

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO
**DEKOMPOZICIJA RASTI IZDATKOV ZA INOVATIVNA
ZDRAVILA NA RECEPT V SLOVENIJI**

Ljubljana, junij 2019

URŠA VELKAVRH

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Urša Velkavrh, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Dekompozicija rasti izdatkov za inovativna zdravila na recept v Sloveniji, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Jožetom Sambtom in sosvetovalko prof. dr. Petro Došenović Bonča

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 Financiranje zdravstvenega sistema.....	4
1.1 Klasifikacija zdravstvenih sistemov.....	4
1.2 Sistem zdravstvenih računov.....	7
1.3 Ključni dejavniki rasti izdatkov za zdravstvo	10
1.4 Gibanje izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji in državah EU pred in po začetku zadnje ekonomske krize.....	12
1.4.1 Tekoči izdatki za zdravstvo kot odstotek BDP.....	14
1.4.2 Tekoči izdatki za zdravstvo glede na osnovne namene zdravstvenega varstva	16
2 Izdatki za zdravila.....	18
2.1 Gibanje izdatkov za zdravila pred in po ekonomski krizi v državah EU s poudarkom na Sloveniji.....	18
2.2 Ukrepi za obvladovanje rasti izdatkov za zdravila	21
2.3 Vrste zdravil in njihovo razvrščanje na različne liste zdravil v Sloveniji.....	26
2.4 Gibanje izdatkov za posamezne vrste zdravil v Sloveniji.....	28
2.4.1 Gibanje izdatkov za zdravila na recept.....	28
2.4.2 Gibanje izdatkov za bolnišnična zdravila s Seznamom B	31
2.4.3 Gibanje izdatkov za ampulirana ambulantna zdravila s Seznamom A.....	32
2.4.4 Gibanje skupnih izdatkov za zdravila v breme OZZ.....	32
2.4.5 Gibanje izdatkov za zdravila brez recepta.....	33
2.4.6 Izdatki za zdravila porabljena znotraj zdravstvenih zavodov.....	34
3 Dekompozicija rasti izdatkov za inovativna zdravila v Sloveniji	35
3.1 Opredelitev inovativnih zdravil	35
3.2 Statistična metoda dekompozicije.....	37
3.3 Priprava podatkov za dekompozicijo rasti izdatkov za inovativna zdravila na recept v Sloveniji	42
3.3.1 Priprava baze podatkov o izdatkih za inovativna zdravila	42
3.3.2 Izbor vzorca inovativnih zdravil.....	44
3.3.3 Izračun cene inovativnih zdravil	47
3.4 Rezultati dekompozicije rasti izdatkov za inovativna zdravila.....	49

3.4.1	Scenarij 1	50
3.4.2	Scenarij 2	53
3.4.3	Scenarij 3	55
3.4.4	Scenarij 4	59
SKLEP		61
LITERATURA IN VIRI		64
PRILOGE.....		73

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zdravstveni sistemi OECD držav	10
Tabela 2: Pregled varčevalnih ukrepov v zdravstveni dejavnosti v državah EU	13
Tabela 3: Vrste ukrepov za obvladovanje rasti izdatkov za zdravila v 23 državah EU	22
Tabela 4: Izdatki za zdravila, razvrščena na Seznam A, v tisoč EUR.....	32
Tabela 5: Izdatki OZZ za zdravila in živila po načinih financiranja v tisoč EUR	33
Tabela 6: Odstotek izdatkov za zdravila porabljen v bolnišnicah v tekočih izdatkih za zdravila na recept in OTC zdravila v Sloveniji.....	35
Tabela 7: Opredelitev populacije inovativnih zdravil na recept.....	46
Tabela 8: Gibanje povprečne cene zdravil (EUR) za preučevana inovativna zdravila v obdobju 2008–2017	48
Tabela 9: Gibanje povprečne cene zdravil (EUR) po ATC skupinah (2008–2017).....	49
Tabela 10: Rezultati dekompozicije izdatkov za zdravila, ki so na trgu prisotna v celotnem obdobju od 2008 do 2017 (Scenarij 1a).....	51
Tabela 11: Rezultati dekompozicije izdatkov za zdravila, ki so na trgu prisotna od 2012 do 2017 (Scenarij 1b).....	52
Tabela 12: Rezultati dekompozicije izdatkov za inovativna zdravila, ki so na trgu prisotna v celotnem obdobju od 2008 do 2017, v obliki koeficientov rasti (Scenarij 2).....	55
Tabela 13: Rezultati dekompozicije izdatkov za inovativna zdravila izvedene v zaporednih letih, z uporabo verižnih koeficientov rasti (Scenarij 3).....	57
Tabela 14: Rezultati razčlenitve izdatkov za biološka zdravila na recept, v obliki koeficientov rasti (Scenarij 4).....	60

KAZALO SLIK

Slika 1: Vrste zdravstvenih sistemov.....	5
Slika 2: Shema dimenzij Sistema zdravstvenih računov	8
Slika 3: Deleži posameznih virov financiranja v celotnih tekočih izdatkih v letu 2015	9
Slika 4: Deleži javnega financiranja tekočih izdatkov za zdravstvo	14

Slika 5: Tekoči izdatki za zdravstvo kot odstotek BDP (2005–2015) za izbrane države EU	15
Slika 6: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo v EU po namenih pred, med in po krizi.	16
Slika 7: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo po namenih v Sloveniji (2007–2016)	17
Slika 8: Povprečna letna rast (v %) realnih izdatkov za zdravila in medicinske pripomočke na prebivalca pred in po krizi	19
Slika 9: Struktura tekočih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke glede na vir financiranja (2007).....	20
Slika 10: Struktura tekočih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke glede na vir financiranja (2015)	20
Slika 11: Primerjava letnih stopenj rasti porabljene količine zdravil (količine v obliki DDD) in letnih stopenj rasti celotnih izdatkov za zdravila (OZZ, PZZ in doplačila)	29
Slika 12: Količina porabljenih zdravil na recept v DDD in celotni izdatki za zdravila na recept v Sloveniji v obdobju od 2001 – 2017	30
Slika 13: Primerjava celotnih izdatkov za zdravila na recept z deležem kritja financiranja teh izdatkov iz OZZ v obdobju med 2001 in 2017	30
Slika 14: Izdatki za bolnišnična zdravila na Seznamu B in način njihovega financiranja med letom 2009 in 2017 v mio EUR.....	31
Slika 15: Struktura izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke v Sloveniji.	34
Slika 16: Primerjava izdatkov za inovativna zdravila, ki imajo ta status v celotnem obdobju 2008-2017, s celotnimi izdatki za vsa zdravila iz začetne analize	45
Slika 17: Gibanje vrednosti verižnih koeficientov rasti (Scenarij 3) za inovativna zdravila v obdobju 2009-2017.....	58

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Število inovativnih zdravil vključenih v analizo po ATC skupinah

Priloga 2: Seznam zdravil zajetih v analizo

SEZNAM KRATIC

angl. - angleško

ATC - (angl. Anatomical Therapeutic Chemical Classification); Anatomsko-terapevtska klasifikacija

BDP - Bruto domači proizvod

CVR - Celotna vrednost receptov

DDD - (angl. Defined Daily Doses); Definirani dnevni odmerki

EFPIA - (angl. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations), Evropska zveza farmacevtskih podjetji in farmacevtskih združenj

EMA - (angl. European Medicines Agency); Evropska agencija za zdravila

ERP - (angl. External reference pricing); Sistem sklicevanja na zunanje cene zdravil

EU - (angl. European Union); Evropska unija

JAZMP - Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke

JZZ - Javni zdravstveni zavod

NPV - Najvišja priznana vrednost

OECD - (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

OTC - (angl. Over The Counter); zdravila brez recepta

OZZ - Obvezno zdravstveno zavarovanje

PKM - (angl. Purchasing Power Parities); pariteta kupne moči

PZZ - Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

SHA - (angl. System of Health Accounts); sistem zdravstvenih računov

SmPC - (angl. Summary of Product Characteristics); Povzetek glavnih značilnosti zdravila

SNA - (angl. System of National Health Accounts); sistem nacionalnih zdravstvenih računov

SPP - Skupina primerljivih primerov

ZDA - Združene države Amerike

ZS - Zdravstveni sistem

ZUJF - Zakon za uravnoteženje javnih financ

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

WHO - (angl. World Health Organization); Svetovna zdravstvena organizacija

UVOD

Opredelitev problematike. Človeški razvoj je dandanes viden na vsakem koraku; razvija se tehnologija, izboljšuje se življenjski standard, pričakovano trajanje življenja se podaljšuje. Med drugim k slednjemu pripomore tudi velik napredek v medicini in farmaciji. Z napredkom so povezani višji izdatki za zdravstvo, katerih pomemben del predstavljajo izdatki za zdravila. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (v nadaljevanju OECD) napoveduje, da naj bi delež javnih izdatkov za zdravstvo v bruto domačem proizvodu (v nadaljevanju BDP) rasel tudi v prihodnje, zato je pomembno, da razumemo, kateri dejavniki najbolj vplivajo na njihovo dinamiko (Maisonneuve & Martins, 2013).

Ekonomska kriza, ki se je začela leta 2008, je pomembno vplivala na izdatke za zdravstveno varstvo. Z varčevalnimi ukrepi so se zniževali zdravstveni izdatki na vseh ravneh, vendar z različnimi stopnjami. Cylus (2015, str. 25) navaja, da je bil upad rasti izdatkov za zdravstvo v Sloveniji veliko večji kot v drugih državah Evropske Unije (v nadaljevanju EU). Nižjo povprečno letno rast je imelo med letoma 2008 in 2011 le nekaj držav, med njimi Španija, Portugalska, Madžarska in Poljska. Najbolj so se zmanjšali izdatki za zdravila, preventivo in za upravljanje zdravstvenega varstva ter zavarovanja. Povprečna letna realna stopnja rasti izdatkov za zdravila v OECD državah je v obdobju pred krizo (2003–2009) znašala 2,3 %, v obdobju med in po krizi (2009–2015) pa je prišlo celo do padca izdatkov, saj je povprečna letna stopnja rasti znašala -0,5 %. Stanje v Sloveniji dokaj dobro odraža OECD povprečje, saj je pred krizo povprečna letna realna stopnja rasti izdatkov za zdravila znašala 2 %, med in po krizi pa je padla na -0,9 % (OECD, 2017, str. 188, 189).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) je javne izdatke za zdravila na recept znižal z različnimi ukrepi; postopoma se je povečeval delež doplačil za zdravila na vmesni in pozitivni listi; s farmacevtskimi podjetji so se dogovorili za popust na cene zdravil; uvedli so sistem terapevtskih skupin (Cylus, 2015).

Dostopnost zdravil na trgu je pomemben kazalnik kakovosti zdravstvenega sistema (Cameron, Ewen, Auton & Abegunde, 2011, str. 2). Z novimi učinkovinami, ki pridejo na trg z inovativnimi zdravili, je možno lajšati simptome ali pa celo zdraviti bolezni, za katere v preteklosti ni bilo enakovredne rešitve. Problem teh zdravil je cena, ki je praviloma višja od cen generičnih in od ostalih inovativnih zdravil, ki jim je patent že potekel. Visoke cene zdravil lahko močno bremenijo zdravstveni proračun, zato je pomembno, da znajo snovalci politike znotraj omejenega proračuna uspešno uravnotežiti ustrezno dostopnost inovativnih zdravil in hkrati spodbujati proizvajalce k razvoju generičnih zdravil, kar pripomore k ustvarjanju cenovne konkurence (OECD, 2015, str. 178). Inovativna zdravila po eni strani povišajo izdatke zdravstvene blagajne, po drugi strani pa prinašajo koristi tako bolnikom kot drugim deležnikom v zdravstvu. Prihranki se lahko pojavijo predvsem v obliki manjših potreb po hospitalizaciji bolnikov in zmanjševanju števila obiskov bolnikov pri zdravnikih.

