnega časa, v ordinaciji ali izven. Intervjuje ocenjujem kot precej dolge. Število vprašanj in podvprašanj je bilo precejšnje, ker je tematika tako obsežna, da je ni moč smiselno strniti v

krajšo obliko. Čas trajanja je bil zelo različen: od 30 minut do ure in pol in v veliki meri odvisen od tipa sogovornika. Na isto vprašanje sem lahko dobila bogat, podroben, tekoč in dolg odgovor ali kratek, jedrnat, lahko tudi nejasen odgovor. Ne glede na čas trajanja intervjuja sem dobila občutek, da so sogovorniki imeli občutek, da ni poteklo veliko časa. Nekajkrat se je zgodilo, da so se ob zadnjem vprašanju ali ob izklopu snemalnika in zavedanju, da je pogovora konec, šele odprli in dodatno pojasnjevali določene odgovore. Tudi te dragocene podatke sem skrbno zabeležila. Intervjuje sem opravljala vse dotlej, ko iz odgovorov nisem pridobivala več novih informacij oziroma sem dosegla teoretično nasičenje.

### **3.3 REZULTATI RAZISKAVE**

Globinski individualni intervjuji so mi omogočili pridobiti individualne poglede in poglobljene informacije o obravnavani problematiki. Kvalitativne raziskave so prepričljive, ko se raziskujejo izkušnje in vedenje.

Za prikaz rezultatov je podlaga opomnik (Priloga 1) in bistvo odgovorov je tematsko razvrščenih. Poročam o mnenjih zajetih iz vseh intervjujev in navajam posebnosti v odgovorih, če so bili le ti prisotni. Najpogosteje so rezultati intervjujev besedni opisi in razlage. Ilustrativni citati so vključeni v besedilo, da si lahko bralec pridobi bolj živo predstavo o surovih podatkih, ki so baza rezultatov. V kolikor je bilo mogoče in smiselno sem uporabila tabelarni prikaz, zaradi boljšega in hitrejšega pregleda odgovorov.

Pri interpretaciji odgovorov je potrebna previdnost, ker je število intervjujev omejeno in odraža poglede izbranih posameznikov. Pri oblikovanju velikosti vzorca sem izbrala najmanjši vzorec, ki mi je omogočal kakovostne rezultate.

Odgovore intervjujev sem strnila v šest sklopov, ki so v nadaljevanju obravnavana kot podpoglavja.

#### **3.3.1 TRENUTNO STANJE V ZDRAVSTVU**

Stanje v zdravstvu pri nas sem poskusila razložiti v prvem poglavju, kjer sem nanizala dejstva, poglede in ugotovitve strokovnjakov različnih strok, tako medicinske kot tudi ekonomske. Večina mnenj zajema osnovno misel, da je v našem zdravstvenem sistemu veliko težav. Nasprotujoče mnenje sem zasledila le v izjavi za javnost iz novinarske konference zdravniških organizacij iz dne 10. 7. 2007, ki trdi, da slovensko zdravstvo deluje zelo dobro, da imajo zavarovanci na področju farmakoterapije pravo razkošje in to brez doplačila oziroma participacije. Hkrati pa priznavajo, da še vedno obstaja problem čakalnih vrst na operacije, diagnostiko in terapije pri specialistih, prenizke plače in nestimulativno plačevanje. Navajajo tudi, da Slovenija nima dovolj vrhunske medicinske opreme, ker se iz proračuna namenja premalo denarja (Pegan, Kenda, Kuštrin, 2007).

Subjektivno zaznavanje stanja v zdravstvu zdravnikov se mi zdi izrednega pomena, ker so oni neposredno odgovorni nosilci zdravniške dejavnosti. Če imamo utrujenega in nezadovoljnega izvajalca katerekoli storitvene dejavnosti, ti težko zagotavljajo dobre storitve.



Vsi zdravniki v intervjujih so izkazali nezadovoljstvo nad stanjem v našem zdravstvu. Besede, s katerimi so želeli na kratko opisati stanje, so bile sledeče:

*"katastrofalno, kritično, neurejeno, zelo slabo, nedorečeno."*

Zanimalo me je, kaj se skriva za tem. Ugotovila sem, da za večino to pomeni nezadovoljstvo nad plačami, kajti več kot polovica zdravnikov (vsi kirurgi, en specialist splošne medicine iz Ljubljane in kardiologije iz Šmarjeških toplic) je menila, da so plače prenizke in delitev nepravična. Plačilo po sistemu uravnilovke jih demotivira, ker se določeni ljudje lahko skrivajo za tem, medtem ko sami čutijo preobremenjenost na delovnem mestu.

Več kot polovica (vsi specialisti splošne medicine ter specialista nevrologije in kardiologije iz Šmarjeških toplic) jih je navedla, da zaznajo velik pritisk s strani bolnikov. Razpetost med bolniki in ZZZS sta izpostavila specialista splošne medicine iz Krškega in Sevnice, ker je stanje nedorečeno. Bolniki želijo imeti vedno več storitev, zdravil, zdraviliškega zdravljenja. Zaradi nezadovoljstva na delovnem mestu, pritiskov delodajalcev, strahu pred izgubo službe se zatekajo k zdravnikom po bolniške, želijo imeti invalidsko pokojnino, itd.

*"Zavarovanci mislijo, da imajo vse možne pravice. ZZZS jim jih formalno prizna, v realnem življenju pa je potem to težko realizirati in ljudje se znašajo nad zdravstvenimi delavci. Sistem je dvoličen: ZZZS zavarovancem obljublja veliko, zdravnikom pa nadzorujejo porabo zdravil in pošiljajo finančne izpiske o porabi, pošiljajo nadzore, če prekoračimo porabo, omejujejo število napotnic, zavračajo predloge za zdraviliško zdravljenje..."* (Specialist splošne medicine, Sevnica)

Trije zdravniki, med temi 2 specialista splošne medicine iz Sevnice in Krškega ter specialist nevrologije, so opozorili na negativni prikaz vsega, kar se dogaja v zdravstvu, v medijih in s tem negativen vpliv na bolnike. Mediji si želijo senzacije, potencirajo in posplošujejo dogodke. Specialist splošne medicine iz Krškega je omenil primer umirajočega bolnika v Kliničnem centru:

*"Človek je umiral in sploh ne vem, zakaj je bil takšen človek pripeljan na urgenco. Včasih so umirali ljudje doma, v krogu najbližjih in to je bil naraven proces. Danes pa umre osemdesetletnik in že mora biti nekdo kriv, da ga ni pravilno obravnaval. Ljudje so vedno umirali in danes ni nič drugače."*

Vsi kirurgi so pri opisu trenutnega stanja navedli tudi zastarelost sistema, medicinske opreme in nedostopnost do preiskav v kratkem času. V Celju so zastareli tudi objekti.

### **3.3.2 VPLIV FARMACEVTSKE INDUSTRIJE**

Farmacevtska industrija ima pomembno vlogo pri napredku znanosti in medicine. Ključnega pomena je vnos raziskovalnih dosežkov v zdravljenje, ki je široko dosegljivo in dostopno. To predstavlja ogromen uspeh in dobrobit za celotno družbo. Uspehi pri razvoju novih zdravil so omogočili ozdravitve smrtnih nalezljivih boleznih in ogromen napredek pri zdravljenju nenalezljivih boleznih (EFPIA, 2007, str. 2). Zdravila preprečujejo, lajšajo, zdravijo bolezni ali pomagajo pri odkrivanju bolezni, kar predstavlja korist za ljudi: izboljšuje kakovost in dolžino življenja (Berkow, 2000, str. 28). Farmacevtska podjetja želijo za doseganje dobrih poslovnih rezultatov dvigniti povpraševanje po zdravilih in doseči čim višjo prodajo. To so

dosegali in še dosegajo z agresivno obrambo patentov in velikim številom prodajnega osebja, katerih trženjski pristopi so lahko tudi etično sporni (Myers & Stafford, 2007, str. 6, Moss & Schuiling, 2004, str. 55).

Iz intervjujev sem poskusila izvedeti kako zdravniki zaznavajo to dogajanje in kako vpliva na vedenje pri predpisovanju Rp zdravil. Vsi udeleženci intervjujev, razen specialista kirurgije iz Celja, so na vprašanje o vplivu farmacevtske industrije začeli odgovarjati z mnenjem o strokovnih sodelavcih. Strokovni sodelavci farmacevtskih podjetij zanje niso samo eden od trženjskih prijemov, temveč mnogim poosebljajo farmacevtska podjetja. Vsi so bili mnenja, da je vpliv pozitiven. Pet zdravnikov (specialista splošne medicine iz Ljubljane in Sevnice, specialista kirurgije iz Novega mesta in Celja ter specialist kardiologije iz Novega mesta) je bilo mnenja, da je vpliv farmacevtske industrije velik in se povečuje:

*"...vpliva na dobrobit vseh nas, veliko investirajo v promocijo in informiranje ljudi, kar povečuje osveščenost, s pomočjo farmacevtske industrije je napredovala znanost, lokalno nudi službe, plačuje davke, sponzorira in donira denar."* (Specialist kardiologije, Novo mesto)

Večina ima občutek, da na njih osebno farmacevtska podjetja nimajo velikega vpliva. Da si lahko vsak postavi svojo mejo in ne dovoli, da bi jo kdo prestopil. Negativno mnenje so izrazili predvsem zaradi agresivnega promoviranja zdravil. Moteč jim je tudi občutek, da je določenim podjetjem samo do zaslužka:

*"Določena podjetja so zaupanja vredni partnerji. Pri določenih pa imaš občutek, da želijo samo zaslužiti. To ni dobro. Izredno pozitivna in družbeno odgovorna se mi je zdela poteza podjetja MSD, da so umaknili Vioxx iz prometa. Druga podjetja, ki imajo koksibe, pa tega niso storila."* (Specialist kardiologije, Šmarješke toplice)

### **3.3.3 VIRI INFORMACIJ ZA SEZNANJANJE O LASTNOSTIH ZDRAVIL**

V preteklosti je veliko oviro predstavljalo pomanjkanje informacij, danes pa so zdravniki soočeni z veliko količino informacij. Do tega je privedlo veliko število raziskovalnih dejavnosti in informacijska tehnologija.

Postavlja se vprašanje, kako zdravniki sledijo najnovejšim spoznanjem, v medicini podprti z dokazi in se hkrati ne izgubljajo v množici informacij, ki jim jih omogočajo komercialni viri (oglasila v revijah, pošta, obiski strokovnih sodelavcev farmacevtske industrije, vzorci zdravil) in nekomercialni viri (članki v strokovnih revijah, nacionalni in mednarodni kongresi, strokovnjaki, farmacevti) (Manchanda & Pradeep, 2004, str. 129).

Zdravniki so navedli 10 različnih odgovorov o tem, katere vire informacij uporabljajo za seznanjanje o lastnostih zdravil. Vsi so navedli strokovne sodelavce farmacevtskih podjetij in večina uporablja internet, sledijo predavanja in proizvajalčeva navodila o zdravlilu. Natančen izbor pa je prikazan v Tabeli 12.

Tabela 12: Viri informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil

ZAPOREDNA ŠT. INTERVJUJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	SKUPAJ
STROKOVNI SODELAVCI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
IZKUŠNJE	X									1
INTERNET	X				X	X	X	X	X	6
PREDAVANJA	X	X						X	X	4
STROKOVNA LITERATURA		X			X					2
STROKOVNE SMERNICE		X		X	X					3
NAVODILA O ZDRAVILU		X	X	X			X			4
KONZULATACIJE S SPECIALISTI				X						1
NEODVISNI ČLANKI					X				X	2
POŠTA FARM. PODJETIJ								X		1

Pri podvprašanju o najpomembnejšem viru informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil, sem prosila, da izberejo samo po en vir. Največ zdravnikov vidi strokovne sodelavce kot najpomembnejši vir informacij, kar je razvidno tudi iz Tabele 13.

Tabela 13: Najpomembnejši vir informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil

ZAPOREDNA ŠT. INTERVJUJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	SKUPAJ
STROKOVNI SODELAVCI		X	X					X	X	4
PREDAVANJA	X									1
STROKOVNE SMERNICE				X						1
NEODVISNI ČLANKI					X					1
INTERNET							X			1
RAZLIČNI VIRI						X				1

Samo eden od udeležencev se ni mogel opredeliti le za en vir, temveč naj bi bila to mešanica vsega:

*"Ne morem se opredeliti, kateri vir je najpomembnejši. Zame je izrednega pomena, da dobim informacije iz več virov, jih kritično presojam in si ustvarim svoje mnenje. Za to pa sta potrebni znanje in izkušnje."* (Specialist splošne medicine, Sevnica)

Prednosti in slabosti določenih virov informacij o zdravilih sem strnila v Tabeli 14.

Tabela 14: Prednosti in slabosti virov informacij za seznanjanje o lastnostih zdravil

VIRI INFORMACIJ	PREDNOSTI	SLABOSTI
STROKOVNI SODELAVCI	komunikacija	hvalijo svoja zdravila
	kratkost	"forsirajo"
	osebni stik	raziskave le iz tujine
	povedo novosti	novačenje za svoj interes
	natančne informacije	želijo prodati
	izpostavijo najboljše	različne interpretacije raziskav
	slabosti konkurentov (pomembno, za ustvarjanje celotne informacije)	jemljejo čas
	dodatna literatura	

»se nadaljuje«

»nadaljevanje«

VIRI INFORMACIJ	PREDNOSTI	SLABOSTI
STROKOVNI SODELAVCI	zastonj informacija	
	darila	
STROKOVNA LITERATURA		preveč časa porabiš
PREDAVANJA	verodostojna	
KONZULATACIJE S SPECIALISTI	zaupanje	
NAVODILA O ZDRAVILU	popolna informacija	preobsežno
NEODVISNI ČLANKI	dvojno slepe raziskave	če niso dvojno slepe raziskave
INTERNET	hiter dostop	če rutar pade dol
	v vsakem trenutku ga lahko uporabiš	
	neskončen vir informacij	

### 3.3.4 IZBIRA ZDRAVIL

Rezultati intervjujev kažejo na kompleksnost **procesa od postavitve diagnoze in do izbire zdravila**, kajti zdravniki so navedli ogromno število dejavnikov, ki se jim zdijo pomembni.

Trije zdravniki (splošna medicina, Sevnica; kirurgija, Celje; kardiologija, Šmarješke toplice) so poudarili, da ni nujno, da se sploh odločijo za zdravilo, ko postavijo diagnozo. Kirurg iz Maribora in kardiolog iz Novega mesta sta izpostavila problem postavitve diagnoze zaradi nedostopnosti do diagnostičnih preiskav v kratkem času. Izbira zdravila po potrjeni diagnozi pa je enostavna. Več kot polovica udeležencev intervjuja (Tabela 15) je pri izbiri zdravila postavila v ospredje zdravila, ki jih bolnik že prejema in nato dosedanje izkušnje z zdravilom. To se jim zdi pomembno zaradi interakcij z drugimi zdravili in izogibanja polipragmaziji. Polipragmazija se nanaša na uporabo več zdravil, ki se jemljejo hkrati in predstavlja zdravstveno tveganje. Poseben problem predstavljajo starostniki, ki imajo ponavadi več bolezni in simptomov, ki se morejo in jih je tudi treba zdraviti z zdravili. S tem pa so neželeni učinki pogostejši. Nobeno zdravilo in zdravstveno ukrepanje nista brez tveganja, potrebno pa je ovrednotiti uporabo zdravil in se odločiti za kombinacijo, kjer je pričakovana škoda sorazmerno majhna v primerjavi s pričakovano koristjo.

Odgovore na vprašanje, na kaj vse zdravniki pomislijo, preden predpišejo zdravilo, sem strnila v Tabeli 15. Večina zdravnikov je navedla tri ali več dejavnikov, ki se jim zdijo pomembni in na katere pomislijo pred izbiro zdravila. Specialist splošne medicine iz Ljubljane je omenil največje število dejavnikov, ki vplivajo nanj, preden predpiše zdravilo, po postavitvi diagnoze. Pomembna je teža, starost, spol in spremljajoče bolezni bolnika. Nato pomisli katere indikacije in kontraindikacije imajo posamezna zdravila in njegove dosedanje izkušnje s tem zdravilom. Na končno odločitev pa vplivata še proizvajalec in cena zdravila.

Tabela 15: Dejavniki, ki vplivajo na izbiro zdravila

DEJAVNIKI	ZAPOREDNA ŠTEVILKA INTERVJUJA									SKUPAJ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
IZKUŠNJE			X		X	X		X		4
INDIKACIJE/ KONTRAINDIKACIJE	X		X							1
DOSEDANJA TERAPIJA		X		X			X	X	X	5
TEŽA, STAROST, SPOL				X	X			X		3
SPREMLJAJOČE BOLEZNI					X		X	X		3
ALERGIJA NA ZDRAVILO				X						1
STRANSKI UČINKI						X				1
NAČIN APLIKACIJE				X			X			2
PROIZVAJALEC				X				X		2
CENA								X		1
VARNOST									X	1
PSIHOLOŠKI PROFIL BOLNIKA			X						X	2
OMEJITVE ZAVAROVALNICE						X				1

Zdravniki ne posvečajo posebne pozornosti **pogovoru z bolnikom** o izbiri zdravila. Pozanimajo se o dosedanji terapiji, možnih alergijah in nato mu povedo, katera zdravila so jim predpisali.

Štirje zdravniki specialisti (nevrologije, kirurgije iz Novega mesta, splošne medicine iz Ljubljane in kardiologije iz Šmarjeških toplic) namenijo pogovoru z bolnikom o izbiri zdravila veliko pozornost, kajti s tem dosežejo boljšo komplianso.

Zelo raznolike odgovore sem dobila na vprašanje, kateri dejavniki vplivajo na odločitev, da začnejo predpisovati **ново zdravilo**. Največkrat je omenjena informiranost o zdravilu. Sledijo dokazi (poudarek je bil na mednarodnih, neodvisnih študijah), ki jih ima novo zdravilo, neučinkovitost oziroma nedoseganje rezultatov s predhodnim zdravilom, manj stranskih učinkov pri novem zdravilu in zaradi stranskih učinkov predhodnega zdravila. Odgovore sem prikazala s pomočjo Tabele 16.

Tabela 16: Dejavniki, ki vplivajo na predpisovanje novega zdravila

ZAPOREDNA ŠT. INTERVJUJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	SKUPAJ
INFORMACIJE O ZDRAVILU	X			X	X				X	4
DOKAZI					X			X	X	3
VARNOST NOVEGA									X	1
NEUČINKOVITOST PREDHODNEGA ZDRAVILA	X					X	X			3
MANJ STRANSKIH UČINKOV NOVEGA		X		X			X			3
STRANSKI UČINKI PREDHODNEGA ZDRAVILA	X			X			X			3
IZKUŠNJE KOLEGOV		X		X						2
NAČIN APLIKACIJE			X							1
MOŽNOST POSLOVNEGA SODELOVANJA			X							1
DOSTOPNOST				X						1

Odgovore na vprašanje o **najpomembnejši lastnosti zdravil** prikazuje Tabela 17. Vsakega zdravnika sem prosila, da pove eno lastnost zdravila, ki se mu zdi najpomembnejša. Vsi so navedli učinkovitost. Specialistu kardiologije iz Šmarjeških toplic se zdi varnost enako pomembna kot učinkovitosti. Specialist kardiologije iz Novega mesta se ni želel opredeliti za eno samo lastnost, ker je zanj pomemben skupek več lastnosti, ki jih je navedel:

*"Zame je pomembno, da je zdravilo učinkovito in s čim manj stranskimi učinki. Da se izboljša prognoza, zmanjša umrljivost in hkrati izboljša kakovost življenja bolnika. Npr. če urediš epileptični status in ima zdravilo hkrati ogromno stranskih učinkov, nisi kaj dosti naredil."*

Tabela 17: Najpomembnejša lastnost zdravila

ZAPOREDNA ŠT. INTERVJUJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	SKUPAJ
UČINKOVITOST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
VARNOST									X	1
MALO STR. UČ.					X					1
ENOSTAVNO DOZIRANJE					X					1
CENA					X					1

### 3.3.5 TRŽENJE ZDRAVIL

V intervjuju sem zdravnikom postavila vprašanje, **kaj** za njih **pomeni najbolj učinkovito trženje zdravil**. Glede na to, da to niso strokovnjaki za ekonomijo, niti niso na delovnih mestih, kjer bi bilo potrebno znanje iz tega področja, nisem pričakovala strokovnih odgovorov. S tem vprašanjem sem želela izvedeti, kakšno sliko, če sploh, si ustvarijo zdravniki o trženju farmacevtskih podjetij.

Dva intervjuvanca sta mi odgovorila. Vsi ostali so želeli dodatna pojasnjevanja. Odgovor specialista kirurgije iz Novega mesta se je glasil:

*"Ne vem, ker sem zdravnik."*

Kljub temu je nadaljeval, s čimer je pokazal, da ima tako kot večina zdravnikov, željo pomagati:

*"Verjetno nekaj, kar ustreza v koncept zdravljenja. Zame je pomembno, da se seznanim s preparatom, da preizkusim učinkovitost in potem ga začnem uporabljati. Zelo pomembne so tudi metanalize, ki zajamejo veliko število raziskav in so potem del smernic zdravljenja za posamezno terapevtsko področje."*

Odgovor specialista kirurgije iz Maribora, ki je po mojem mnenju zajel bistvo koncepta celostnega marketinga, ki razlaga marketing kot menjavo, pri kateri obe strani pridobita, je sledeč:

*"Najbolj učinkovito trženje zame pomeni zadovoljstvo vse vpletenih: bolnikov, zdravnikov in farmacevtskih podjetij."*

Odgovor, ki bi ga lahko ocenila kot zelo blizu definiciji trženja in ga je podal specialist kirurgije iz Celja, pa se je glasil:

*"Zame je najbolj učinkovito trženje zdravila to, da je dobro predstavljeno, da je zdravilo res učinkovito, cenovno dostopno in fizično dosegljivo. Osebni pristop mi je zelo pomemben, oglasi pa nepomembni."*

Sledilo je vprašanje o **razliki med originalnimi in generičnimi zdravili**. Dva zdravnika specialista kirurgije iz Novega mesta in Maribora menita, da med njimi ni razlike. Vsi ostali pa verjamejo, da so med originalnimi zdravili in generiki razlike. Povzetke odgovorov navajam zaradi raznolikosti in izvirnosti:

- *"Če karikiram in vzamem za primer Leonarda da Vinci in Mono Liso. Samo ena je, ne glede na to, koliko kopij so že naredili. Pri originalih je način preverjanja varnosti, učinkovitosti in stranskih učinkov tisti, ki se razlikuje od generikov. Izdelujejo se po drugih metodah kot generiki. Učinkovina je res ista. H<sub>2</sub>O je tudi ista formula pri vodi izpod Alp ali pa iz Save." (Specialist kardiologije, Šmarješke toplice)*
- *"So bolezni, pri katerih ne upam uporabiti ničesar drugega kot original in tudi ne menjati. Če se nekdo dobro odziva na eno zdravilo, se zelo redko odločam za menjavo. Posameznik se lahko na generik drugače odzove. Tu je tudi zavarovalnica tolerantna. Pri določenih zdravilih pa mislim, da ni take razlike. Mene ne motijo ponaredki v modi: ali je Versace ali ni; pri zdravilih pa." (Specialist nevrologije, Maribor)*
- *"Originalna so sigurna. Generična so lahko enako dobra ali tudi slabša. Odvisno je tudi od podjetja, ki jih proizvaja. Lahko dosežajo tudi enake rezultate." (Specialist splošne medicine, Krško)*
- *"Originalno je originalno in konec. Generično ne more biti isto, čeprav je ista učinkovina." (Specialist splošne medicine, Sevnica)*
- *"Originalna obleka bo vedno boljše stala kot kopija. Substanca pri zdravilih je ista pri obojih. originatorji vložijo ogromno denarja v razvoj novega zdravila. Dejansko morajo zaslužiti več. Da lahko kopiraš od mene moraš nekaj plačati." (Specialist kardiologije, Novo mesto)*
- *"Original je original. Mislim, da komentar ni pomemben." (Specialist splošne medicine, Ljubljana)*
- *"Generična zdravila naj bi bila cenejša in če je učinek približno enak, ga uporabim." (Specialist kirurgije, Celje)*

Ko sem zdravnikom postavila vprašanje o razliki v **ceni med originalnimi in generičnimi zdravili**, me je zanimalo njihovo mnenje, kakšna naj bi ta cena bila. Prosila sem jih, da mi odgovorijo, četudi ne poznajo cen zdravil.