Možen je tudi pojav posrednih prihrankov v obliki manjšega števila bolniških odsotnosti, krajših bolniških odsotnosti in kasnejšega upokojevanja (Pavic, Pfeil & Szcus, 2014).

V Sloveniji je leta 2014 delež prodaje generičnih zdravil v celotnih izdatkih za zdravila na recept znašal 25,4 % (EFPIA, 2016), leta 2015 pa 27,2 % (EFPIA, 2017). Ta dva podatka nakazujeta na rast deleža generičnih zdravil v celotnih izdatkih za zdravila na recept, ne dajeta pa informacij o dostopnosti do inovativnih zdravil na trgu. Evropska zveza farmacevtskih podjetij in združenj (angl. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, v nadaljevanju EFPIA) spremlja tudi povprečen čas, ki poteče v posamezni državi od pridobitve dovoljenja za promet pri Evropski agenciji za zdravila (v nadaljevanju EMA) do razvrstitve zdravil na listo, ki omogoča kritje izdatkov z naslova javnih virov financiranja. Primerjava EFPIA poročil iz leta 2017 in 2018, kjer analizirajo dostopnost zdravil v evropskih državah, kaže na to, da se čas od pridobitve dovoljenja pri EMA do razvrstitve zdravil na ustrezno listo v Sloveniji podaljšuje. V letu 2016 je tako v povprečju preteklo 476 dni, leta 2017 pa 494 dni (Machin, 2017 in Machin, 2018). To opozarja tudi na možnost zmanjševanja dostopnosti do inovativnih zdravil. Ker pa povprečen čas, ki v posamezni državi poteče od pridobitve dovoljenja za promet do uvrstitve zdravil na listo, ne odraža dovolj natančno sprememb v cenah inovativnih zdravil, obsegu porabe in strukture porabe, bom v tem magistrskem delu proučila dinamiko izdatkov za inovativna zdravila v Sloveniji.

Namen in cilji. Glede na to, da je dostopnost do novih terapij in načinov zdravljenja pomembna za izboljšanje zdravja in s tem kakovosti življenja ljudi, me bo še posebej zanimalo, kako so se uporabljeni ukrepi za uravnavanje izdatkov odražali na cenah in količinah inovativnih zdravil. Namen magistrskega dela je razčleniti gibanje izdatkov za inovativna zdravila na posamezne člene, in sicer spremembe v ceni, količini in vpliv strukturnih premikov ter s tem osvetliti vprašanje o dostopnosti inovativnih zdravil na slovenskem trgu.

Cilji magistrskega dela so:

- preučiti financiranje slovenskega zdravstvenega sistema in s tem ugotoviti, kako se sistem financira, kdo ga regulira, kdo so ponudniki storitev ter narediti mednarodno primerjavo;
- analizirati strukturo in rast izdatkov za zdravstveno varstvo s poudarkom na izdatkih za zdravila v Sloveniji in v EU;
- podrobneje preučiti gibanje izdatkov za zdravila v Sloveniji in EU pred in po ekonomski krizi ter opredeliti ključne ukrepe, ki so jih evropske države uvajale za obvladovanje izdatkov za zdravila;
- analizirati gibanje izdatkov za različne vrste zdravil v Sloveniji (izdatki za zdravila na recept, brez recepta, za bolnišnična in ambulantna zdravila) s poudarkom na inovativnih zdravilih;

- razčleniti rast izdatkov za inovativna zdravila na recept na spremembe v ceni, količini in vpliv strukturnih premikov.

Metodologija. Z namenom analiziranja vzrokov za rast izdatkov za zdravila je bila metoda dekompozicije že velikokrat uporabljena (Dunn, Liebman & Hale Shapiro, 2014; Liu & Hsieh, 2012; Karampli, Souliotis, Polyzos, Kyriopoulos & Chatzaki, 2014 in Petrou, 2014). Prva, ki sta opisala enačbo za dekompozicijo, sta bila Addis in Margini (2002). V svojem magistrskem delu bom uvedla dodatno dimenzijo razčlenitve, saj bom iz celotne baze zdravil na recept izluščila le inovativna zdravila in nato razčlenila izdatke le za to skupino zdravil. S tem bom skušala ugotoviti kakšen je vpliv cene, količine in ostalih dejavnikov, vključno s strukturnimi premiki, na celotne izdatke za inovativna zdravila na recept. Spremembe v cenah inovativnih zdravil bom preučila z uporabo Laspeyresovega cenovnega indeksa (Kwon, Yang & Godman, 2015). Analiza v tem magistrskem delu bo izvedena na podlagi baze podatkov o izdanih zdravilih na recept v časovnem obdobju od leta 2008 do 2017. V omenjeni bazi podatkov so na voljo informacije o letnem številu izdanih škatel na posamezno zdravilo, številu definiranih dnevni odmerkov (angl. Defined Daily Doses, v nadaljevanju DDD), številu predpisanih receptov, celotni vrednosti receptov in podatek o vrednosti kritja posameznega recepta iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Osnova za izračun indeksov, s katerimi bom analizirala izdatke za inovativna zdravila je podatek o količinski porabi zdravila, merjeni v DDD. Na osnovi tega podatka se izračuna količinski indeks, indeks strukturnih premikov in cene zdravil na DDD, s katerimi izračunamo Laspeyresov cenovni indeks. Za nekatera zdravila podatek o količinski porabi merjeni v DDD ni na voljo, zato sem ta zdravila izločila iz analize (Podatki o porabi zdravil, 2018).

Struktura naloge. Magistrsko delo je sestavljeno iz treh poglavij, uvoda in zaključka. Prvo poglavje se začne s pregledom različnih zdravstvenih sistemov in opis sistema zdravstvenih računov. Po določitvi ključnih dejavnikov za rast izdatkov sledi analiza izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji pred in po ekonomski krizi.

V drugem poglavju se osredotočim na izdatke za zdravila. Poglavje se začne z analizo izdatkov za zdravila pred in po krizi v Evropski Uniji, pri čemer večjo pozornost namenim izdatkom za zdravila v Sloveniji. Slednje nato podrobneje analiziram in sicer glede na vrsto zdravil (zdravila na recept, bolnišnična zdravila s Seznamom B, ampulirana zdravila s Seznamom A in zdravila brez recepta).

Tretje poglavje se nanaša na samo razčlenitev izdatkov za inovativna zdravila. Najprej razložim, kako sem iz celotne baze podatkov o porabi zdravil izločila inovativna zdravila in s tem pridobila osnovno bazo inovativnih zdravil katerih izdatke sem v nadaljevanju razčlenila. Sledi pregled literature, ki se navezuje na uporabljeno statistično metodo dekompozicije. Izdatke za inovativna zdravila sem razčlenila s štirimi različnimi scenariji. Na podlagi ugotovitev, ki sem jih pridobila s pomočjo izvedene analize na koncu podam še sklep, kjer izpostavim tudi omejitve.

1 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

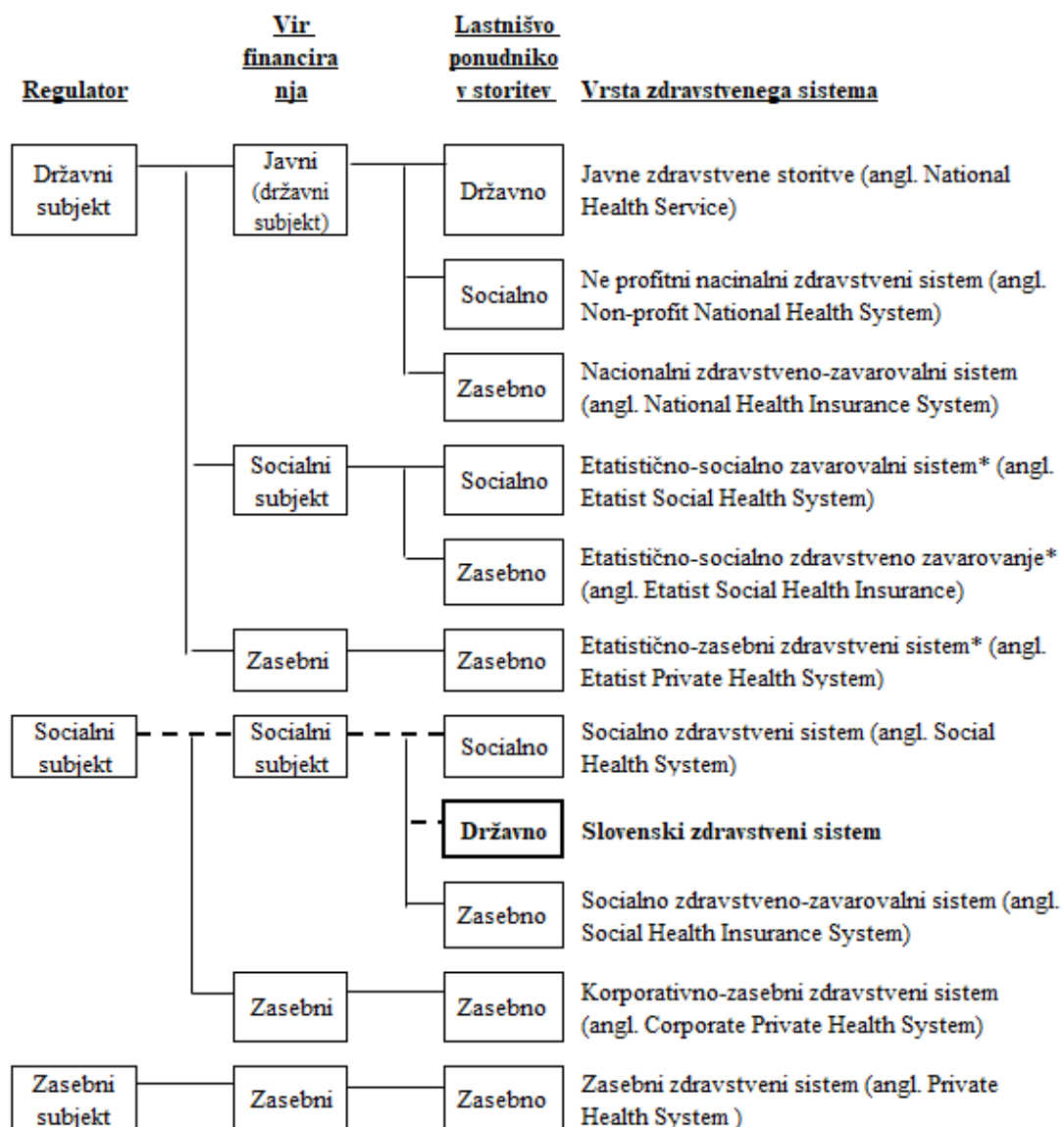
1.1 Klasifikacija zdravstvenih sistemov

Obstaja več modelov sistemov zdravstvenega varstva. Med seboj se razlikujejo v načinu zbiranja sredstev, inštitucijah, ki upravljajo z zbranimi sredstvi, skupinah, ki so upravičene do zdravstvenih storitev, in ponudnikih zdravstvenih storitev. Kulesher in Forrestal (2014) navajata tri najbolj pogosto uporabljene modele: 1) model nacionalnega zdravstvenega varstva (angl. National Health Model) oz. Beveridgov model, 2) model socialnega zdravstvenega zavarovanja (angl. Social Insurance Model) oz. Bismarkov model in 3) zasebno zavarovalni model (angl. Private Insurance Model). Model nacionalnega zdravstvenega varstva se financira iz davčnih prihodkov, medtem ko so zdravstvene storitve in regulacija v domeni države. Tak sistem najdemo na primer na Danskem, Irskem in v Veliki Britaniji. Model socialnega zdravstvenega zavarovanja se financira iz obveznih prispevkov s strani delodajalcev in tudi s strani delojemalcev. Prispevki se zbirajo v ločenem programu oz. blagajni, ki je namenjena izključno zdravstvenemu varstvu. Oblike takega zdravstvenega sistema najdemo v Avstriji, Belgiji, Franciji in na Nizozemskem. Zasebno zavarovalni model temelji pretežno na zasebnem zdravstvenem zavarovanju, ki se financira iz individualnih in delodajalčevih premij. Primere takega modela najdemo v Švici in v Združenih Državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) (Kulesher & Forrestal, 2014, str. 129).