Trije zdravniki specialisti (nevrologije in kirurgije iz Celja in Novega mesta) so odgovorili, da ne vedo. Ko sem poskusila z podvprašanjem, da me zanima samo mnenje sem dobila od specialista nevrologije naslednji odgovor:

*"Jaz nisem ekonomist in ne vem, kakšne so cene. Pišem v skladu z navodili zavarovalnice. Pri nekaterih so razlike v ceni velike, pri drugih manjše. To je stvar ekonomije in tržišča. Kar naj se zavarovalnice in farmacevtska podjetja med seboj dogovorijo."*

Trije zdravniki specialisti (splošne medicine iz Krškega in Ljubljane ter kardiologije iz Šmarjeških toplic) so povedali, da so cene generikov v Sloveniji lahko enake kot originalnih zdravil in v posameznih primerih so generiki celo dražji od originalnih zdravil.

Trije specialisti (splošne medicine iz Sevnice, kardiologije iz Novega mesta in kirurgije iz Maribora) so menili, da so generiki cenejši in hkrati poudarili, da so te razlike premajhne. Specialist kardiologije iz Novega mesta je svojo trditev utemeljil tako:

*"Nekdo vloži ogromno. Dejansko mora zaslužiti več. Da lahko kopiraš od mene moraš nekaj plačati. Razlika v ceni je premajhna. Generiki bi morali biti bistveno cenejši. Zato še vedno raje predpisujem originalna zdravila."*

Zdravniki so največkrat izbrali strokovne sodelavce farmacevtskih podjetij kot vir informacij o zdravilih. V nadaljevanju sem želela pridobiti obsežnejše informacije o tem, kakšen **odnos** imajo sami **do strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij**, kako **vplivajo na predpisovanje zdravil in katere lastnosti najbolj cenijo oziroma se jim zdijo negativne** pri njih.

Vsi zdravniki so ocenili svoj odnos do strokovnih sodelavcev kot dober in spoštljiv. Iz odgovorov je bilo čutiti pozitivno naklonjenost. Dva sta celo poudarila, da jih moti, ker jim primanjkuje časa za obiske strokovnih sodelavcev ali pa morajo čas obiskov zelo omejiti. To se jim zdi slabost, ker vidijo strokovne sodelavce kot vir informacij o zdravilih. Specialist kardiologije iz Šmarjeških toplic je svoje mnenje izrazil z besedami:

*"Imam super odnos z večino strokovnih sodelavcev. To so partnerji, ki ti prihranijo čas".*

Vsi udeleženci intervjuja razen specialista nevrologije so prepričani, da imajo strokovni sodelavci vpliv na to, katera zdravila se predpisujejo. Specialist kirurgije iz Novega mesta je svoje mnenje opisal tako:

*"Strokovni sodelavci imajo zelo velik vpliv na predpisovanje zdravil. Dejstvo je, da če te nekdo kar naprej obiskuje in ponavlja venomer iste stvari, ima to zagotovo vpliv."*

V nadaljevanju odgovora pa je zaznati omejitev tega vpliva:

*"Do večine imam dober in pozitiven odnos. Vedno izveš kaj novega, kar pa ni nujno, da spremeni ustaljeno prakso predpisovanja zdravil. Trudim se, da odkrito povem, če me neka zdravila ne zanimajo, da me ne obiskujejo, ker s tem prihranim moj in njihov čas. Z določenimi pa želim vzpostaviti partnerski odnos."*

Specialist splošne medicine iz Ljubljane o vplivu strokovnih sodelavcev na predpisovanje zdravil pravi:

*"Velik vpliv na predpisovanje imajo na začetku, ko je zdravilo novo. S pogostimi obiski me večkrat spomnijo na novo zdravilo in to mi pomaga, da si ga zapomnim, ker je veliko zdravil. Kasneje pa nima vpliva na moje predpisovanje."*

Dva zdravnika (specialist kirurgije iz Celja in kardiologije iz Šmarjeških toplic) sta povedala, da je zanj izrazito pomemben osebni pristop strokovnega sodelavca. Kar pomeni, da imajo



določeni velik vpliv nanje in drugi ne. Specialist kardiologije iz Novega mesta pa navaja, da so argumenti tisti, ki ga prepričajo in lahko spremeni svoje predpisovalne navade.

*"Če ti je nekdo simpatičen, mu želiš pomagati in se odločiš za njegovo zdravlilo, pod pogojem, da je enakovredno drugemu zdravlilu."* (Specialist kardiologije, Šmarješke toplice)

Lastnosti, ki jih smatrajo kot pozitivne oziroma jih cenijo pri strokovnih sodelavcih:

- *"Profesionalno obnašanje: npr. zame je pomembno naročanje: pa naredim izjeme in vzamem nenaročenega strokovnega sodelavca, vendar, če ni moteč in ne moti dela je OK. On bo lahko naredil kljukico za poročanje šefom, mene pa ne bo spravil v zadrego pred polno čakalnico. Določeni so uvidevni in v primeru, da imaš veliko dela skrajšajo svoj obisk. Druge pa nič ne briga. To vpliva na odnos in posledično se z enimi raje pogovarjaš, z drugimi pa ne."* (Specialist splošne medicine, Sevnica)
- *"Korekten nastop, strokovna pripravljenost."* (Specialist kardiologije, Šmarješke toplice)
- *"Urejen, spoštljiv, človek, ki ima karmo. Je strokoven in zna odgovoriti na vprašanja. To je zaupanja vreden človek in ti je v pomoč pri predpisovanju. Pomembna je tudi izobrazba, ne da je nek tehnolog, ki o medicini nima pojma."* (Specialist splošne medicine, Ljubljana)
- *"Argumentiranje trditev s članki, ki jih lahko pregledam in se sam prepričam v verodostojnost trditev."* (Specialist kirurgije, Novo mesto)
- *"Dobra edukacija, uglajenost v nastopu, dobra predstavitev zdravila."* (Specialist nevrologije, Maribor)
- *"Kratek, jedrnat in poda samo bistvene podatke: prednosti, ciljne skupine bolnikov."* (Specialist kardiologije, Novo mesto)
- *"Kratka in jedrnata predstavitev, izkušnje strokovnih sodelavcev do sedaj."* (Specialist kirurgije, Celje)
- *"Prijaznost, strokovnost."* (Specialist kirurgije, Maribor)
- *"Informacija o zdravlilu je najbolj pomembna, ne toliko človeški faktor."* (Specialist splošne medicine, Krško)

Lastnosti, ki jih zaznajo kot negativne pri strokovnih sodelavcih:

- *"Obiščejo me, da me spomnijo na svoje produkte."* (Specialist kardiologije, Novo mesto)
- *"Izvajanje pritiska. Agresivnost."* (Specialist splošne medicine, Krško)
- *"Neurejenost: celosten pristop je pomemben, ne le obleka in nova frizura, temveč urejenost nasploh. Moti me, če strokovni sodelavec žveči, ko se pogovarja z mano ali če mu smrdi iz ust po cigaretah. S takim človekom se ne želim pogovarjati. Če nekdo smrdi po hlevu (nekateri so veterinarji in se to dogaja) in mi zasmrdijo cel prostor. To ni spoštljivo. Tudi jaz tega ne delam. To pa bi moral biti en drug nivo. Pa vedno ni tako."* (Specialist splošne medicine, Sevnica)
- *"Neprofesionalno obnašanje: delaš sam v petek popoldan in potem pride predstavnik in reče: samo vas še imam. Mene pa čaka še polna ambulanta bolnikov."* (Specialist splošne medicine, Sevnica)
- *"Nejedrnatost in predolgi nastopi."* (Specialist kardiologije, Šmarješke toplice)
- *"Neurejen človek, ki zamuja. Moti me, če takoj postavlja neka vprašanja, ima nad mnenje o svoji firmi, govori nepomembne stvari in je dolgovezen, nestrokovnost."* (Specialist kardiologije, Novo mesto in specialist splošne medicine, Ljubljana)

- *"Vsiljivost."* (Specialist splošne medicine, Ljubljana in specialist kirurgije, Novo mesto)
- *"Če pride in večino časa sprašuje, kaj bi morali narediti, da bi predpisal njihova zdravila in me sprašuje, če se spomnim kdaj pišem njihova zdravila. To me ne vzpodbudi, da bi predpisoval ta zdravila, temveč doseže le nasprotni učinek."* (Specialist splošne medicine, Ljubljana in specialist kardiologije, Novo mesto)
- *"Predstavitve raziskav, za katere sploh ne veš, kaj bi z njimi."* (Specialist kirurgije, Celje)
- *"Negativno govorjenje o konkurenci."* (Specialist kirurgije, Celje in specialist splošne medicine, Ljubljana)
- *"Da hodijo samo okoli šefov."* (Specialist kirurgije, Maribor)

Zdravniki imajo pozitiven **odnos do daril**, ki jih dobivajo od farmacevtskih podjetij. Večina meni, da posamezna podjetja izbirajo lepa in uporabna darila. Vzamejo jih z veseljem, in hkrati poudarjajo, da so to malenkosti, ki ne vplivajo na predpisovanje zdravil. Obema specialistoma kardiologije se zdijo stvari, ki jih dobivata cenene, potiskane z logotipi in neuporabne in večinoma končajo v košu za smeti. Obema se zdi knjiga s strokovno vsebino najlepše darilo.

*"Rad imam, če dobim kako literaturo ali kvalitetno pisalo. Vse ostalo roma v koš. Če je neestetsko potiskan, ne moreš nikjer uporabljati in zgleda zelo ceneno. Veliko denarja dajo firme za nepomembne stvari. Je pa to zagotovo dobra marketinška poteza, ker imaš to ves čas pred svojimi očmi. Bolje nekaj ljudi povabiti na kosilo in tam povedati kaj novega o zdravilu."* (Specialist kardiologije, Novo mesto)

Mnenje specialista kirurgije iz Maribora o darilih:

*"Menim, da je darilo znak pozornosti in nekaj pozitivnega. V poslovnem svetu je to gesta, ki vedno najde dobro mesto."*

Iz odgovora specialista splošne medicine iz Sevnice pa poleg mnenja izvemo tudi kaj so najpogostejša darila, ki jih prinašajo strokovni sodelavci:

*"Razveselim se praktičnega darila kot je npr. merilec krvnega tlaka ali stetoskop. To je nekaj, kar uporabljam in potrebujem v ordinaciji. To je veliko bolj pametno, kot da imam 1000 svinčnikov. Saj jih rabim, vendar več kot z enim tako ne moram pisati."*

Na vprašanje, kolikšna **vrednost darila** se vam ne zdi sporna, sem pričakovala odgovore v evrih. Dva zdravnika (specialist splošne medicine, Ljubljana in specialist kirurgije, Novo mesto) menita, da ni omejitve, kar se tiče vrednosti daril. Drugi se zaveda, da morajo biti davki plačani in to tudi evidentirano in potem v darilih ne vidi nič spornega. Specialist splošne medicine iz Krškega je prepričan, da je vrednost daril določena s strani države, vendar ne ve koliko ta znaša. Specialist kardiologije iz Novega mesta in specialist kirurgije iz Celja sta opredelila vrednost, nad katero bi se jima zdela darila sporna, in sicer 25 in 100 €. Obenem pa sta pri darilih omenila tudi kongrese in menita, da je to nadvse lepo in dragoceno darilo. Prvi priznava, da to lahko vpliva na njegovo odločitev pri izbiri zdravila. Če ima na voljo dve primerljivi učinkovini, bo predpisal tisto učinkovino, katere proizvajalec ga je povabil na kongres. Specialist kirurgije iz Maribora ocenjuje glede na obseg sodelovanja s farmacevtskimi podjetji, da se znajo pravilno odločati glede vrednosti daril in nimam negativnih izkušenj iz tega področja.