Bolj poglobljene analize različnih tipov zdravstvenih sistemov so se lotili Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013). Zanimivo je, da so avtorji te analize prišli do zaključka, da ima Slovenija zelo specifičen sistem zdravstvenega varstva. Pod drobnogled so vzeli 30 zdravstvenih sistemov iz različnih OECD držav. Izhodišče celotne analize je obstoj hierarhičnega razmerja med tremi glavnimi dimenzijami (regulacija, financiranje in zagotavljanje storitev), ki definirajo vrsto zdravstvenega sistema. Hierarhično razmerje pomeni, da narava nadrejene dimenzije določa naravo podrejene dimenzije. V vsaki dimenziji lahko prevladuje eden od treh subjektov: državni, zasebni ali socialni. S tremi različnimi dimenzijami in tremi subjekti lahko dosežemo 27 različnih kombinacij. Od tega jih je v skladu z ugotovitvami avtorjev le 10 funkcionalnih. Primer nefunkcionalne kombinacije je, da bi bile zdravstvene storitve regulirane in zagotovljene s strani države, financiral pa bi jih zasebni sektor. Slika 1 prikazuje vseh 10 funkcionalnih zdravstvenih sistemov in njihovo sestavo glede na posamezne dimenzije. Sistematizacijo, ki so jo opisali Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013), sem dopolnila še s slovenskim zdravstvenim sistemom, ki se razlikuje od ostalih. Avtorji so namreč slovenski zdravstveni sistem označili za izjemo, saj ga ni mogoče uvrstiti v nobeno od desetih funkcionalnih kombinacij (Böhm, Schmid, Götze, Landwehr & Rothgang, 2013, str. 259).

V Sloveniji je financiranje pretežno v rokah ZZZS, delno pa tudi regulacija, pri čemer ZZZS v skladu z interpretacijo Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013) predstavlja socialni subjekt. Sredstva z naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ), s katerim upravlja ZZZS, so sicer javnega značaja, vendar pa so avtorji ZZZS opredelili kot socialni subjekt. OZZ namreč temelji na načelih univerzalne pokritosti, solidarnosti, pravičnosti in posveča posebno pozornost ogroženim skupinam (Mate, brez datuma).

Slika 1: Vrste zdravstvenih sistemov



Opomba: Etatizem - sistem, v katerem si država lasti monopol odločanja v vsem družbenem življenju (Slovar slovenskega knjižnega jezika).

Vir: Prirjeno po Böhm, Schmid, Götze, Landwehr & Rothgang (2013, str. 262).

Zdravstvene storitve so v Sloveniji pretežno, a ne v celoti, financirane s strani ZZZS. Nekatere zdravstvene storitve morajo namreč zavarovane osebe doplačati v vnaprej določenem deležu. Neposrednim doplačilom iz žepa se pri nas lahko izognemo, če jih predhodno zavarujemo. Za tovrstno zavarovanje uporabljamo izraz prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (ZZZS, brez datuma e). S prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem (v nadaljevanju PZZ) se krije razlika med polno vrednostjo zdravstvene storitve in vrednostjo, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ) (ZZZS, brez datuma f). Nekatere skupine zavarovanih oseb, ki jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K, ne potrebujejo PZZ, saj jim razliko do polne cene zdravstvenih storitev krije OZZ ali pa proračun Republike Slovenije.

Seznam zdravstvenih storitev, ko jih v celoti krije OZZ je določen v 23. členu 1. točke 1. odstavka ZZVZZ. Poleg teh storitev so iz OZZ v določenem odstotku njihove vrednosti financirane tudi druge zdravstvene storitve, ki so opredeljene od 2.–6. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ. Višina odstotnih vrednosti kritja teh zdravstvenih storitev je opredeljena v Sklepu o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki je sprejet s strani Skupščine ZZZS.

Večina izvajalcev zdravstvenih storitev pri nas je del mreže javnih zdravstvenih ponudnikov, zato so Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013) določili, da je lastništvo izvajanja zdravstvenih storitev v Sloveniji v domeni države. Zaradi posebne kombinacije med nosilci regulacije, financiranja in zagotavljanja storitev so omenjeni avtorji slovenski zdravstveni sistem navedli kot posebnost. Hkrati pa navajajo, da se glede na naraščajoči delež zasebnih ambulant slovenski zdravstveni sistem počasi in postopoma približuje modelu socialno-zdravstvenega zavarovanja (angl. Social Health Insurance System), kjer imajo na področju regulacije in financiranja prevladujočo vlogo socialni partnerji, medtem ko zdravstvene storitve v večji meri zagotavljajo zasebni ponudniki.

V slovenskem zdravstvenem sistemu lahko zdravstveno dejavnost opravljajo trije različni izvajalci: 1) javni zdravstveni zavodi, 2) zasebni izvajalci s koncesijo in 3) zasebni izvajalci brez koncesije (Zver, 2012, str. 27). V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US, pridobitev koncesije v zdravstvu pomeni pridobitev pooblastila za opravljanje javne zdravstvene službe. Pri tem je eden od pogojev, ki je omenjen v ZZDej, ta, da pravna oz. fizična oseba, ki pridobi koncesijo, ločeno vodi izkaz prihodkov in odhodkov za opravljane zasebne in koncesijske dejavnosti. Vrednostno gledano so se izdatki ZZZS za zdravstvene storitve namenjeni zasebnim izvajalcem s koncesijo leta 2017 glede na predhodno leto sicer povišali za 7 milijonov EUR (iz 295 milijonov EUR na 302 milijonov EUR), vendar se je njihov

delež v celotnih finančnih sredstvih za zdravstvene storitve zmanjšal iz 15,58 % (v 2016) na 14,88 % (v 2017) (ZZZS, 2017b in ZZZS, 2018c).

1.2 Sistem zdravstvenih računov

Izraz financiranje zdravstvenega sistema se nanaša na zbiranje in razporejanje sredstev za zdravstveno varstvo. Slovenski zdravstveni sistem se pretežno financira iz javnih virov. Vedno večji pomen imajo tudi zasebni viri. Javni viri predstavljajo sredstva, ki so zbrana z naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), katerega edini ponudnik je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Med zasebne vire spadajo prispevki z naslova prostovoljnega oz. dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju PZZ) in neposredna plačila iz žepa (Ministrstvo za zdravje, 2017). PZZ zavarovancem omogoča izogibanje neposrednemu plačilu iz žepa za storitve, ki niso krite s strani OZZ (Thomas, Evetovits & Thomson, 2015, str. 4).

Sistem zdravstvenih računov (angl. System of Health Accounts), v nadaljevanju SHA, je izraz za mednarodno metodologijo analiziranja finančnih tokov (virov financiranja in izdatkov) v zdravstvenem sistemu. Prednost omenjene metodologije je v tem, da je mednarodno primerljiva in s tem nudi širši kontekst pri razlagi rasti in strukture izdatkov za zdravstvo ter nudi oporo pri spremljanju in prilagajanju ciljev zdravstvene politike (Zver, Prevolnik-Rupel, Truden Dobrin & Marn, 2010, str. 2). Eurostat je v državah EU pričel z uveljavljanjem metodologija SHA, ki jo je prevzel od OECD leta 2003. Slovenija se je projektu priključila leta 2005. Za delovanje metodologije SHA in s tem možnost mednarodne primerjave je pomembna skladnost SHA s Sistemi nacionalnih zdravstvenih računov (angl. System of National Health Accounts), v nadaljevanju SNA. Zato morajo vse države, ki se priključijo temu projektu, ustrezno prilagoditi svoje nacionalne zdravstvene račune (Zver, 2012, str. 4).

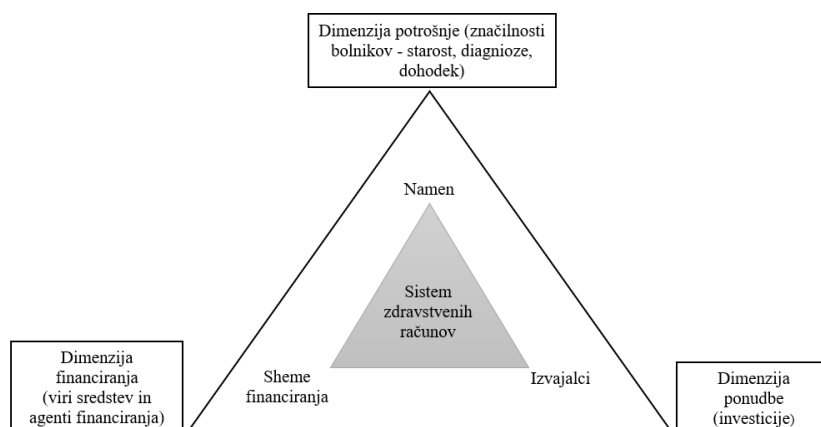
V Sloveniji SNA zavzema širše področje in ne prikazuje le letnega poročila poslovanja ZZZS. Slednji sicer bolj podrobno analizira porabo po posameznih zdravstvenih dejavnostih, vendar ne vključuje vseh izdatkov za zdravstvo. Tako ne vključuje izdatkov s strani ministrstva, občin, prostovoljnih zavarovanj in neposrednih izdatkov iz žepa (Zver, Prevolnik-Rupel, Truden Dobrin in Marn, 2010, str. 6).

SHA je sestavljen iz treh osnovnih klasifikacij: 1) klasifikacija namenov zdravstvenega varstva, 2) klasifikacija virov financiranja v zdravstvenem varstvu in 3) klasifikacija izvajalcev zdravstvenega varstva. Te tri klasifikacije se navezujejo na osnovna vprašanja, s pomočjo katerih lahko definiramo vsak finančni tok v zdravstvenem sistemu.

- Kakšni produkti, oz. storitve se trošijo? (Klasifikacija namenov)
- Kateri ponudniki nudijo ustrezne storitve? (Klasifikacija izvajalcev)
- Po kakšni finančni shemi se plačuje izvajalce storitev? (Klasifikacija virov financiranja) (OECD, 2000, str. 12).

Na Sliki 2 je prikazana shema dimenzij SHA skupaj z njihovimi razširitvami. Jedro trikotnika je sestavljeno iz osnovnih treh klasifikacij in kaže na to, da mora biti potrošnja zdravstvenih storitev uravnotežena s preskrbo in financiranjem. Pomembno je, da spremljamo in opazujemo vse tri dimenzije. Za pravilno razporejanje virov in zagotavljanje ustreznih storitev je potrebno razumevanje strukture potrošnje in značilnosti uporabnikov (bolezn, starost, spol, kupna moč) (OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017, str. 54). Ponudba storitev je povezana s financiranjem na ravni vložkov (plače zaposlenih, stroški zdravil itd.). Pri tem moramo vedeti, kakšni finančni vložki so potrebni za zagotovitev potrebne ravni storitev. S pomočjo klasifikacije virov financiranja je ne nazadnje mogoče razbrati, od kod prihaja denar v zdravstveni sistem (virji financiranja) oz. kdo plačuje za koga (agenti financiranja) (Zver, 2012, str. 15).