Navajam izjavo specialista kardiologije iz Šmarjeških toplic, ki je na vprašanje glede sporne vrednosti daril odgovoril sledeče:

*"Mislim, da v kolikor vam nekdo pomaga k uspehu, bi moral biti za to ustrezno nagrajen. Težko pa je to ovrednotiti. Temu bi lahko rekli plačilo po učinku. Vendar v praksi ni tako. Gre za lažno moralo. Mnenjski vodje služijo denar, tisti, ki pa zdravila res predpisujejo, pa ne dobijo drugega kot kemični svinčnik ali brez veze stvari."*

### 3.3.6 UKREPI ZA ZMANJŠEVANJE IZDATKOV ZA ZDRAVILA

Izdatki za zdravila se povečujejo in pozornost se vedno bolj usmerja na izdatke za zdravila in celotno zdravljenje (Van der Geer & Kangis, 2002). Od tod tudi vedno večji pritiski na zdravnike oz. predpisovalce zdravil, da izbirajo cenejša zdravila (Kralj, 2006, str. 41).

Ukrepi, ki jih pri nas izvaja ZZZS, so sledeči: razvrščanje zdravil na liste (pozitivno, vmesno in negativno), oblikovanje Seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, nagovarjanje uporabnikov zdravil za čim boljše sodelovanje pri zdravljenju, nadzori, usmerjeni k predpisovalcem zdravil, bilten Recept, ki je razposlan vsem zdravnikom in vsebuje novosti z list, omejitve, cene zdravil ter strokovni prispevki o racionalnem predpisovanju zdravil (Fürst, 2008).

Glede na poznavanje ukrepov ZZZS in pripravljenost sodelovanja zdravnikov v skladu z njihovimi napotki, so lahko rezultati ukrepov bolj ali manj uspešni in s tem tudi prihranki v zdravstveni blagajni. Da bi izvedela več o tej problematiki, sem zdravnikom zastavila vprašanje, **kakšni so ukrepi ZZZS na zmanjševanje stroškov za zdravila v zdravstvu.**

Nadzore, omejitve predpisovanja in bilten Recept so navedli štirje zdravniki in sicer vsi trije specialisti splošne medicine in specialist kardiologije iz Novega mesta. Specialist splošne medicine iz Ljubljane in Sevnice zelo dobro poznata ukrepe ZZZS, ki sta jih naštela in opisala. Ker se zavedata možnosti finančnega kaznovanja ob neupoštevanju omejitev, se jih tudi trudita dosledno držati. Vedno mislita na dobrobit bolnika, vendar jima je priporočilo ZZZS pomembnejše.

Specialista kirurgije iz Novega mesta in kardiologije iz Šmarjeških toplic menita, da so ukrepi slabi in popolnoma neprimerni. Navajam izjavo kardiologa:

*"Ukrepi so slabi. Porablajo energijo na nepravem mestu. Priporočajo generike, poceni zdravila, ampak s tem lahko privarčujejo zelo malo. Veliko bolj bi bilo koristno, če bi sledili kakovost zdravljenja in zahtevali od zdravnikov, da pokažejo rezultate zdravljenja kot pa da strašijo zdravnike splošne medicine."*

Specialist kirurgije iz Celja sploh ne ve, da obstajajo kakšni ukrepi. Kirurg iz Maribora pa meni, da je ukrep ZZZS takšen, da določenega zdravila v bolnišnici sploh ni možno dobiti in mora potem iskati druge možnosti zdravljenja namesto tistega, ki se zdi njemu najprimernejše.

Na koncu sem vsakemu postavila še vprašanje, kako **vpliva cena na predpisovanje zdravil.**

Specialistom splošne medicine se zdi cena pomembna zaradi nadzora, ki ga vrši ZZS. Zdravnik iz Sevnice redno prebira bilten Recept in pozna cene. Posebno pozornost nameni predpisovanju dragih zdravil, da je vse dokumentirano in utemeljeno. Ostalih šest zdravnikov meni, da cena ne vpliva na to, katero zdravilo bodo predpisali. Odgovore so pojasnjevali s sledečimi trditvami:

*"O ceni ne razmišljam. Zame je pomemben samo interes bolnikov. Cen sploh ne poznam. To mora urediti zavarovalnica."* (Specialist kardiologije, Šmarješke toplice)

*"Dokler ne bo denar vezan na bolnika in bomo vedeli, koliko dejansko stane zdravljenje, je brezpredmetno govoriti o ceni zdravil."* (Specialist kirurgije, Novo mesto)

*"Jaz predpišem, kar menim, da je najbolje za bolnika. Cene nam niso poznane in name nimajo vpliva. Verjetno so pomembne za oddelek, predvsem za vodstvene kadre."* (Specialist kirurgije, Celje)

### **3.4 GLAVNE UGOTOVITVE RAZISKAVE**

Podatki, ki sem jih pridobila, so v glavnem kompleksni in odvisni od časa, v katerem sem jih pridobivala. Spremembe na tem področju so intenzivne in neprestane.

Zdravniki so bili enotnega mnenja glede trenutnih razmer v zdravstvu. Menijo, da so razmere v zdravstvu zelo slabe. Večina je nezadovoljna zaradi plačnega sistema. Plače so prenizke, plačevanje po sistemu uravnilovke pa omogoča določenim zdravnikom, da se skrivajo za kolegi, ki so preobremenjeni in nezadovoljni. Nedorečeno stanje zdravnike zelo obremenjuje, ker bolniki menijo, da jim pripadajo vsi diagnostični postopki, najboljša zdravila, zdraviliško zdravljenje, resnica pa je povsem drugačna. ZZS vrši pritisk nad zdravniki, medtem ko dajejo ljudem lažno sliko, da lahko dobijo najboljše zdravljenje. Moti jih tudi odnos medijev do zdravnikov, ki je izrazito negativno nastrojen in išče senzacije. Za slabo počutje pa so odgovorni tudi nemogoči pogoji, v katerih delajo določeni zdravniki. Stavbe so zastarele in propadajoče, zastarela in dotrajana je tudi medicinska oprema.

Zdravniki so prepričani, da je vpliv farmacevtske industrije pozitiven na družbo. Zavedajo se, da ima za ogromen napredek v medicini zasluge farmacevtska industrija. Pri ljudeh se je povečalo zavedanje o zdravju in možnih oblikah zdravljenja in zdravilih zaradi informiranosti, ki je posledica oglaševanja farmacevtskih podjetij. Sami dojemajo farmacevtska podjetja preko strokovnih sodelavcev.

Strokovni sodelavci so najpomembnejši vir informacij o zdravilih. Prednost tega vira je osebni pristop in komunikacija. Imajo natančne, sveže informacije, ki jih podajo hitro in zastonj. Prinašajo tudi potrebno dodatno literaturo in darila. Nezaželena lastnost je prevelika agresivnost, ker imajo občutek, da jim je pomemben le zaslužek. Za zdravnike je tudi moteče, če strokovni sodelavci preveč hvalijo svoja zdravila in govorijo negativno o konkurenci. Ob natrpanih ambulantah jim še dodatno jemljejo čas. Ostali viri informacij o zdravilih, ki jih še uporabljajo so predavanja, strokovne smernice, neodvisni članki, internet. Ti jim dajejo popolne informacije in se jim zdijo bolj verodostojni in zaupanja vredni. Slabost je, da so vsi ti viri preobsežni in jim porabijo preveč časa in se jih manj poslužujejo.

Postavitev diagnoze in izbira zdravila predstavlja kompleksen proces. Zdravniki so navedli številne dejavnike, ki se jim zdijo pomembni v tem procesu. Proces postavitve diagnoze jim otežuje nedostopnost do preiskav, oziroma vsaj ne pravočasna. Pri izbiri zdravila so za zdravnike zelo pomembne lastne izkušnje z določenim zdravilom. Pri odločitvi najprej pomislijo, katera zdravila bolnik že prejema. To se jim zdi pomembno iz dveh vidikov: interakcij z drugimi zdravili in polipragmazije. Navedli so tudi, da so jim pomembni teža in starost bolnika in spremljajoče bolezni. Starostniki predstavljajo poseben problem, ker imajo ponavadi več bolezni in simptomov. Ker potrebujejo več zdravil, pa se povečuje tudi tveganje za neželene učinke. Zdravniki vrednotijo uporabo zdravil in se poskušajo odločiti za kombinacijo, kjer je pričakovana škoda sorazmerno majhna v primerjavi s pričakovano koristjo. Med manj pogoste dejavnike, na katere pomislijo pri izbiri zdravil, pa so navedli še: indikacije, kontraindikacije, ceno, alergije, kvaliteto zdravil in proizvajalca, način aplikacije, število dnevni odmerkov, varnost in psihološki profil bolnika.

Večina zdravnikov ne posveča posebne pozornosti pogovoru z bolniki glede izbire zdravil. Pogovor je usmerjen tako, da izvejo vse podatke, ki se jim zdijo pomembni pri izbiri zdravila, nato se odločijo sami. Manj kot polovica posveti veliko časa pogovoru o izbiri zdravila z bolniki, ker verjamejo, da je razumevanje ključno za boljšo komplianso.

Da se odločijo za predpisovanje novega zdravila, so jim pomembni številni dejavniki in zelo raznoliki. Pomembna je informiranost o zdravilu, mednarodne in neodvisne raziskave. K predpisovanju novega zdravila jih vzpodbudi neučinkovitost predhodnega zdravila in morebitni stranski učinki, izkušnje kolegov, varnost, manj stranskih učinkov, način aplikacije, možnost poslovnega sodelovanja s proizvajalcem novega zdravila in dostopnost v lekarnah in bolnišnici.

Glede najpomembnejše lastnosti zdravil so imeli vsi udeleženci intervjuja enoten odgovor. Vsi so postavili učinkovitost na prvo mesto.

O trženju zdravil večina zdravnikov, ki so sodelovali v intervjujih, nima oblikovanega mnenja. Ostali menijo, da je najbolj učinkovito trženje tisto, kjer so zadovoljni vsi vpleteni. Da je izredno pomembno, da so zdravila dobro predstavljena, učinkovita, cenovno dostopna in fizično dosegljiva.

Večina zdravnikov meni, da imajo originalna zdravila preverjeno učinkovitost, varnost in zato predstavljajo manjše tveganje. Menijo tudi, da se od generičnih zdravil razlikujejo po kvaliteti in stranskih učinkih. Dva zdravnika ne vidita nobene razlike med originalnimi in generičnimi zdravili. Večina meni, da bi morale biti razlike v ceni med originalnimi in generičnimi zdravili večje. Zavedajo se, da je stanje, kakršno imamo v Sloveniji, ko kopije dosega enako ceno ali celo višjo kot originalna zdravila, zelo nenormalno.

Vsi zdravniki so ocenili svoj odnos do strokovnih sodelavcev kot dober in spoštljiv. Zanje predstavljajo vir informacij o zdravilih in so jim zato pozitivno naklonjeni. Nekaterim je žal, da nimajo več časa zanje. Zavedajo se, da imajo strokovni sodelavci vpliv na to, katero zdravilo bodo predpisali. Pri tem so poudarjali, da je izrednega pomena osebni odnos. Če imajo na voljo dve ekvivalentni zdravili, predpišejo tisto, katerega strokovni sodelavec jim je osebno bolj všeč. Za pozitivne lastnosti strokovnih sodelavcev so omenili na prvem mestu profesionalno obnašanje, urejenost, strokovno usposobljenost, argumentiranje trditev z ustrežno literaturo. Pozitivno ocenjujejo kratke, jedrnat predstavitve izkušenih strokovnih

sodelavcev, ki jim podajo bistvene podatke za njihovo prakso. Za izrazito negativne pa označujejo naslednje lastnosti: agresivnost, neprofesionalno obnašanje, izvajanje pritiska, neurejenost, vsiljivost, nastopi brez vsebine, veliko vprašanj, predolgi nastopi, nejednati in negativno govorjenje o konkurenci.

Darila farmacevtskih podjetij zdravnikom je vedno bolj pogosta in občutljiva tema. Veliko se govori o plačevanju izobraževanj v letoviških in oddaljenih krajih, opravljanju post trženjskih raziskav, za katere dobivajo zdravniki plačila in draga darila. Vse več kot se dviguje medijskega prahu okoli te teme, vse bolj so bolniki skeptični glede odločitev zdravnikov o izbiri zdravil. Pričakovala sem, da bodo na vprašanje o darilih zdravniki veliko bolj zadržani in odgovori bolj družbeno sprejemljivi. Presenečena sem bila nad odkritostjo zdravnikov v raziskavi. Zdravniki imajo pozitiven odnos do daril. Še posebej so jim všeč uporabna darila, literatura, knjige, kongresi. Motijo jih ceneni izdelki (svinčniki, bloki), neuporabni in potiskani z logotipi. Nimajo omejitev glede vrednosti daril. Iz izkušenj pravijo, da se znajo farmacevtska podjetja pravilno odločati glede vrednosti daril in verjamejo, da so v skladu z državnimi predpisi.

Manj kot polovica zdravnikov je seznanjena z ukrepi, ki jih izvaja ZZS za zmanjševanje izdatkov za zdravila. Med temi so bili vsi specialisti splošne medicine. Nekateri zdravniki so prepričani, da so ukrepi slabi, neprimerni in na takšen način lahko ZZS privarčujejo le malo pri stroških za zdravila, lahko pa podražijo zdravljenje za posameznega bolnika. To se ne da ugotoviti, ker ne obstaja sledljivost kakovosti zdravljenja posameznega bolnika. Posledično zdravniki niso zainteresirani, da bi iskali cenejše alternative pri izbiri zdravil. Cen sploh ne poznajo oziroma predpisujejo zdravila v interesu bolnikov, kar lahko pomeni najdražje in ne najbolj stroškovno učinkovito zdravljenje.

Na podlagi empiričnega dela naloge in podatkov iz literature, pridobljenih v prvem delu naloge, sem oblikovala domneve o dejavnikih, ki vplivajo na vedenje zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil:

**Domneva 1: S trenutnim stanjem v zdravstvu so zdravniki nezadovoljni.** Nezadovoljni so z višino plač in plačilom po sistemu uravnilovke, z neurejenostjo zdravstvenega sistema in nedorečenostjo, zaradi katere izvajajo nanje pritisk tako bolniki kot ZZS.

V storitveni dejavnosti, še posebej v zdravstvu, je pomembno, da je osebje zadovoljno v delovnem okolju, s plačami, da niso preobremenjeni na delovnem mestu, ker ima lahko to negativen vpliv na delovno učinkovitost, poveča se lahko število napak pri delu in zavzetost za opravljanje dela, kar bi pomenilo veliko škodo za bolnike. Reforme so nujne in prepotrebne. Stanje v zdravstvu v prihodnosti je odvisno od politične volje in pripravljenosti regulatornih organov za spremembe. Pred sabo imajo velik izziv, da uredijo razmere v zdravstvu tako, da bodo stimulirali izvajalce, da bodo ti delali kakovostno in učinkovito. Da bodo zagotavljali dostopnost do javno financirane zdravstvene oskrbe za vse in hkrati ohranjali finančno stabilnost celotnih javnih izdatkov.

**Domneva 2: Zdravniki menijo, da ima farmacevtska industrija pozitiven vpliv na družbo.** Velik napredek je omogočila v znanosti, medicini in farmaciji. Povečuje informiranost in osveščenost širše javnosti, omogoča izobraževanje zdravstvenih delavcev, nudi zaposlitev mnogim ljudem in plačuje davke. Zdravnike moti agresivna promocija določenih farmacevtskih podjetij, ker jim vzbuja občutek, da jim je pomemben le dobiček.

Farmacevtska podjetja morajo ohraniti ugled, ki ga v Sloveniji še imajo pri zdravnikih. Z agresivni trženjem in dajanjem občutka, da jim je pomembna le prodaja in dobiček, si bodo omadeževala in oslabela ugled, ki jim lahko resno ogrozi uspeh v prihodnosti.

**Domneva 3: Najpomembnejši vir informacij o zdravilih za zdravnike predstavljajo strokovni sodelavci farmacevtskih podjetij.** Prednost tega vira je osebni pristop in komunikacija, natančne in sveže informacije, hitre in zastonj. Negativne lastnosti pa so neuravnoteženost pozitivnih in negativnih informacij o zdravilu, prodajna naravnost, agresivnost. Večina uporablja kot vir informacij o zdravilih tudi internet, sledijo predavanja, navodila proizvajalcev o zdravilu, strokovne smernice, neodvisne raziskave.

Raziskava kaže, da zdravniki, ki so sodelovali v raziskavi, uporabljajo kot glavni vir informacij o zdravilih strokovne sodelavce, ki so komercialni vir. Postavlja se vprašanje, če lahko samo z vrednotenjem informacij od strokovnih sodelavcev, katerih primarna naloga je prodati zdravilo, sledijo najnovejšim spoznanjem v medicini, podprti z dokazi in hkrati predpisujejo stroškovno najbolj učinkovito zdravljenje.

Farmacevtska podjetja morajo izbirati sporočila z veliko skrbnostjo in biti zmerni pri količini trženjskih aktivnosti. Z neinformativnimi oglasi lahko dosežejo negativen učinek in zdravnike odvrnejo od predpisovanja agresivno oglaševanega zdravila.

**Domneva 4: Postavitev diagnoze in izbira zdravila predstavlja kompleksen proces. Pri izbiri zdravila so najpomembnejše lastne izkušnje z določenim zdravilom in zdravila, ki jih bolnik že prejema, zaradi interakcij in polipragmazije. Glede izbire zdravil se večina zdravnikov ne pogovori z bolniki. Najpomembnejša lastnost zdravil je učinkovitost.**

Zdravniki izbirajo kombinacije zdravil, pri katerih pričakujejo, da bo škoda sorazmerno majhna v primerjavi s pričakovano koristjo. Lastne izkušnje in učinkovitost, ki so za zdravnike najpomembnejši dejavniki pri izboru zdravil, se v praksi velikokrat težko ovrednotijo. Še posebej pri zdravilih, ki ne pozdravijo bolezni, temveč le izboljšujejo kvaliteto življenja, zmanjšujejo tveganje za nastanek infarktov, kapi in podobno v daljšem časovnem obdobju. Tu obstaja velika verjetnost in hkrati nevarnost, da bodo zdravniki predpisovali zdravila, kot so že navajeni, da bodo imitirali vzorce predpisovanja specialistov in upoštevali nasvete mnenjskih vodij. Navedeno lahko vodi tudi v premajhno predpisovanje zdravil, v izogib negotovim reakcijam in možnim nevarnim izidom. Vodi pa lahko tudi v predpisovanje originalnih in dragih zdravil, ker drago lahko pomeni tudi bolj preverjeno in kvalitetno.

Zdravniki pogosto ne želijo, da se bolniki vmešavajo v njihove odločitve glede izbora zdravil. Menijo, da je to preveč kompleksen proces, ki zahteva tako klinično kot farmakološko znanje, ki pa ga večina bolnikov nima. Pri svojem delu imajo tudi zelo omejen čas za enega bolnika. Premajhna vključenost bolnikov in trenutna medijska nenaklonjenost zdravnikom in iskanje senzacij iz zdravstva, okrnjen ugled farmacevtskih podjetij zaradi neprimernih oblik trženja vodijo do nezaupanja porabnikov zdravstvenih storitev in posledično slabe compliance. To pa vodi do nezadovoljivih rezultatov zdravljenja. V takih primerih tudi ukrepi ZZZS, kot je Projekt varna raba zdravil, kjer nagovarjajo uporabnike zdravil za čim boljše sodelovanje pri zdravljenju, ne morejo pomagati.

**Domneva 5: Dejavniki, ki vzpodbudijo zdravnike k predpisovanju novega zdravila, so številni in zelo raznoliki.** Navajajo informiranost o zdravilu in mednarodne ter neodvisne

raziskave, neučinkovitost predhodnega zdravila in morebitne stranske učinke, izkušnje kolegov, varnost, manj stranskih učinkov, način aplikacije, možnost poslovnega sodelovanja s proizvajalcem novega zdravila in dostopnost v lekarnah in bolnišnici. Noben od dejavnikov pa ne prevladuje.

Zelo široka paleta pričakovanj, želja in zahtev pri zdravnikih predstavlja zelo zahtevno nalogo za farmacevtska podjetja pri oblikovanju trženjskega spleta. Za farmacevtska podjetja in strokovne sodelavce to pomeni, da imajo zelo težko delo, ko morajo prepričati zdravnike, naj zamenjajo obstoječo terapijo oziroma pričnejo predpisovati novo ali drugo zdravilo.

**Domneva 6: Originalna zdravila imajo preverjeno učinkovitost in varnost.** Od generičnih zdravil se razlikujejo tudi po stranskih učinkih.

Slednje naj bi pomenilo, da bodo zdravniki predpisovali predvsem originalna zdravila, ker je motiv dela izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in s tem kakovosti življenja. Podatki iz leta 2006 (Tabela 5) pa kažejo, da je v Sloveniji delež generičnih zdravil v porabi višji od 50 %. Možna razlaga je, da je ZZS s Seznamom medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo dosegla svoj namen in da zdravniki niti ne vedo, katera zdravila so originalna in katera generična. Možna, čeprav manj verjetna razlaga, pa je, da so vzrok drugi družbeno manj sprejemljivi motivi, ki vodijo do večjega predpisovanja generičnih zdravil.

**Domneva 7: Zdravniki imajo pozitiven odnos do strokovnih sodelavcev in so prepričani, da imajo velik vpliv na predpisovanje zdravil.** Cenijo profesionalno obnašanje, urejenost, strokovno usposobljenost ter kratke in jedrnat predstavitve izkušenih strokovnih sodelavcev. Negativno ocenjujejo neprofesionalno obnašanje, neurejenost, agresivnost in izvajanje pritiska, vsiljivost z vprašanji, dolge predstavitve brez vsebine in negativno govorjenje o konkurenci.

Farmacevtska podjetja bi morala izbirati strokovne sodelavce z veliko skrbnostjo in namenjati dovolj časa in denarja izobraževanju. V očeh zdravnikov ti ljudje predstavljajo celotno podjetje. Imajo veliko moč, ker vplivajo na odločitve zdravnikov o izbiri zdravila. Predvsem je pomemben osebni odnos, dobro poznavanje terapijskega področja in tehnik trženja.

**Domneva 8: Zdravniki imajo pozitiven odnos do daril.** Še posebej so jim všeč uporabna darila, literatura, knjige, kongresi.

Občutek recipročne obligacije za podarjeno darilo ni edinstveno za zdravnike. To je lastnost, ki je v človeški naravi. Tega se farmacevtska podjetja dobro zavedajo. Izgleda, da tudi sedanja ministrica za zdravje Mazej Kukovič, ki pravi, da bi se morala strokovna izobraževanja zdravnikom plačevati iz proračuna ministrstva za zdravje (Marn, 2008, str. 24). Na ta način bi lahko vsi zdravniki prišli do obveznih in prepotrebni izobraževanj, ne le tisti, ki so zanimivi za farmacevtska podjetja.

**Domneva 9: Večina zdravnikov ne pozna cen zdravil, niti ukrepov, ki jih izvaja ZZS.**

Trenutno cena pri trženju nima posebnega pomena pri večini zdravnikov. Manj kot polovica pa se zaveda cen zdravil, jih pozna in upošteva navodila ter izbere cenejšo alternativo zdravljenja. Farmacevtska podjetja bodo v bližnji prihodnosti morala pri trženju in oblikovanju prodajnih sporočil upoštevati dejstvo, da bo vse več zdravnikov upoštevalo navodila zavarovalnice in bodo predpisovali cenejše različice zdravil.



Tudi ZZZS bi moral razmisliti o načinu izvajanja ukrepov. Če ukrepi ne dosežejo ciljne skupine zdravnikov, ne morejo prinesiti velikega zmanjšanja izdatkov za zdravila. Ravno tako je pomembna ustreznost ukrepov in motivacija, da bi jih zdravniki izvajali.

## SKLEP

Zdravje je univerzalna vrednota in temeljna človekova pravica. Potrebe po zdravstvenih storitvah in s tem povezani finančni izdatki v razvitem svetu se povečujejo. Vzroki so v demografskih in epidemioloških dejavnikih starajoče populacije, hitrem razvoju medicinske in farmacevtske tehnologije, inovativnih zdravil in zdravljenju, večji osveščenosti bolnikov in pričakovani kakovosti življenja (Marušič, 2007, str. 841, Kovač, 2006, str. 32, Arnež, 2008, str. 29, Hostnik, 2008, str. 3).