Slika 2: Shema dimenzij Sistema zdravstvenih računov

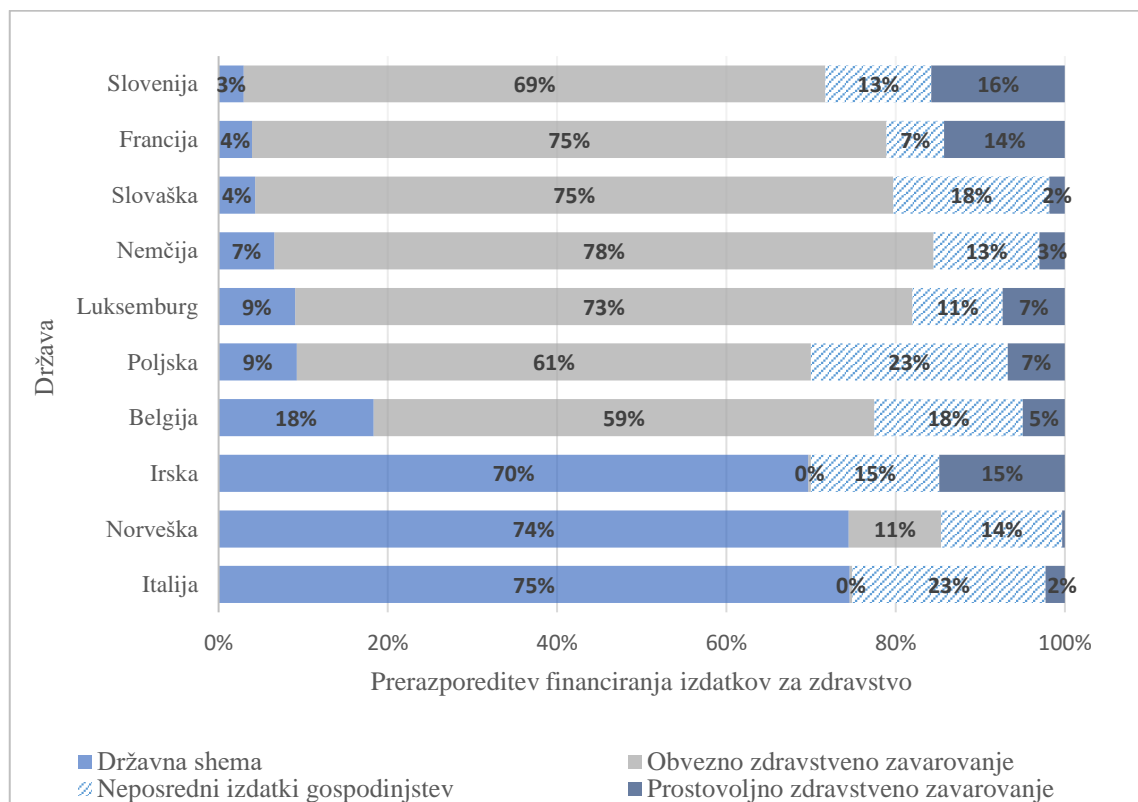


Vir: OECD, Eurostat & World Health Organization (2017, str. 55).

Slika 3 prikazuje, kako v posameznih OECD državah financirajo storitve zdravstvenega varstva. Osredotočila sem se na 10 izmed 30 držav, ki so jih Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013) vključili v svojo analizo zdravstvenih sistemov. Vseh 30 držav so razvrstili med pet zdravstvenih sistemov, ki so opisani v točki 1.1. Slika 3, ki združuje podatke o izdatkih za zdravstvo OECD držav, potrjuje analizo zdravstvenih sistemov, ki so jo izvedli Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013). V skladu z njihovo analizo največji delež financiranja v Nemčiji, Luksemburgu, Belgiji, Franciji, na Poljskem, Slovaškem in v Sloveniji nosijo socialni subjekti. Iz Slike 3 je razvidno, da se ti deleži gibljejo med 59 % in 78 %. Zanimivo je, da imajo našete države v skladu z analizo po Böhm, Schmid, Götze, Landwehr in Rothgang (2013) različne zdravstvene sisteme. V Tabeli 1 je prikazano, kako so posamezne države razdelili med različne vrste zdravstvenih sistemov. Slovenija je imela leta 2015 izmed vseh desetih analiziranih držav največji delež financiranja z naslova prostovoljnega zavarovanja. Če v analizo vzamemo vseh 35 OECD

držav, ugotovimo, da ima višji delež virov financiranja z naslova prostovoljnega zavarovanja v celotnih izdatkih le še ZDA.

Slika 3: Deleži posameznih virov financiranja v celotnih tekočih izdatkih v letu 2015



Vir: OECD (2018b).

SHA nudi tudi odgovor na vprašanje, v kakšne zdravstvene namene se porabljajo sredstva. Glede na namen SHA loči storitve kurativnega zdravljenja, storitve rehabilitacije, storitve dolgotrajne oskrbe, pomožne zdravstvene storitve, zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke, preventivo in upravljanje zdravstvenega varstva in zavarovanja (OECD, 2000, str. 111).

Pomembno je, da ločimo celotne izdatke za zdravstvo (angl. total health expenditure) od tekočih izdatkov za zdravstvo (angl. current health expenditure). Po definiciji sistema zdravstvenih računov celotni izdatki za zdravstvo predstavljajo vsoto tekočih izdatkov za zdravstvo in bruto investicij v zdravstvu. Tekoči izdatki predstavljajo celotne izdatke končne potrošnje zdravstvenih dobrin in storitev ne glede na končnega porabnika. Bruto investicije v zdravstvu predstavljajo celotno vrednost pridobljenih osnovnih sredstev v posameznem letu, zmanjšano za vrednost odpisov. V skladu z novo definicijo Sistema zdravstvenih računov se zdravstvena potrošnja meri le z uporabo tekočih izdatkov (brez investicij) (OECD, Eurostat & WHO, 2017, str. 39).

Tabela 1: Zdravstveni sistemi OECD držav

Zdravstveni sistem	Regulator	Prevladujoče financiranje	Lastništvo ponudnikov storitev	Države
Javne zdravstvene storitve	državni subjekt	kolektivno (proračunski viri)	državno	Danska, Finska, Islandija, Norveška, Švedska, Portugalska, Španija, Velika Britanija
Nacionalni zdravstveno-zavarovalni sistem	državni subjekt	kolektivno (proračunski viri)	zasebno	Avstralija, Kanada, Irska, Nova Zelandija, Italija
Socialno zdravstveno-zavarovalni sistem	socialni subjekt	kolektivno (socialni partnerji)	zasebno	Avstrija, Nemčija, Luksemburg, Švica
Zasebni zdravstveni sistem	zasebni subjekt	tržno (iz žepa ali prostovoljnih zavarovanj)	zasebno	ZDA
Etatistično-družbeni zavarovalni sistem*	državni subjekt	kolektivno (socialni partnerji)	zasebno	Belgija, Estonija, Francija, Češka, Madžarska, Nizozemska, Poljska, Slovaška, Izrael, Japonska, Koreja
Mešani tip	socialni subjekt	kolektivno (socialni partnerji)	državno	Slovenija

Vir: Prirejeno po Böhm, Schmid, Götze, Landwehr & Rothgang (2013, str. 263).

1.3 Ključni dejavniki rasti izdatkov za zdravstvo

Hitro naraščanje izdatkov zdravstvo v državah EU je prisotno že vse od 60. let prejšnjega stoletja. V 80. in 90. letih se je rast nekoliko upočasnila in se nato ob prelomu stoletja ponovno močno povečala (Przywara, 2010, str. 5). V letu 2005 so celotni izdatki za zdravstvo v državah EU v povprečju predstavljali 8,6 %, BDP, nato so se ti postopoma povečevali in so leta 2017 predstavljali že 9,6 % BDP (OECD, 2018a, str. 135).

Dejavnike, ki vplivajo na rast izdatkov za zdravstvo, je Przywara (2010) razdelil na dva načina. Najprej loči dejavnike med tiste, ki vplivajo na povpraševanje, in tiste, ki vplivajo na ponudbo. Znotraj teh dveh skupin lahko vsak dejavnik delimo še glede na izvor. Glede na slednje ločimo demografske, zdravstvene (splošno zdravstveno stanje populacije), ekonomske in socialne dejavnike v družbi ter vpliv regulacije.

Med demografske dejavnike štejemo velikost in strukturo populacije. Ti vplivajo na samo povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Na področju demografije razvitih držav največji problem predstavlja staranje prebivalstva. Glavni razlog za ta pojav je zniževanje celotne stopnje rodnosti in podaljševanje pričakovane življenjske dobe (Przywara 2010, str. 10). V zadnjih treh desetletjih prejšnjega stoletja je stopnja rodnosti v vseh evropskih državah v povprečju padla z 2,3 na 1,5 živorojenih otrok na žensko v rodni dobi, po prelomu stoletja pa se je povprečna celotna stopnja rodnosti evropskih držav ponovno začela povečevati in je v letu 2016 znašala 1,6 živorojenih otrok na žensko v rodni dobi (Eurostat, 2018b). Po drugi strani pričakovana življenjska doba narašča, kar je posledica napredka v medicini, višjega življenjskega standarda in večjega zavedanja o pomembnosti zdravja med ljudmi. Leta 1996 je mediana starosti prebivalcev v 27 državah EU (v nadaljevanju EU-27) znašala 36,8 let, leta 2016 pa 42,6 let, kar je skoraj 6 let več (Eurostat, 2017).

Med ekonomske in socialne dejavnike na strani povpraševanja Przywara (2010) uvršča višino BDP-ja, življenjski standard in dohodkovno elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Rast BDP-ja je eden glavnih dejavnikov rasti izdatkov za zdravstvo, kar je dokazalo že kar nekaj študij, med drugim Newhouse 1977, Leu 1986, Hitiris in Posnett 1992, Getzen 1990, Murthy in Ukpolo 1994, Okunade in Murthy 2002 (v Przywara, 2010, str. 24). Raziskovalci so glede hipoteze o medsebojni korelaciji med nihanjem BDP-ja in izdatki za zdravstvo dokaj enotni, vendar ne moremo reči, da velja enako tudi za mnenja o dohodkovni elastičnosti povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Dohodkovna elastičnost povpraševanja meri spremembe v obsegu povpraševanja ob hkratni spremembi dohodka kupcev. Kakšna je dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah, je odvisno od zdravstvenega sistema in načina financiranja storitev. Če je zdravljenje krito iz zdravstvenega zavarovanja ali pa z naslova javnih sredstev (potrošnja ni neposredno odvisna od bolnikovega dohodka), potem je dohodkovna elastičnost povpraševanja blizu nič. V nasprotnem primeru pa se povpraševanje po zdravstvenih storitvah obnaša podobno kot povpraševanje po luksuznih dobrinah, kar pomeni, da z naraščajočim dohodkom narašča tudi povpraševanje. Na agregirani ravni oz. na ravni države je situacija drugačna, saj mora biti potrošnja v celoti krita s prihodki, zato med njima obstaja močna korelacija (Przywara 2010, str. 25).

Med ekonomske dejavnike, ki vplivajo na ponudbo, je Przywara (2010, str. 9) navedel 1) tehnološki razvoj v medicini in farmaciji, 2) višino stroškov na enoto storitve v zdravstvu v primerjavi s stroški na enoto v drugih dejavnostih in 3) količino vloženih resursov. Med regulatorne dejavnike je uvrstil zdravstveni sistem (zavarovanje, plačilne sheme in financiranje) ter regulacijo trga zdravil.

1.4 Gibanje izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji in državah EU pred in po začetku zadnje ekonomske krize

Zadnja ekonomska kriza, ki je v letih 2008 in 2009 prizadela skoraj vse države EU (Poljska je bila edina članica, ki leta 2009 ni zabeležila negativne rasti BDP), se je odražala v velikih javno-finančnih primanjkljajih. Vsaka država članica se je s tem problemom soočila z drugačno kombinacijo varčevalnih ukrepov. Reeves, McKnee, Basu in Stuckler (2013) v svoji raziskavi o vplivih varčevalnih ukrepov na zdravstvo ugotavljajo, da ni neposredne korelacije med nastopom recesije (negativna rast BDP) in zmanjševanjem izdatkov za zdravstvo. Za primerjavo so navedli primer Avstrije in Nemčije. Obe državi sta leta 2009 doživeli močan upad BDP. V Nemčiji se je realna rast BDP zmanjšala za 4,8 odstotne točke, v Avstriji pa za 2,3 odstotne točke. Državi sta na negativno rast BDP odgovorili drugače; v Avstriji so se javni izdatki za zdravstvo (popravljeni za pariteto kupne moči in inflacije) na prebivalca znižali, v Nemčiji pa povišali.

Pomembno vlogo pri uveljavljanju varčevalnih ukrepov je igrala predhodno postavljena fiskalna politika. Češka, Estonija, Italija, Litva in Slovaška so že pred izbruhom krize imele vzpostavljene določene varčevalne ukrepe, s katerimi so si ustvarile finančnih rezerve, ki so bile namenjene zdravstvu. To jim je omogočilo, da so ob izbruhu krize lahko nastopile s proti-ciklično politiko, s katero so uravnale neravnotežje zdravstvene blagajne. Belgija, Danska in Velika Britanija so zdravstvene proračune zaščitile (angl. Ring-fencing), kar pomeni, da v času krize na tem področju niso uvajale varčevalnih ukrepov. To je vodilo do radikalnejšega zniževanja javno-finančnih izdatkov v drugih dejavnostih (Mladovsky, 2012). Vse druge evropske države so bile primorane k zniževanju izdatkov za zdravstvo. Z varčevalnimi ukrepi so se v preostalih državah najbolj zmanjšali izdatki za bolnišnice in za zdravila. Danska, Grčija, Latvija, Portugalska in Slovenija so pospešile re-strukturiranje bolnišnične dejavnosti, pri čemer so se znižale oz. zamrznile plače zdravstvenih delavcev (Karanikolos in drugi, 2013, str. 1325).

Iz Tabele 2 je razvidno, da so se države EU varčevanja najbolj pogosto lotile z zmanjševanjem deleža kritja izdatkov za zdravstvo z naslova javnih sredstev. To pomeni, da je bilo breme preneseno iz javnih shem financiranja na zasebne sheme. Tovrstni ukrep so uporabile Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Latvija, Nizozemska, Portugalska Romunija in tudi Slovenija (Karanikolos in drugi, 2013, str. 1325).

Slika 4 prikazuje, kako so se deleži kritja tekočih izdatkov za zdravstvo z naslova javnih sredstev zniževali v državah, ki so sprejele omenjeni varčevalni ukrep. Za analizo sem uporabila OECD podatke, saj so bili v primerjavi s podatki iz Eurostata bolj popolni. Najbolj občutno je zdravstveno shemo financiranja spremenila Grčija, kjer je delež javnega financiranja padel iz 69 % v letu 2009, na slabih 58 % v letu 2014. Tudi v Sloveniji se je delež kritja izdatkov za zdravstvo z naslova javnih sredstev znižal, vendar ne tako izrazito. Vse do leta 2011 se je ta delež gibal okoli 73 %, nato pa se je znižal na 71 %. V letu 2015 in 2016 je že mogoče zaznati pozitiven trend rasti (OECD, 2018b).

Tabela 2: Pregled varčevalnih ukrepov v zdravstveni dejavnosti v državah EU

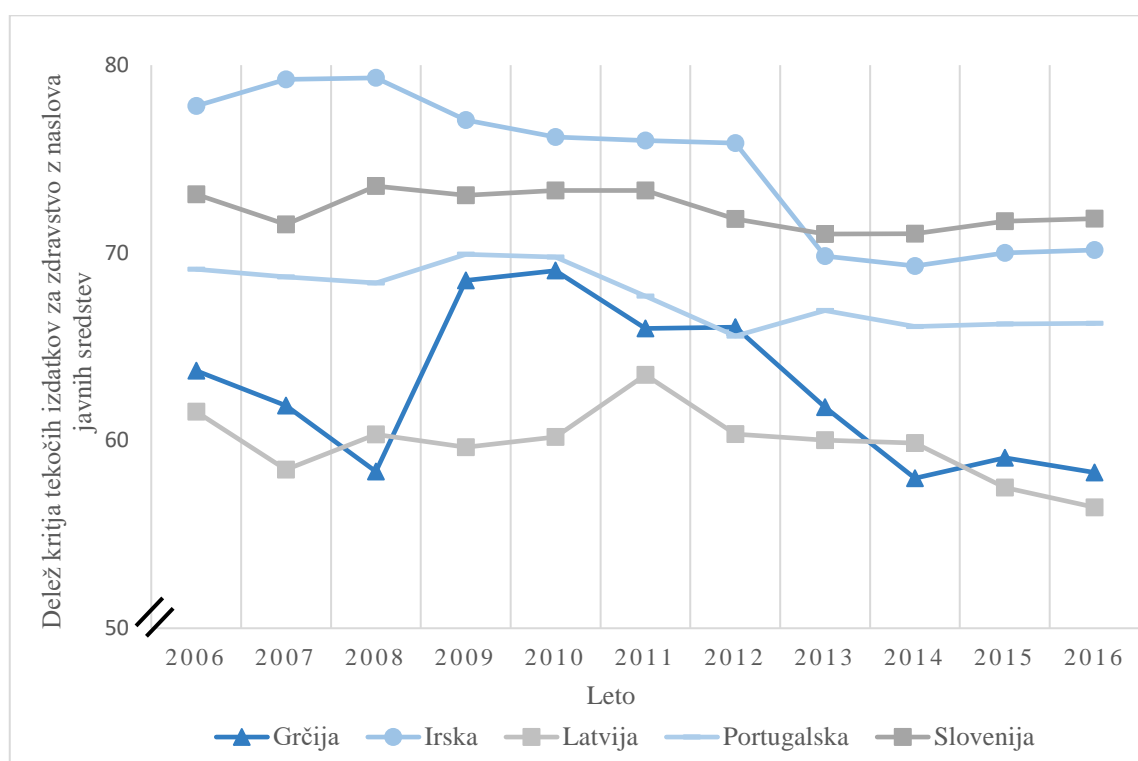
Varčevalni ukrep	Država
Pogajanja s farmacevtskimi podjetji za cene zdravil	Avstrija, Latvija, Poljska, Slovenija
Reorganizacija bolnišnične dejavnosti	Grčija, Danska, Latvija, Portugalska, Slovenija
Zmanjšanje plač zdravstvenih delavcev	Ciper, Grčija, Irska, Litva, Portugalska, Romunija
Zamrznitev plač zdravstvenih delavcev	Anglija, Slovenija
Zmanjšanje deleža kritja izdatkov za zdravstvo z naslova javnih sredstev	Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Latvija, Nizozemska, Portugalska, Romunija, Slovenija

Vir: Prirejeno po Karanikolos in drugi (2013, str. 1324–1325).

Z varčevalnimi ukrepi so države EU uspele upočasniti rast izdatkov za zdravstvo. Tekoči izdatki za zdravstvo na prebivalca so v EU med letoma 2005 in 2009 v povprečju realno naraščali 3,1 % letno, medtem ko so med letoma 2009 in 2015 rasli le za 0,7 % (v povprečju na leto). V Sloveniji so spremembe v realni rasti tekočih izdatkov podobne spremembam v evropskem povprečju. Med letoma 2005 in 2009 so namreč tekoči izdatki za zdravstvo na prebivalca v Sloveniji realno rasli 3,2 % letno, med letoma 2009 in 2015 pa 0,1 % na leto (OECD & EU, 2016, str. 114–115).

Višina sredstev, ki jih posamezna država nameni za zdravstvo, in stopnja rasti, s katero rastejo, je močno povezano z BDP. Države z višjim BDP imajo praviloma višje izdatke za zdravstvo na prebivalca. Leta 2015 je med državami EU imel najvišje izdatke za zdravstvo na prebivalca Luksemburg; ti so znašali 5.600 EUR; s 5.000 EUR sledita Švedska in Danska. Povprečni izdatki za zdravstvo na prebivalca v EU-27 (podatki za Malto niso na voljo) so leta 2015 znašali 2.430 EUR, oz. 2.431 izraženo v pariteti kupne moči (v nadaljevanju PKM). Slovenija je pri tem kazalniku nekoliko pod povprečjem, saj izdatki na prebivalca znašajo 1.597 EUR, oz. 2.000 v PKM (Eurostat, 2018a).

Slika 4: Deleži javnega financiranja tekočih izdatkov za zdravstvo



Vir: OECD (2018b).

1.4.1 Tekoči izdatki za zdravstvo kot odstotek BDP

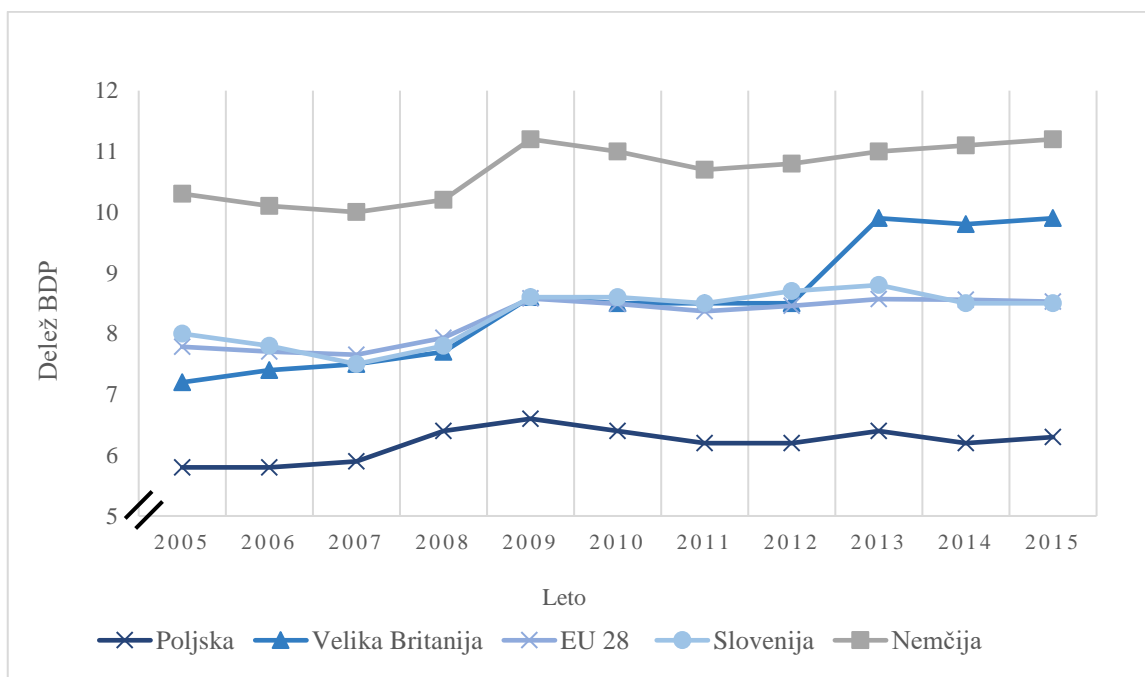
Obdobje zadnje ekonomske krize je bilo zaznamovano z močnim upadom BDP, povišanjem stopnje brezposelnosti in s spremembami fiskalne politike, usmerjene v varčevalne ukrepe. Omejevanje izdatkov za zdravstvo je bilo nujno potrebno, saj so zaradi padca BDP in višje stopnje brezposelnosti močno upadli prihodki v zdravstvene blagajne. Kako velik je bil upad prihodkov v posamezni državi, je odvisno od sheme financiranja. Po podatkih Eurostata je zdravstveni sistem v državah članicah EU v povprečju 75 % financiran s strani državnih in obvezno-zavarovalnih shem, ki so neposredno vezane na prihodke prebivalcev in BDP (Cima, 2018).

Slika 5 prikazuje gibanje odstotka tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP od leta 2005 do 2015, v izbranih državah EU. Pri gibanju povprečnega odstotka tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP v EU in tudi pri gibanju tega odstotka v posameznih državah opazimo podoben trend rasti v obdobju pred izbruhom zadnje ekonomske krize. Vse do leta 2009 odstotek tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP narašča, nato nekoliko upade. Po letu 2012 je ponovno mogoče zaznati pozitivno rast. Razlog, zakaj omenjeni odstotek v letu 2008 in 2009 nadpovprečno zraste, je, da je v tem obdobju prišlo do sunkovitega padca BDP v skoraj vseh državah EU. Hkrati so izdatki za zdravstvo ostali na isti ravni oz. so še naprej rastli. Učinki

varčevalnih ukrepov, ki so jih države sprejele po izbruhu krize, so se nato odražali šele v naslednjih letih.

V EU ima najvišji odstotek izdatkov za zdravstvo glede na BDP Nemčija, kjer so v letu 2015 tekoči izdatki za zdravstvo znašali 338 milijard EUR, kar predstavlja 11,2 % nemskega BDP. Glede na višino tekočih izdatkov Nemčiji sledita Velika Britanija (255 milijard EUR) in Francija (241 milijard EUR). Glede na odstotek tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP (brez investicij v zdravstvo) Nemčiji sledita Švedska in Francija (11 % BDP) (Eurostat, 2018a). Po podatkih OECD so v letu 2016 tekoči izdatki za zdravstvo v Sloveniji znašali 3,4 milijarde EUR, kar predstavlja 8,6 % BDP. Odstotek tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP-ju že od leta 2009 ostaja skoraj nespremenjen. Pred krizo, ki je izbruhnila leta 2008, se je ta odstotek gibal med 7,5 % in 8,0 %. Nato je leta 2009 narasel na 8,6 % in ostal na približno enaki ravni vse do leta 2016. Razlog za to je, da je BDP v času krize padel, izdatki pa so še naprej rasli (Cylus, 2015). Letna stopnja rasti izdatkov za zdravstvo je od 2008, ko je bila nadpovprečno visoka (13 %), v letu 2009 padla na 4 %. Vse do leta 2011 je bila pozitivna, nato pa je leta 2012 prišlo do negativne rasti. Potem so tekoči izdatki za zdravstvo začeli ponovno naraščati. Upočasnjena rast tekočih izdatkov za zdravstvo kot posledica ekonomske krize je bila v Sloveniji izrazitejša kot v ostalih evropskih državah. Na to kaže primerjava odstotkov tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP po krizi. Leta 2015 je Slovenija za zdravstvo namenila 8,4 % svojega BDP-ja, medtem ko je evropsko tehtano povprečje (EU-28) istega leta znašalo 9,9 % (OECD & EU, 2016, str. 117).

Slika 5: Tekoči izdatki za zdravstvo kot odstotek BDP (2005–2015) za izbrane države EU



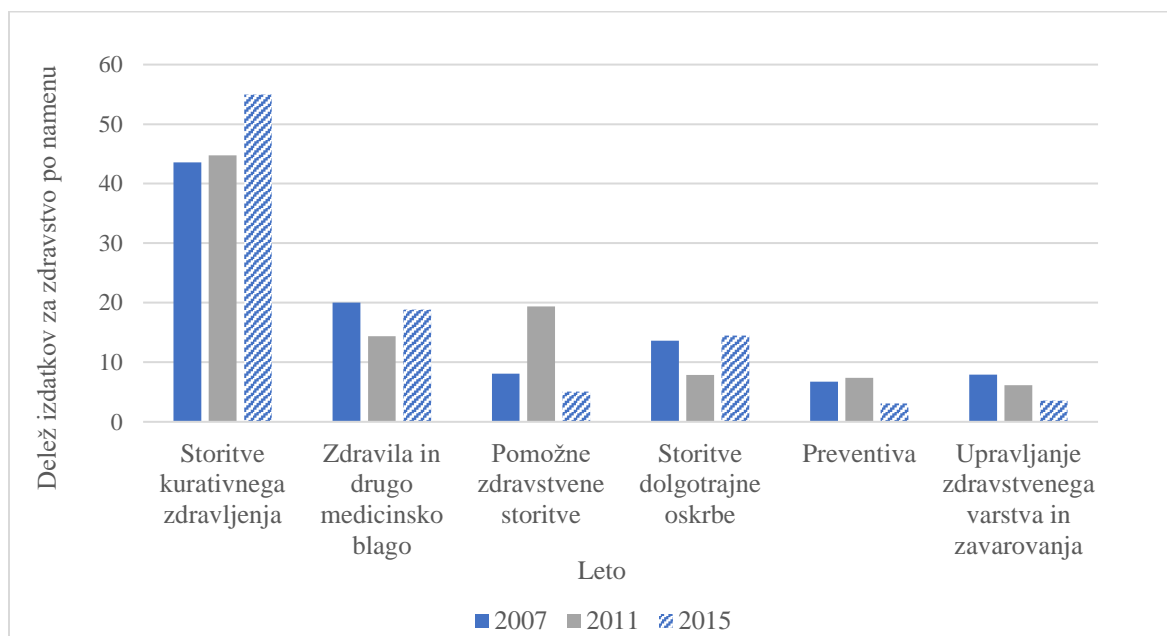
Vir: WHO (2018).

1.4.2 Tekoči izdatki za zdravstvo glede na osnovne namene zdravstvenega varstva

Slika 6 prikazuje, kako so se tekoči izdatki za zdravstvo v EU porabili glede na namen. Podatke sem pridobila na strani OECD, saj je bila podatkovna baza Eurostat pomanjkljiva, saj so popolne časovne vrste za vse države članice na tem viru na voljo le od leta 2012 naprej. Želela sem primerjati, kako se je po izbruhu krize spremenila struktura tekočih izdatkov glede na namen. Za to sem potrebovala tudi starejše podatke. Po drugi strani je pomanjkljivost OECD podatkovne baze v tem, da vključuje podatke le za tiste države EU, ki so tudi članice OECD skupine. Zaradi te pomanjkljivosti so iz analize izpadle naslednje države: Romunija, Hrvaška, Malta, Ciper in Bolgarija.

Primerjala sem strukturo tekočih izdatkov za zdravstvo glede na namen med tremi različnimi leti (pred, med in po ekonomski krizi). Slika 6 kaže, da se je delež tekočih izdatkov za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke v EU-23 med krizo znižal za 6 odstotnih točk, 2015 pa že vidimo, da se je ta delež povečal nazaj na 19 %. Največ tekočih izdatkov za zdravstvo se porabi v namen kurativnega zdravljenja. Delež te porabe v celotnih tekočih izdatkih za zdravstvo se je stalno poveševal. V letu 2015 je celo dosegel najvišjo vrednost (55 %). Delež izdatkov za pomožne zdravstvene storitve, preventivo in za upravljanje zdravstvenega varstva ter zavarovanja v tekočih izdatkih za zdravstvo se je po krizi dodatno zmanjšal. Na račun tega se je v ostalih treh kategorijah omenjeni delež dodatno povešal.

Slika 6: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo v EU po namenih pred, med in po krizi

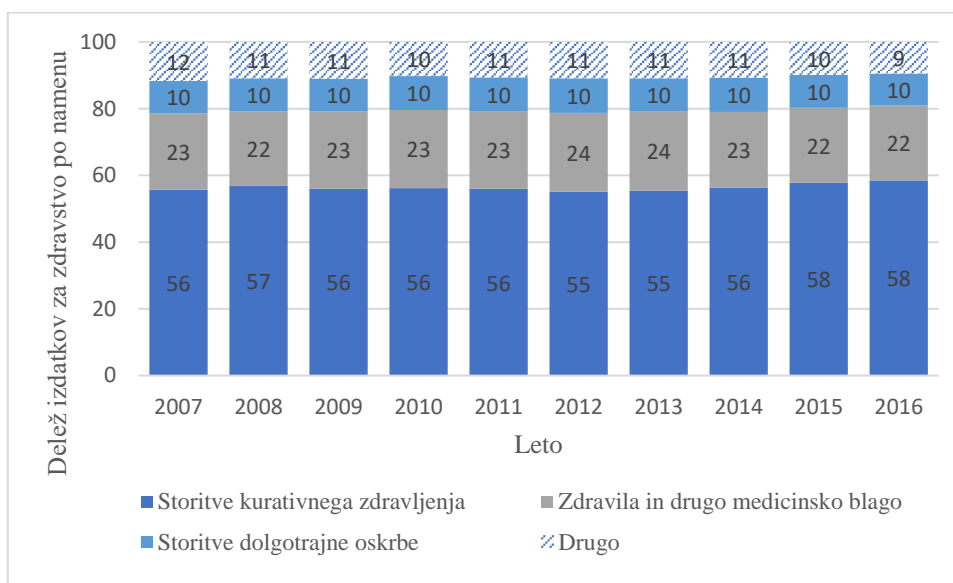


Opomba: Pri izračunu so uporabljeni podatki le za 23 držav v EU (EU-23). Države, ki niso vključene v analizo, so: Romunija, Hrvaška, Malta, Ciper in Bolgarija.

Vir: OECD (2018b).

Iz Slike 7 je razvidno, da ekonomska kriza v Sloveniji ni vplivala na strukturo zdravstvenih izdatkov glede na namen, saj deleži v celotnem obdobju ostajajo približno na enaki ravni. Največ sredstev se nameni kurativnemu zdravljenju (v povprečju 56 %). Druga največja skupina izdatkov so izdatki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke za katere v povprečju namenimo 23 % tekočih izdatkov za zdravstvo, kar je nekoliko več od evropskega povprečja, ki je prikazan na Sliki 6. S Slike 7 je razvidno, da se je v času krize delež izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke v tekočih izdatkih za zdravstvo nekoliko povešal; do padca v višini 1 odstotne točke je prišlo leta 2014. Pri tem moramo biti pozorni na dejstvo, da analiza poleg zdravil na recept in medicinsko-tehničnih pripomočkov vključuje tudi izdatke za zdravila brez recepta (angl. Over-the-counter, v nadaljevanju OTC zdravila), katerih delež v tekočih izdatkih se je v Sloveniji v preučevanem obdobju najbolj povešal. Izdatke za posamezne vrste zdravil, kamor spadajo tudi OTC zdravila, sem analizirala v poglavju 2.4.

Slika 7: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo po namenih v Sloveniji (2007–2016)



Opomba: V kategorijo »Drugo« spadajo: Izdatki za upravljanje zdravstvenega varstva in zavarovanja, izdatki za preventivo in pomožne zdravstvene storitve.

Vir: OECD (2018b).

V magistrskem delu se bom osredotočila na izdatke za zdravila v širšem pomenu. Vse analize, ki sem jih predstavila v uvodu, se namreč navezujejo na statistike, ki jih objavljajo različne inštitucije, kot so OECD, Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organization, v nadaljevanju WHO) in Eurostat. Pomanjkljivost omenjenih podatkovnih zbirk je v tem, da lahko zbirajo in analizirajo podatke v skladu z metodologijo SHA, ki vključuje le izdatke za zdravila na recept, medicinsko-tehnične pripomočke in OTC zdravila. Podatki o izdatkih za zdravila, ki se uporabijo in aplicirajo znotraj zdravstvenih zavodov, niso del teh podatkovnih zbirk (OECD, 2015, str. 178). V OECD (2015) poročilu Health at Glance ocenjujejo, da izdatki za zdravila, ki se namenijo bolnikom v času njihove obravnave

znotraj zdravstvenih zavodov, v povprečju predstavljajo 10–20 % celotnih izdatkov za zdravila na recept in OTC zdravila. V nadaljevanju bom skušala ugotoviti, kakšni so izdatki za zdravila, ki se porabijo znotraj zdravstvenih zavodov v Sloveniji, in ali je delež teh izdatkov v celotnih izdatkih za zdravila na recept in OTC zdravila res znotraj omenjenega razpona 10–20 %.