Zdravstveni sistem je odraz etičnih, političnih in socialnih vrednot družbe (Švedski inštitut za javno zdravje, 2007, str. 7). Učinkovit zdravstveni sistem spremlja in izboljšuje zdravje in s tem neposredno večja kakovost življenja prebivalcev, posredno pa ekonomsko rast in blaginjo države (Arnež, 2008, str. 28).

Imamo neučinkovit zdravstveni sistem in posledično nezadovoljne bolnike, zdravnike, sestre in druge zdravstvene delavce, ker jih je premalo in ne morejo delati v skladu z delovnimi normativi in načeli dobre klinične prakse. Povprečno število 2,3 zdravnika na 1.000 prebivalcev nas uvršča daleč pod povprečje evropskih držav (Arnež, 2008, str. 28, Pirš, 2007, str. 840, Marušič, 2007, 841). To je zelo slabo za uporabnike zdravstvenih storitev, ker pomeni slabšo dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev in dolge čakalne vrste. Žal se marsikomu zdi to samoumevno. In dokler bodo zdravniki plačani po uravnilovki, ne pa po količini in kvaliteti opravljenega dela, ne moremo pričakovati sprememb.

Motiv dela zdravnikov je izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in s tem kakovosti življenja. Po postavitvi diagnoze se odločijo za zdravljenje in pogosto tudi zdravila. Zdravila predstavljajo korist za bolnike, ker preprečujejo, lajšajo in zdravijo bolezni (Berkow, 2000, str. 28).

Poraba za zdravila v razvitem svetu znaša od 10 do 17 % od celotnega zneska, namenjenega za zdravstvo. Vrednost svetovnega trga zdravil je leta 2007 znašala 484.130 milijonov € (tovarniške cene), v Sloveniji pa 468 milijonov evrov (EFPIA, 2008, str. 16, 17). Delež za zdravila je znašal 14,2 % od vseh izdatkov ZZZS. Povprečna realna rast od leta 2003 do 2007 je znašala 1,5 % (Fürst, 2008, str. 1), medtem ko je svetovna rast zdravil v istem časovnem obdobju znašala več kot 8 %. Fürst in Samaluk (2007, str. 492) menita, da je vzrok naraščanja porabe zdravil v povečevanju potreb po zdravljenju z zdravili zaradi staranja prebivalstva, intenzivnejšega odkrivanja bolezenskih stanj in terapevtskih smernic, ki zajemajo novejša terapevtska pristopa, številna nova in dražja zdravila. V ZDA je bila poraba Rp zdravil na bolnika 760 dolarjev v letu 2007, v Srednji in Vzhodni Evropi je približno 100 evrov, v Zahodni pa 3 - 4 krat večja (Alva, 2008, str. 3). Slovenija s porabo 136 evrov na prebivalca iz obveznega zavarovanja (Fürst, 2008, str. 1) ne potrjuje trditve, da imajo zavarovanci na področju farmakoterapije pravo razkošje in to brez doplačila oziroma participacije (Pegan, Kenda & Kuštrin, 2007, str. 1, 2).

Predpisovanje zdravil poteka v kompleksnem in spremenljivem okolju. Odločitve so lahko delno podzavestne, osnovane na hevristični namesto strukturirani analizi informacij ali na družbeno manj zaželenih motivih (Campo et al., 2005, str. 74, 75). Na zdravnike pri predpisovanju Rp zdravil vplivajo številni dejavniki: bolniki, kolegi, mnenjski vodje, farmacevtska industrija, plačniki. Nosilci odločanja v državi imajo pomembno nalogo, da razporedijo denar tako, da bi bilo stanje v zdravstvu čim bolj ugodno za večino populacije (Marušič, 2007, str. 841). Količina denarja je omejena in točno določena. Vendar, tudi če bi ves denar iz proračuna namenili za zdravstvo, ga ne bi bilo dovolj za nove stavbe, najnovejšo opremo, drage posege, zdravila. Najbolj pošteno pa bi bilo, da se prebivalcem Republike Slovenije jasno pove, kaj zmore in kaj krije javno zdravstveno zavarovanje. S tem bi se izognili nespornostim in pritiski na zdravnike bi se zmanjšali. Bolniki ne bi imeli nerazumnih zahtev do zdravnikov in ZZZZ ne bi uvajala vedno novih ukrepov, usmerjenih k zdravnikom za zmanjševanje izdatkov za zdravila (prva lista zdravil leta 1992, omejitev receptov 1994, zoženje liste 1996, omejitev predpisovanja 1999, nadzori nad predpisovanjem zdravil 2002, Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, s katerega dobijo bolniki najcenejše zdravilo, brez doplačila, 2003) (Fürst & Peklar, 2004).

Središče vseh trženjskih aktivnosti za farmacevtska podjetja so zdravniki, ker so ključni "odločevalci" pri izbiri zdravil na recept, kljub temu, da so končni porabniki zdravil bolniki (Gönül et al., 2001). Trženje farmacevtskih proizvodov je odločilnega pomena tako iz ekonomskega vidika farmacevtskih podjetij kot za blagostanje celotne družbe (Campo et al., 2005, str. 74). Farmacevtska industrija porabi za trženje zdravil več kot katera koli druga panoga v ZDA (Manchanda & Honka, 2005, str. 785). Za trženje namenja tudi veliko več denarja kot ga za R & R, kljub temu, da so nova zdravila ključna za inovativna farmacevtska podjetja. Farmacevtski industriji je v interesu, da se ustvarja podoba industrije, ki namenja ogromno denarja v R & R inovativnih zdravil, ki rešujejo življenja bolnim ljudem. Trženjske aktivnosti, za katere se namenja največ denarja, so: strokovni sodelavci, ki tržijo zdravila neposredno zdravnikom in farmacevtom, vzorci zdravil, ki jih strokovni sodelavci dajejo zdravnikom v ordinacijah, oglaševanje v medicinskih revijah in širši javnosti oziroma potencialnim porabnikom zdravil, strokovna srečanja in izobraževanja, e-oglaševanje, pošta, in druge.

Kvalitativna raziskava je dopolnilo k teoretičnim ugotovitvam. Rezultati so pokazali, kaj vpliva na vedenje zdravnikov pri predpisovanju Rp zdravil.

Zdravniki so nezadovoljni s trenutnim stanjem v zdravstvu, kar ima lahko negativen vpliv na vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil. Regulatorni organi imajo pred sabo izziv, da uredijo razmere v zdravstvu tako, da bodo stimulirali izvajalce k kakovostnemu in učinkovitemu delu. Postavitev diagnoze in izbira zdravila predstavlja kompleksen proces. Pri izbiri zdravila so najpomembnejše lastne izkušnje, interakcije in izogibanje polipragmaziji. Najpomembnejša lastnost zdravil je učinkovitost. Izbirajo kombinacije, kjer pričakujejo, da bo škoda sorazmerno majhna v primerjavi s pričakovano koristjo. Lastne izkušnje in učinkovitost je v praksi težko ovrednotiti. Obstaja verjetnost in hkrati nevarnost, da bodo zdravniki predpisovali zdravila kot so že navajeni, da bodo imitirali vzorce predpisovanja specialistov in upoštevali nasvete mnenjskih vodij. To lahko vodi tudi v predpisovanje originalnih in dragih zdravil, ker drago lahko pomeni tudi bolj preverjeno in kvalitetno. V izogib negotovim reakcijam in možnim nevarnim izidom se lahko zdravniki rajši odločajo za manjše število zdravil, kot bi bilo optimalno. V Sloveniji imamo primerljivo starostno strukturo prebivalcev kot v Evropski uniji (Vertot, 2005, str. 1), kar pomeni veliko bolezni,

predvsem kroničnih, povezanih s starostjo, poraba zdravil v Sloveniji pa je znašala 212 € na prebivalca v letu 2007, kar pa je bistveno manj kot v EU.

Glede izbire zdravil se večina zdravnikov ne pogovori z bolniki. Menijo, da je to preveč kompleksen proces, ki zahteva tako klinično kot farmakološko znanje, ki pa ga večina bolnikov nima. Pri svojem delu imajo tudi zelo omejen čas. Premajhna vključenost bolnikov in trenutna medijska nenaklonjenost zdravnikom in iskanje senzacij iz zdravstva, okrnjen ugled farmacevtskih podjetij zaradi neprimernih oblik trženja vodijo do nezaupanja in slabe compliance. To pa vodi do nezadovoljivih rezultatov zdravljenja. V takšnih primerih tudi ukrepi ZZZS, kot je Projekt varna raba zdravil, kjer nagovarjajo uporabnike zdravil za čim boljše sodelovanje pri zdravljenju, ne morejo pomagati.

Zdravniki menijo, da ima farmacevtska industrija pozitiven vpliv na družbo. Imajo pozitiven odnos do strokovnih sodelavcev in so prepričani, da imajo velik vpliv na predpisovanje zdravil. Zanje predstavljajo še vedno najpomembnejši vir informacij o zdravilih. Cenijo profesionalno obnašanje, urejenost, strokovno usposobljenost ter kratke in jedrate predstavitve izkušenih strokovnih sodelavcev. Velik pomen predpisujejo osebnemu odnosu s strokovnimi sodelavci in želijo, da imajo medicinsko znanje in dobro poznajo terapevtsko področje.

Farmacevtska podjetja se morajo truditi, da si ohranijo ugled, ki ga v Sloveniji še imajo. Z agresivni trženjem in dajanjem občutka, da jim je pomembna le prodaja in dobiček, si bodo omadeževala in oslabela ugled, ki jim lahko resno ogrozi poslovni uspeh v prihodnosti. Strokovne sodelavce bi morali izbirati z veliko skrbnostjo in namenjati dovolj časa in denarja izobraževanju, ker v očeh zdravnikov predstavljajo celotno podjetje in imajo velik vpliv na odločitve zdravnikov pri izbiri zdravil. Velik pomen morajo nameniti tudi oblikovanju sporočil in količini trženjskih aktivnosti. Z neinformativnimi oglasi lahko dosežejo negativen učinek in zdravnike odvrnejo od predpisovanja agresivno oglaševanega zdravila. Velik izziv za farmacevtska podjetja in strokovne sodelavce je najti pravi način in prepričati zdravnike naj zamenjajo obstoječo terapijo oziroma pričnejo predpisovati novo ali drugo zdravilo.

Zdravniki imajo pozitiven odnos do daril. Občutek recipročne obligacije za podarjeno darilo ni edinstveno za zdravnike, temveč je v človeški naravi. Tega se farmacevtska podjetja dobro zavedajo.

Večina zdravnikov ne pozna cen zdravil, niti ukrepov, ki jih izvaja ZZZS. Originalna zdravila cenijo, ker imajo preverjeno učinkovitost in varnost. Zdravniki jim zaupajo, v praksi pa je njihov delež v porabi manjši od 50 %. To razdvojenost si je možno razlagati s tem, da dosejajo ukrepi ZZZS svoj namen in da zdravniki niti ne vedo, katera zdravila so originalna in katera generična. Možna, čeprav manj verjetna razlaga je, da so vzrok drugi družbeno manj sprejemljivi motivi, ki vodijo do večjega predpisovanja generičnih zdravil.

Farmacevtska podjetja bodo v bližnji prihodnosti morala pri trženju in oblikovanju prodajnih sporočil upoštevati dejstvo, da bo vse več zdravnikov upoštevalo navodila zavarovalnice in bodo predpisovali cenejše različice zdravil.

Tudi ZZZS bi moral razmisliti o načinu izvajanja ukrepov. Če ukrepi ne dosežejo ciljne skupine zdravnikov, ne morejo prinesiti velikega zmanjšanja izdatkov za zdravila. Ravno tako je pomembna ustreznost ukrepov in motivacija, da bi jih zdravniki izvajali.

Besede, ki jih je izrekel gospod Georg W. Merck leta 1950 na medicinski fakulteti v Virginiji, bi morale biti vodilo vsem udeleženiim, ki sodelujejo v procesu predpisovanja zdravil:

*"Zdravila so namenjena ljudem. Niso zaradi dobičkov. Vendar dobički sledijo, in če se zavedamo tega, nikoli ne izostanejo."*

*(Medicine is for the people. It is not for the profits. The profits follow, and if we have remembered that, they have never failed to appear.)*

Izziv za vse zdravnike je, da se osvobodijo vseh vplivov okolja in se neodvisno in v skladu s stroko odločajo za zdravljenje in zdravila, ki so v danih okoliščinah pri posameznem bolniku najbolj ustrezna.