2 IZDATKI ZA ZDRAVILA

2.1 Gibanje izdatkov za zdravila pred in po ekonomski krizi v državah EU s poudarkom na Sloveniji

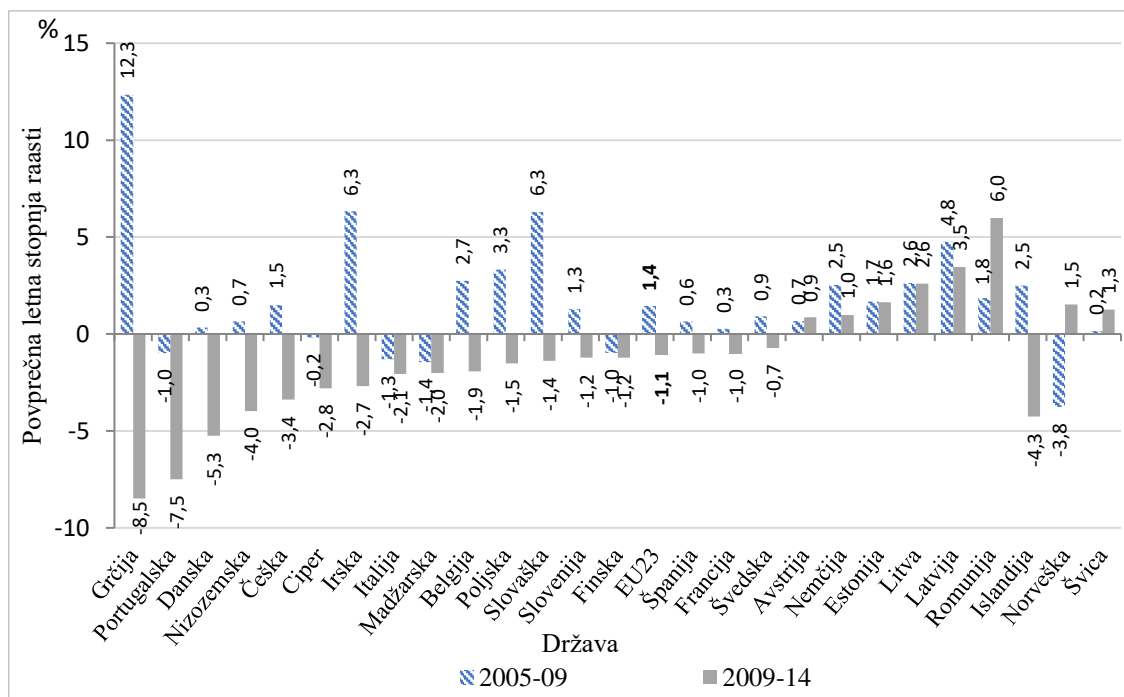
Razvoj farmacevtske dejavnosti v zadnjih desetletjih povzroča vedno večje pritiske na izdatke za zdravstvo. Hitro naraščajoči izdatki za zdravila so bili v zadnjih dveh desetletjih prejšnjega stoletja glavni dejavnik za poviševanje odstotka izdatkov za zdravstvo v celotnem BDP-ju OECD držav. Od začetka 80. let prejšnjega stoletja do danes se je ta odstotek povišal za več kot dve odstotni točki. V zadnjih letih se je rast izdatkov za zdravila v primerjavi z ostalimi kategorijami izdatkov za zdravstvo upočasnila (Belloni, Morgan & Paris, 2016). Povprečni odstotek izdatkov za zdravila in medicinske pripomočke v BDP se v 23 državah EU (v nadaljevanju EU-23) v zadnjih 15 letih giblje okoli 1,8 %. Ob izbruhu krize se je ta odstotek zaradi padca BDP-ja povišal na 1,9 %, nato pa je postopoma padel in se ustalil na 1,7 % BDP-ja. V Sloveniji je odstotek izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke v celotnem BDP-ju leta 2016 znašal 1,9 %, kar je 0,2 odstotni točki več kot leta 2008. Ob izbruhu krize je tako kot v drugih evropskih državah narastel (najvišjo raven, 2,1 %, je dosegel leta 2012) in nato ponovno padel (OECD, 2018b).

Zadnja ekonomska kriza je povzročila padec povprečne letne stopnje rasti izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke. V obdobju pred krizo (2005–2009) je povprečna letna stopnja rasti realnih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke na prebivalca v EU-23 znašala 1,4 %, medtem ko je v obdobju po krizi (2009–2014) padla na -1,1 %. Iz Slike 8 je razvidno, da je do najbolj občutnih sprememb prišlo v Grčiji, na Portugalskem in na Danskem. Glavni razlog za ustavljeno realno rast izdatkov za zdravila je uvedba varčevalnih ukrepov na tem področju. Na drugi strani imamo države, kot so Avstrija, Nemčija in Francija, kjer padec rasti omenjenih izdatkov ni bil tako izrazit (OECD & EU, 2016, str. 120).

Celotni izdatki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke so se v Sloveniji nominalno poviševali tudi po izbruhu krize. Prvi in tudi edini padec se je pojavil le leta 2014. Del teh izdatkov so tudi izdatki za OTC zdravila, ki so se v zadnjih letih precej povečali in zato pomembno vplivajo na rast celotnih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke. Medtem ko so se je delež izdatkov za OTC zdravila v celotnih izdatkih za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke povečeval, se je delež izdatkov za zdravila na

recept zniževal (Podatki o porabi zdravil, 2018). Posamezne vrste zdravil in njihovo financiranje bom bolj podrobneje analizirala v poglavju 2.4.

Slika 8: Povprečna letna rast (v %) realnih izdatkov za zdravila in medicinske pripomočke na prebivalca pred in po krizi



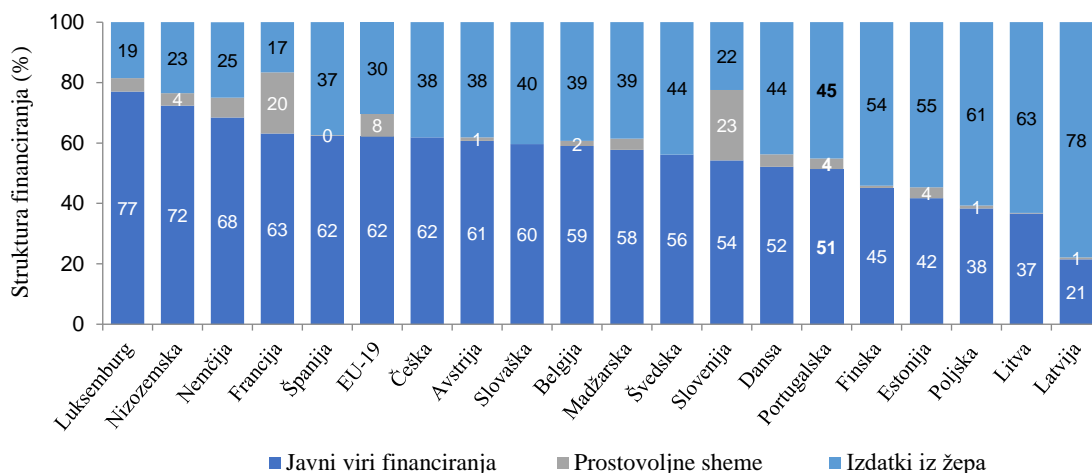
Vir: OECD & EU (2016, str. 121, grafikon 5.10).

Iz Slik 9 in 10 lahko vidimo, da je struktura financiranja izdatkov za zdravila in medicinske pripomočke v Sloveniji še najbolj podobna francoski. Obe državi imata nadpovprečno visok delež kritja izdatkov z naslova prostovoljnih zavarovalnih shem. Vendar se je razmerje v Sloveniji po krizi bolj spremenilo kot pa v Franciji. Delež doplačil se je od leta 2007 do 2015 v Sloveniji povečal za 8,7 odstotnih točk, delež javnih virov pa se je zmanjšal za 8,1 odstotne točke. Pri tem moramo upoštevati, da so med doplačila šteti tudi vsi izdatki za OTC zdravila in neposredni izdatki iz žepa, ki pripomorejo k višanju deleža financiranega z doplačili.

Veliko držav se je omejevanja javnih izdatkov za zdravila lotila s spreminjanjem režima financiranja izdatkov oz. s spreminjanjem t. i. politike doplačil. Med drugimi so ta ukrep sprejeli v Avstriji, Belgiji, Latviji, Litvi, Grčiji, na Danskem, Portugalskem in tudi v Sloveniji (Carone, Schwierz & Xavier, 2012). Slika 9 prikazuje, kakšna je bila struktura financiranja izdatkov za zdravila in medicinske pripomočke po posameznih evropskih državah pred krizo (leta 2007), Slika 10 pa strukturo financiranja teh izdatkov po krizi (leta 2015). V analizo sem glede na razpoložljivost podatkov vključila 19 držav EU. Sliki 9 in 10 kažeta na to, da so zdravila in medicinski pripomočki večinoma financirani iz javnih virov, kar vključuje državni proračun in finančne vire z naslova obveznih zavarovalnih shem. V povprečju EU-19 se je leta 2007 z naslova javnih virov financiralo 62 % tekočih izdatkov za zdravila, po krizi (leta 2015) pa se je delež znižal le za eno odstotno točko. Več sprememb

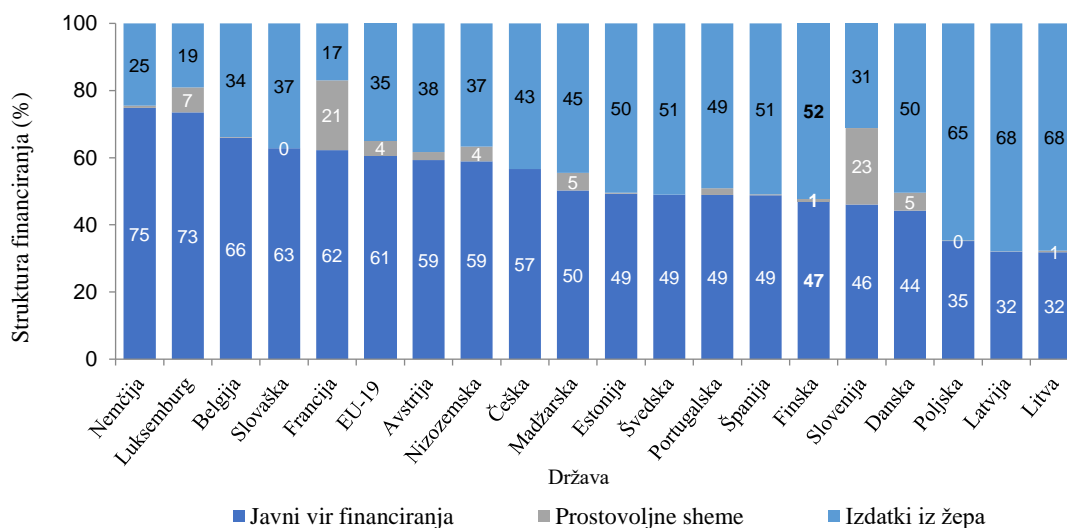
je moč opaziti pri deležu, ki se financira preko prostovoljnih zavarovalnih shem in pri višini doplačil. V povprečju EU-19 se je delež doplačil od leta 2007 do 2015 povešal za 5 odstotnih točk, delež financiran iz PZZ pa se je znižal za 4 odstotne točke.