## LITERATURA IN VIRI

1. Alt, R. & Puschmann, T. (2005). Developing customer process orientation: the case of Pharma Corp. *Business Process Management Journal*, 11 (4), 297-315.
2. Alva, M. (2008, 14. marec). A Drug By Any Other Name. *Investor's Business Daily*. Najdeno 15. marca 2008 na spletnem naslovu <http://www.investors.com/editorial/IBDArticles.asp?artsec=23&issue=20080314>
3. Arnež, Z. (2008, 4. januar). Kaj narediti z zdravstvenim sistemom?. *Mladina*, 01, str. 28-29.
4. Barfet, J. et al. (2004). Pharmaceutical Marketing to Medical Students: The Student Perspective. *McGill Journal of Medicine*, 8, str. 21-27.
5. Bates, A. & Bailey, E. (2004). Marketing to win market-share – The role of doctor sentiment and benchmarking. *International Journal of Medical Marketing*, 3(2), 145-152.
6. Berkow R., Beers M. H. & Fletcher A. J. (2000). *Veliki zdravstveni priročnik za domačo uporabo*. Mladinska knjiga, Ljubljana.
7. Berg, L.B. (2007). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. (6 th ed.) Pearson Education.
8. Bizjak, I. (2004). *Enciklopedija za vedoželjne*. Ljubljana: Prešernova družba.
9. Bizjak-Mlakar, J. (2008, 12. marec). Zdravstvo je lahko tudi drugačno. Najdeno 21. julija 2008 na spletnem naslovu [http://www.fes.hr/E-books/ppp/presentation\\_Julijana\\_Bizjak-Mlakar.ppt](http://www.fes.hr/E-books/ppp/presentation_Julijana_Bizjak-Mlakar.ppt).
10. Blackett, T. & Harrison, T. (2001). Brand medicine: Use and future potential of branding in pharmaceutical markets. *International Journal of Medical Marketing*, 2(1), 33-49.
11. Božičević, U. Š. (2006). Klinični preizkusi zdravil: revni preizkusni zajčki za bogate. *VIP, Revija Zveze potrošnikov Slovenije* 5, 27 - 29.
12. Breitstein, J. & Herman, M. (2008, 1. marec). Sales Roundtable. *Pharmaceutical Executive*. Najdeno 1. julija 2008 na spletnem naslovu <http://license.icopyright.net/user/viewFreeUse.act?fuid=MTIyMTY5Mw%3D%3D>.
13. Brinc, T. (2008). Izhodišča za usklajeno delovanje organov upravljanja v javnih zdravstvenih zavodih katerih ustanovitelj je Republika Slovenija. *Interno gradivo Ministrstva za zdravje*.

14. Campo, K., De Staebel, O., Gijsbrechts, E. & Waterschoot, W. (2005). Physicians decision process for drug prescription and the impact of pharmaceutical marketing mix instruments. *Health Marketing Quarterly*, 22(4), 73-107.
15. Churchill A. G. (1995). *Marketing Research, Methodological Foundations*. (6th ed.), The dryden press, Chapter 12: 676-689.
16. Grassley, C.E. Congressional record - Senate (2008, 4. junij). Najdeno 15. junija 2008 na spletnem naslovu [http://s.wsj.net/public/resources/documents/WSJ\\_grassleybiederman060908.pdf](http://s.wsj.net/public/resources/documents/WSJ_grassleybiederman060908.pdf).
17. Consumers International (2007, oktober). Drugs, Doctors and Dinners. Najdeno 15. junija 2008 na spletnem naslovu [http://www.marketingoverdose.org/documents/ci\\_pharma\\_2007.pdf](http://www.marketingoverdose.org/documents/ci_pharma_2007.pdf).
18. Cvelbar, M. (2007, 1. januar). Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke – od 1.1.2007 javna agencija - JAZMP. Najdeno dne 11. junija 2008 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/si/organi\\_v\\_sestavi/agencija\\_rs\\_za\\_zdravila\\_in\\_medicinske\\_pripomočke\\_od\\_112007\\_javna\\_agencija\\_jazmp/](http://www.mz.gov.si/si/organi_v_sestavi/agencija_rs_za_zdravila_in_medicinske_pripomočke_od_112007_javna_agencija_jazmp/).
19. Cvelbar, M. (2008, april). Katalog informacij javnega značaja, Opis delovnega področja organa. Najdeno dne 20. junij 2008 na spletnem naslovu [http://www.jazmp.si/files/ijz/Katalog\\_IJZ-JAZMP.doc](http://www.jazmp.si/files/ijz/Katalog_IJZ-JAZMP.doc).
20. Edery, E. (2008). IMS 2008 Global Pharmaceutical Market Forecast. Najdeno 2. julija 2008 na spletnem naslovu [http://www.ims-global.com/Pharma\\_forecasting/IMS\\_pharma\\_forecasting2008\\_webinar.wmv](http://www.ims-global.com/Pharma_forecasting/IMS_pharma_forecasting2008_webinar.wmv).
21. EFPIA (2007). The pharmaceutical Industry in Figures. Key data 2007 update. Najdeno 14. junija 2008 na spletnem naslovu <http://212.3.246.100/Objects/2/Files/infigures2007.pdf>.
22. EFPIA (2008). The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 Edition. Najdeno 15. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=4883>.
23. EFPIA (2008b, 10. junij). Member Associations. Najdeno 14. junija 2008 na spletnem naslovu <http://www.efpia.org/content/Default.asp?PageID=353>.
24. EGA (2007, julij). Generic Market Shares: Selected European Countries 2006. Najdeno 30. junija 2008 na spletnem naslovu <http://www.egagenerics.com/fac-indstats.htm>.
25. EMEA, About EMEA-Structure. Najdeno 15. maja 2008 na spletnem naslovu <http://www.emea.europa.eu/htms/aboutus/emeaoverview.htm>.
26. Erbisch, R. (2005, marec). Prescription for change. *Teradata Magazin Online*, str. 1-3. Najdeno 13. marca 2008 na spletnem naslovu <http://www.teradata.com/t/page/131951/>.

27. FDA, COX-2 Selective (includes Bextra, Celebrex, and Vioxx) and Non-Selective Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs). Najdeno 30. junija 2008 na spletnem naslovu <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/COX2/default.htm>.
28. FIDES (2008). Izjava za javnost. Najdeno 9. april 2008 na spletnem naslovu <http://www.fides-si.org/cmsms/index.php>.
29. Finlayson, G. & Mullner, R. (2005). Direct-to-consumer advertising of prescription drugs: help or hindrance to the public's health?. *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 429-431.
30. Flowers, J. (2008, 3. marec). More Than 44,000 People Enroll In Vioxx Settlement, Merck Says. *The Wall Street Journal*. Najdeno 5. aprila 2008 na spletnem naslovu [http://online.wsj.com/article/SB120455043175907541.html?mod=sphere\\_ts&mod=sphere\\_wd](http://online.wsj.com/article/SB120455043175907541.html?mod=sphere_ts&mod=sphere_wd).
31. Friedman, M. & Gould, J. (2007). Consumer attitudes and behaviors associated with direct-to-consumer prescription drug marketing. *Journal of Consumer Marketing*, 24(2), 100-109.
32. Fraser, J. (2006, 18. oktober). Medical journals begin cracking down on fraudulent studies funded by drug companies. *NaturalNews.com*. Najdeno 12. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.naturalnews.com/z020808.html>.
33. FORUM (2008). Forum se predstavi. Najdeno 14. junija 2008 na spletnem naslovu [http://www.firdpc.com/sl/Forum/Forum\\_se\\_predstavi/](http://www.firdpc.com/sl/Forum/Forum_se_predstavi/).
34. Fürst, J & Peklar, J. (2004, 14. december). Predpisovanje zdravil: teoretični in aplikativni aspekti. Najdeno 28. julija 2008 na spletnem naslovu [http://med.over.net/javne\\_datoteke/novice/datoteke/688-Dru\\_Med\\_Podipl2004cJurij.ppt#398,41,Ukrepi\\_za\\_obvladovanje\\_izdatkov](http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/688-Dru_Med_Podipl2004cJurij.ppt#398,41,Ukrepi_za_obvladovanje_izdatkov).
35. Fürst, J. (2008). Poročilo ZZZS o področju zdravil. Interno gradivo ZZZS. Str. 1-4.
36. Fürst, J. & Samaluk, V. (2007). Predpisovanje zdravil v letu 2006. *Zdravniški vestnik*, 76, 487-492).
37. Gagnon, M. A. & Lexchin, J. (2008, januar). The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. *PloS Med* 5(1): e1. doi:10.1371/journal.pmed.0050001. Najdeno 26. julija 2008 na spletnem naslovu [http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/1/pdf/10.1371\\_journal.pmed.0050001-L.pdf](http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/1/pdf/10.1371_journal.pmed.0050001-L.pdf).
38. Goldman, D. P., Jena A. B., Philipson T. & Sun E. (2008). Drug Licenses: A New Model For Pharmaceutical Pricing. *Health Affairs*, 27(1), 122-129.

39. Gönül, F. F., Carter, F., Petrova, E. & Srinivasan K. (2001). Promotion of prescription drugs and its impact on physicians' choice behavior. *Journal of Marketing*, 65(7), 79-90.
40. Guček Zakošek, M. (2005). Posebnosti trženja v farmacevtski industriji. *Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
41. Holdford, D. (2005). Understanding the dynamics of the pharmaceutical market using a social marketing framework. *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 388-396.
42. Hostnik, M. (2008, 29. marec). Zdravniki bodo začeli stavkati 18. aprila. *Dnevnik*, str. 3.
43. IMS (2008), IMS 2008 Global Pharmaceutical Market Forecast. Najdeno 2. julija 2008 na spletnem naslovu [http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068\\_63872702\\_70260998\\_82829532,00.html](http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068_63872702_70260998_82829532,00.html).
44. Johnson, A. L. (2004, 21. oktober). Merck Halts Worldwide Sales of Vioxx. *Vioxx Central*. Najdeno 19. julija 2008 na spletnem naslovu [http://www.vioxxcentral.com/index.php?module=pagemaster&PAGE\\_user\\_op=view\\_page&PAGE\\_id=7](http://www.vioxxcentral.com/index.php?module=pagemaster&PAGE_user_op=view_page&PAGE_id=7).
45. Jones, S. C. & Mullan, J. (2006). Older adults' perceptions and understanding of direct-to-consumer advertising. *Journal of Consumer Marketing*, 23(1), 6-14.
46. Kage, B. (2005, 3. oktober). The truth about medical journals, and how drug companies exert heavy influence over published scientific articles. *NaturalNews.com*. Najdeno 10. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.naturalnews.com/z012119.html>.
47. Kaiser family foundation. (2006, 8. februar). Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace. Najdeno dne 26. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.kff.org/insurance/7031/ti2004-1-20.cfm>.
48. Klinar, M. (2007, 12. december). Izdatki sektorja država po namenih, Slovenija, 2000-2006. *Statistični urad Republike Slovenije*. Najdeno 14. maja 2008 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?ID=1365](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=1365).
49. Kovač, B. (2007a, 14. december). Razumeti zdravstvo. *Mladina*, str. 35.
50. Kovač, B. (2007b, 17. februar). Zdravje ni javna dobrina. *Mladina*, str. 35.
51. Kovač, B. (2006, 10. november). Anatomija zdravstvenih reform. *Mladina*, str. 32.
52. Kovač, B. (2008, 21. marec). V imenu potrošnika. *Mladina* 12, str. 35.
53. Kralj, J.U. (2006). Upravičevanje uporabe sistemov poslovne inteligence v slovenskem zdravstvu. *Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.