Slika 9: Struktura tekočih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke glede na vir financiranja (2007)



Vir: OECD (2018b).

Slika 10: Struktura tekočih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke glede na vir financiranja (2015)



Vir: OECD (2018b).

2.2 Ukrepi za obvladovanje rasti izdatkov za zdravila

Izdatki za zdravila, financirani z naslova javnih virov, so se v času krize zmanjšali, na kar kažejo tudi podatki, ki sem jih predstavila v prejšnjem poglavju. Pomembno je, da razumemo, kakšni so bili ukrepi s katerimi je bila rast izdatkov za zdravila upočasnjena.

Obstajajo različne kombinacije ukrepov za nadzorovanje izdatkov za zdravila. V nadaljevanju bom skušala predstaviti splošen nabor ukrepov, ki so jih v zadnjem desetletju uveljavile države članice EU in katere je uporabila Slovenija. Pregled in pogostost uporabe posameznih ukrepov med državami EU je prikazan v Tabeli 3.

Ukrepi za obvladovanje izdatkov za zdravila so vezani na politike cen zdravil, razvrščanja zdravil na listo, ki zagotavlja kritje izdatkov iz OZZ in omejitve predpisovanja ter vstopa zdravil na trg. Lahko se dotikajo tudi urejevanja odnosov med posameznimi deležniki na trgu zdravil. Ti deležniki so farmacevtska podjetja, distributerji, predpisovalci in pacienti (Carone, Schwierz & Xavier, 2012, str. 10).

Največ ukrepov so med zadnjo ekonomsko krizo uporabile države, ki jih je kriza najbolj prizadela. To so Baltske države, Grčija, Portugalska in Španija (Leopold in drugi, 2014, str. 630). Uspešnost uvedbe posameznega ukrepa je odvisna tudi od predhodne regulacije samega trga. Sood, De Vries, Gutierrez, Lakdawalla in Goldman (2009) so v 19 razvitih državah v trinajstletnem obdobju (od 1992 do 2004) analizirali vpliv različnih ukrepov v zdravstvu na prihodke farmacevtskih podjetij. Prišli so do treh glavnih ugotovitev, in sicer, da je farmacevtski trg vedno bolj reguliran, da večina ukrepov uspešno znižuje farmacevtske prihodke in da je učinkovitost dodatnih ukrepov na že močno reguliranih trgih manjša kot na manj reguliranih trgih. Carone, Schwierz in Xavier (2012, str. 47) ugotavljajo, da zniževanje cen zdravil kratkoročno sicer lahko omogoči prihranke, vendar se na dolgi rok ta ukrep odraža v večji volumenski porabi zdravil, medtem ko se proizvajalci osredotočijo na prodajo dražjih zdravil. Avtorji navajajo, da se je tak protiučinek zniževanja cen zdravil zgodil v Španiji med letoma 1997–2006 in v Nemčiji po letu 2010.

Najpogosteje so države EU uporabljale naslednje ukrepe:

- zakonsko določevanje višine popustov, rabatov in višine povračil,
- zakonska zamrznitev in/ali zmanjševanje cen,
- spreminjanje nabora referenčnih držav za določevanje cen zdravil,
- znižanje stopnje davka na dodano vrednost (DDV) (Carone, Schwierz & Xavier, 2012).

Tabela 3: Vrste ukrepov za obvladovanje rasti izdatkov za zdravila v 23 državah EU

Vrsta ukrepa	Uvedba ukrepa
Uravnavanje cen	
Uveljavitev sistema sklicevanja na zunanje cene ali sprememba nabora referenčnih držav (angl. External Reference Pricing – ERP)	Litva, Švedska, Estonija, Slovaška, Nemčija, Belgija
Spremembe pravil pri internem določanju cen zdravil in sklicevanju na referenčna zdravila	Portugalska, Estonija, Španija, Litva, Latvija, Belgija, Poljska, Grčija
Zniževanje stopnje DDV za zdravila	Litva, Češka, Velika Britanija, Finska, Portugalska, Latvija, Poljska, Grčija
Razvrščanje zdravil	
Uvedba pozitivne in/ali negativne liste zdravil	Romunija, Grčija
Razvrščanje zdravil na podlagi stroškovne učinkovitosti novega zdravila v primerjavi z že obstoječimi terapijami (farmakoekonomska analiza)	Nemčija, Romunija, Grčija
Neposredno nadzorovanje izdatkov	
Določanje popustov in rabatov in povračila lekarn (angl. clawback)	Estonija, Litva, Španija, Nemčija, Portugalska, Italija
Povračila dela proizvajalčevega profita zavarovalnici v primeru, da prodana količina zdravila presega dogovorjeno raven (angl. payback)	Poljska, Romunija, Portugalska, Grčija
Zakonska zamrznitev in/ali zmanjševanje cen	Češka, Velika Britanija, Španija, Nemčija, Litva, Portugalska, Irska, Malta, Grčija
Politike usmerjene na distributerje in lekarne	
Generična zamenjava (izdajanje cenejšega zdravila)	Litva, Estonija, Poljska, Portugalska
Zniževanje prodajnih marž	Španija, Litva, Portugalska, Belgija, Italija, Nemčija, Poljska, Latvija, Grčija
Politike usmerjene na predpisovalce zdravil	
Spremljanje prepisovalnih vzorcev zdravnikov (uedba e-predpisovanja)	Estonija, Litva, Portugalska, Romunija, Grčija
Uvedba predpisovanja zdravila z navedbo aktivne učinkovine in ne lastniškega imena – INN predpisovanje (angl. International Non-proprietary Name)	Litva, Češka, Slovaška, Portugalska, Italija, Grčija
Politike usmerjene na paciente	
Povečevanje deleža doplačil za zdravila	Avstrija, Belgija, Danska, Latvija, Litva, Portugalska, Grčija
Izvedba kampanj za osveščanje o pomembnosti racionalne rabe zdravil in ekvivalence uporabe generičnih zdravil	Estonija, Španija, Portugalska

Vir: Prirejeno po Carone, Schwierz & Xavier (2012, str. 12, 13 in 47).

Povračilo proizvajalcev (angl. payback) pomeni, da morajo proizvajalci ob presežku prodanega zdravila nad vnaprej določeno volumensko ali vrednostno mejo povrniti del

njihovega dobička javnemu viru financiranja (zavarovalnici ali državi). Prav tako so lahko povračila določena tudi lekarnam (angl. clawbacks). To pomeni, da morajo lekarne vračati del svojega dobička, ki je bil pridobljen z naslova nakupa zdravil po nižjih cenah zaradi popustov ali pa z naslova njihovih distribucijskih marž. Vsi ti ukrepi so zelo učinkoviti v državah z visokimi stopnjami rasti izdatkov za zdravila in v državah, kjer je vpeljava zniževanja cen zdravil otežena. Obvezne popuste, rabate in povračila lekarn so uvedle naslednje države: Estonija, Litva, Španija, Nemčija, Portugalska in Italija. Mehanizem povračila proizvajalcev so vpeljale Poljska, Romunija in Portugalska (Carone, Schwierz & Xavier, 2012, str. 28, 29, 36 in 46).

Po podatkih Evropskega združenja farmacevtskih podjetji in organizacij (EFPIA) so popusti zavarovalnicam in zniževanje cen zdravil v letu 2010 in 2011 prinesli več kot 7 milijard EUR prihrankov v petih evropskih državah (Grčija, Italija, Portugalska, Španija in Irska) (Hampson, Young & Chisambi, 2013, str. 4).

Zakonska zamrznitev in/ali zmanjševanje cen razvrščenih zdravil je velikokrat uporabljen ukrep. V letu 2010 in 2011 je bil ta ukrep uveden v vsaj desetih državah EU, saj kratkoročno sicer zagotovi prihranke, vendar srednje in dolgoročno lahko vodi do povečanja volumenske porabe (Carone, Schwierz & Xavier, 2012, str. 33).

Pogost način zniževanja cen zdravil, ki se ga poslužujejo evropske države je tudi spreminjanje nabora referenčnih držav za določanje cen zdravil. Sistem sklicevanja na zunanje cene zdravil (angl. External reference pricing, v nadaljevanju ERP) predstavlja neposredni nadzor pri določanju cen. Bistvo ERP sistema je, da se cena zdravila določi na podlagi cen enakega zdravila v referenčnih državah, ki jih posamezna država izbere sama. Izbor referenčnih držav igra ključno vlogo pri končnih cenah zdravil. Pri tem je pomembno, da so države med seboj gospodarsko primerljive in da so kupne moči prebivalstva podobne (Carone, Schwierz & Xavier, 2012, str. 14). Leopold in drugi (2012) so v svoji študiji ugotovili, da ERP sistem uporablja 24 od 28 držav v Evropi. Metodologije določanja cen se med posameznimi državami razlikujejo predvsem v številu izbranih referenčnih držav in izračunavanju referenčne cene. Nekatere države referenčno ceno določijo na podlagi povprečja cen vseh referenčnih držav, druge izberejo najnižjo ceno, tretje pa vzamejo povprečje treh najnižjih cen. Referenčna cena zdravila v Sloveniji je enaka 95 % izračunane povprečne cene istega zdravila iz Avstrije, Nemčije in Francije (Leopold in drugi, 2012, str. 54).

Cylus (2015) navaja, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu ključni problem velika občutljivost prihodkov zdravstvene blagajne, saj je ta močno povezana z nihanjem stopnje zaposlenosti na trgu dela. Ob primerjavi letnih stopenj rasti prihodkov ZZZS in gibanja stopnje brezposelnosti v Sloveniji ugotovimo, da trditev, ki jo navaja Cylus (2015), drži. V obdobju med 2006 in 2015 smo po podatkih Eurostat-a najnižjo stopnjo brezposelnosti zabeležili leta 2008, ko je ta znašala 4,4 %. Nato je stopnja brezposelnosti naraščala in dosegla najvišjo raven leta 2013, ko je znašala 10,1 %. Gibanje letnih stopenj rasti prihodkov

ZZZS je bilo ravno obratno. Leta 2007 so prihodki glede na predhodno leto zrasli za 7,9 %, leta 2008 pa za 10,3 %. Nato so se letne stopnje rasti prihodkov začele zmanjševati. Leta 2012 in 2013 je celo prišlo do negativne stopnje rasti prihodkov ZZZS. Ravno v teh dveh letih pa je bila tudi stopnja brezposelnosti najvišja. Te ugotovitve niso presenetljive, saj več kot 80 % prihodkov ZZZS prihaja z naslova prispevkov za socialno varnost, kamor štejemo prispevke za zdravstveno zavarovanje zaposlenih, samozaposlenih in delodajalcev. Slovenija je zato skušala z implementacijo različnih ukrepov izboljšati vzdržnost zdravstvenega sistema (Ministrstvo za finance Republike Slovenije, brez datuma).

Po navedbah Cylus (2015) obstajajo štiri načini ohranjanja uravnoteženosti prihodkov in odhodkov zdravstvene blagajne:

- zniževanje cen zdravstvenih storitev in hkrati ohranjanje enakega obsega storitev,
- sprememba deležev financiranja (politika doplačil),
- odloženi izdatki ZZZS,
- zmanjševanje administrativnih stroškov.

V skladu z navedbami Cylus (2015) je prvi način ohranjanja uravnoteženosti zdravstvene blagajne zniževanje cen zdravstvenih storitev ob hkratnem ohranjanju enakega obsega storitev. V prvem poglavju sem že analizirala, kako se celotni tekoči izdatki za zdravstvo delijo glede na namen. V povprečju se v EU največji delež izdatkov za zdravstvo porabi v namen kurativnega zdravljenja. Ta delež je v letu 2015 znašal 55 %. Slovenija za storitve kurativnega