54. Krašna, T. (2005). Zvestoba do blagovne znamke. *Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
55. Manchanda, P. & Pradeep, K.C. (2004). Responsiveness of Physician Prescription Behaviour to Sales Effort: An Individual Level Analysis. *Marketing Letters*, 15(2-3), 129-145.
56. Manchanda, P. & Honka, E. (2005). The Effects and Role of Direct-to-physician Marketing in the Pharmaceutical Industry: An Integrative review. *Yale Journal of Health Policy, Law and Economics*, 5, 785-822.
57. Manchanda, P. et al. (2005). Understanding Firm, Physician and Consumer Choice Behaviour in the Pharmaceutical Industry. *Marketing Letters*, 16(3/4), 293-308.
58. Marn, S. (2007, 20. december). Izdatki in viri financiranja zdravstva, Slovenija, 2002–2005. *Statistični urad Republike Slovenije*. Najdeno 11. junija 2008 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?ID=1320](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=1320).
59. Marn, U. (2007, 28. december). Gašenje požarov. *Mladina* 52, str. 24-26.
60. Marn, U. (2008a, 20. junij). Farmacevtska stimulacija. Kako farmacevtska industrija pritiska na zdravnike in zakaj se ti pustijo prepričati. *Mladina* 25, str. 23-24.
61. Marn, U. (2008b, 20. junij). Davčne utaje in protidobave. *Mladina* 25, str. 25-27.
62. Marušič, D. (2007). Ali je v Sloveniji res premalo zdravnikov - Kako naprej? *Zdravniški vestnik*, 76(12), str. 839-840.
63. Miklavčič, B. (2007). Komentar k intervjuju mag. Andreja Bručana v zadnji številki Izide. *ISIS*, 12, 114-115.
64. Myers, W. S. & Stafford, R. M. (2007). A profitable new definition of health. *Journal of Consumer Marketing*, 24 (1), 5-7.
65. Moss, G. & Schuiling, I. (2004). A brand logistic for pharma?: A possible strategy based on FCMG experience. *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1), 55-62.
66. Mrkaić, M. (2007). *To so bile svete krave*. Ljubljana: Pasadena.
67. Nair, H., Manchanda, P. & Bhatia, T. (2006). Asymmetric Peer Effects in Physician Prescription Behaviour: The role of Opinion Leaders. *Stanford University Graduate School of Business Research Paper No. 1970*. Najdeno 21. februarja 2008 na spletnem naslovu <http://ssrn.com/abstract=937021>.
68. Narayanan, S. & Manchanda, P. (2007). Heterogeneous Learning and the Targeting of Marketing Communication for New Products. Najdeno dne 13. marca 2008 na spletnem naslovu <http://ssrn.com/abstract=935339>.

69. Narayanan, S., Manchanda, P. & Pradeep, K. (2005). Temporal Differences in the Role of Marketing Communication in New Product Categories. *Journal of Marketing Research*, 42(8), 278-290.
70. Pegan, V., Kenda, M., Kuštrin, K. (2007). Novinarska konferenca zdravniških organizacij izjava za javnost. Najdeno dne 8. april 2008 na spletnem naslovu <http://www.zzs-mcs.si/stikizjavnostmi.asp?FolderId=363&LanguageId=1&ContentId=548>.
71. Pirc, V. (2008, 11. januar). Od petletke so ljudje pričakovali preveč. *Mladina*, 02, 24-25.
72. Pirš, B. (2007). Imamo v Sloveniji dovolj zdravnikov in zobozdravnikov. *Zdravniški vestnik*, 76(12), 839-840.
73. Policija. Obvestilo o omejitvah v zvezi s sprejemanjem daril. Najdeno dne 15. junija 2008 na spletnem naslovu <http://www.policija.si/portal/zakoni/sprejemanjeDaril.php>.
74. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov. (2001). *Uradni list RS*. (Št. 76/2001, 28. 9. 2001).
75. Pravilnik o postopku razvrščanja zdravil na liste. (2001). *Uradni list RS*. (Št. 106/2001, 21. 12. 2001).
76. Prodan, V. (2008, 12. marec). Zdravstveni delavci, 2003-2006. Tabela 3. *Inštitut za varovanje zdravja*. Najdeno dne 15. maja 2008 na spletnem naslovu [http://www.ivz.si/javne\\_datoteke/datoteke/123-BPI\\_kazalniki\\_2003\\_2006\\_v1.xls](http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/123-BPI_kazalniki_2003_2006_v1.xls).
77. Prosser, H. & Walley, T. (2007). Perceptions of the impact of primary care organizations on GP prescribing. The iron fist in the velvet glove? *Journal of Health Organization and Management*, 21(1), 5-26.
78. Puc Kous, T. (2007). Odnose med kolegi ustvarjamo sami. *ISIS*, 12, 3-4.
79. Rotfeld, J. H. (2005). For the drugs we need. *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 365-268.
80. Rotfeld, J. H. (2003). Misplaced Marketing. » It hurts. Fix it.« The patients lament and unhealthy medical care marketing. *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 365-268.
81. Scharitzer, D. & Kollarits, C. H. (2000). Satisfied customer:profitable customer relationships: pharmaceutical marketing: how pharmaceutical sales representatives can achieve economic success through relationship management with settled general practitioners-an empirical study. *Total Quality Management*, 11(7): 955-965.
82. Shambora, J. (2008, 30. junij). Pharma's "happy" healthy market. *Fortune*. Najdeno 2. julija 2008 na spletnem naslovu <http://postcards.blogs.fortune.cnn.com/2008/06/30/pharmas-happy-healthy-market/>.

83. Simons, J. (13. december 2007). Big Pharma's tough medicine. *Fortune*. Najdeno 14. junij 2008 na spletnem naslovu [http://money.cnn.com/2007/12/10/news/companies/pharma\\_layoffs.fortune/index.htm?postversion=2007121311](http://money.cnn.com/2007/12/10/news/companies/pharma_layoffs.fortune/index.htm?postversion=2007121311).
84. Smrekar, T. (2008, 7. december). V katere malhe gredo Fakinovi milijoni, namenjeni zdravilom? *Finance*, str. 4 -5.
85. Splošna deklaracija človekovih pravic. (1948). Najdeno 3. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=102>.
86. Špringer, J. (2007, januar). Original je vselej pred kopijo. Najdeno 12. junija 2008 na spletnem naslovu <http://www.pomurske-lekarne.si/si/index.cfm?id=2248>.
87. Štim, I. (2003, 10. junij). Aktualne informacije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 15. junij 2008 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/INTERNET/urejanj1.nsf/0/d17b1af8af15d94bc1256d41003a8a10?OpenDocument&ExpandSection=5,2>.
88. Švedski inštitut za javno zdravje (2007). Zdravo staranje. Najdeno dne 26. julij 2008 na spletnem naslovu [http://www.healthyageing.nu/upload/Short%20version/slovenian\\_shortHA\\_web070712.pdf](http://www.healthyageing.nu/upload/Short%20version/slovenian_shortHA_web070712.pdf).
89. Tajnikar, M. (2008, 17. maj). Transplantacije ekonomije v zdravstvo. *Delo, Sobotna priloga*, str. 8, 9.
90. Xiaojing, D., Manchanda, P. & Pradeep, P.C. (2008). Quantifying the Benefits of Individual Level Targeting in the Presence of Firm Strategic Behavior. *Journal of Marketing Research (Forthcoming)*. Najdeno 14. marca 2008 na spletnem naslovu <http://lsb.scu.edu/~xjdong>.
91. Van der Geer, L. & Kangis, P. (2002). The influence of cost on medical prescriptions. A comparison of the theory of planned behaviour and the composite attitude behaviour model. *International Journal of Medical Marketing*, 2(4), 311-327.
92. Vector, D. (2005). Indian Pharmaceutical Industry: Issues and Opportunities. Najdeno 3. julija 2007 na spletnem naslovu [http://www.researchandmarkets.com/reports/35229/indian\\_pharmaceutical\\_industry\\_issues\\_and](http://www.researchandmarkets.com/reports/35229/indian_pharmaceutical_industry_issues_and).
93. Vertot, N. (2005, 30. september). 1. oktober - mednarodni dan starejših. Statistični urad RS. Najdeno 29. julija 2008 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/natisni.asp?ID=741>.
94. Vozelj, V. (2007). Regulatorna oglaševanja OTC zdravil širši javnosti v Sloveniji in Evropi. *Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

95. Vrhovnik, P. (2005). Analiza privlačnosti nevrološke panoge zdravil v srednji in vzhodni Evropi. *Magistrsko delo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
96. Weintraub, A. (2007, 5. februar) The doctor won't see you know. *BusinessWeek*. Najdeno 1. julija 2008 na spletnem naslovu [http://www.businessweek.com/print/magazine/content/07\\_06/b4020046.htm?chan=gl](http://www.businessweek.com/print/magazine/content/07_06/b4020046.htm?chan=gl).
97. Wright, F. R. & Lundstrom, W. J. (2004). Physicians' perceptions of pharmaceuticals sales representatives: A model for analysing the customer relationship. *International journal of Medical marketing*, 4(1), 12-14.
98. Zajec, D. (2007, 10. marec). Bolniki od slovenskega zdravstva enostavno ne dobijo dovolj. *Delo, Sobotna priloga* str. 4-6.
99. Zajec, D. (2008, 29. april). Kako obvladati zdravstvene blagajne. *Delo*, str. 2.
100. Zakonu o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravilih (ZZdr-1A). (2008). *Uradni list RS*. (Št. 45/2008, 9. maj 2008).
101. Zakon o zdravilih (ZZdr-1). (2006). *Uradni list RS*. (Št. 31/2006, 24. april 2006).
102. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB2). (2005). *Uradni list RS*. (Št. 100/2005, 10. november 2005).
103. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). (2006). *Uradni list RS*. (Št. 72/2006, 11. julij 2006).
104. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). (2004). *Uradni list RS*. (Št. 36/2005, 13. april 2004).
105. Zuhn, D. (2008, 2. julij). CPI Issues Report on Biotech/Pharma Lobbying. *Patent Docs*. Najdeno 15. julija 2008 na spletnem naslovu [http://www.patentdocs.net/patent\\_docs/2008/07/cpi-issues-repo.html](http://www.patentdocs.net/patent_docs/2008/07/cpi-issues-repo.html).

# PRILOGE

## Priloga 1: OPOMNIK ZA GLOBINSKI INTERVJU

1. Kakšno je po vašem mnenju trenutno stanje v zdravstvu pri nas?
2. Kakšen je vpliv farmacevtske industrije (na družbo, vas, predpisovanje)?
3. Katere vire informacij uporabljate za seznanjanje o lastnostih zdravil?
  - Kateri vir je za vas najpomembnejši?
  - Prednosti in slabosti določenih informacij?
4. Kako bi opisali potek procesa od postavitve diagnoze do izbire zdravila?
  - Na kaj vse pomislite prej, ko predpišete zdravilo določenemu bolniku?
  - Ali povabite bolnika k sodelovanju pri izbiri zdravila (koliko časa posvetite temu)?
  - Kateri dejavniki vplivajo na vašo odločitev, da začnete predpisovati novo zdravilo?
  - Katera lastnost zdravil je za vas najpomembnejša?
5. Kaj za vas pomeni najbolj učinkovito trženje zdravil?
  - Kakšen je vaš pogled na originalna in generična zdravila?
  - Kakšna je po vašem mnenju razlika v ceni med originalnimi in generičnimi zdravili?
  - Kakšen je vaš odnos do strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij?
  - Kakšen vpliv imajo na predpisovanje zdravil?
  - Katere lastnosti najbolj cenite in katere se vam zdijo negativne?
  - Kakšen je vaš odnos do daril, ki jih prinašajo predstavniki farmacevtskih podjetij?
  - Kolikšna vrednost darila se vam ne zdi sporna?
6. Kakšni so ukrepi ZZZS na zmanjševanje stroškov v zdravstvu (predvsem za zdravila?)
  - Kako vpliva cena na predpisovanje zdravil?

## Priloga 2: SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

**EFPIA** - European Federation of Pharmaceutical Industries and Association = Evropska zveza farmacevtskih industrij in združenj

**EMA** - European Medicines Agency = Evropska agencija za zdravila

**FDA**- Food and Drug Administration = Zvezna državna agencija za zdravila

**JAZMP** - Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke

**OZZ** - Obvezno zdravstveno zavarovanje

**PhRMA** - Pharmaceutical Research and Manufacturers of America = Farmacevtsko združenje raziskovalcev in proizvajalcev zdravil v ZDA

**ZZZS** - Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije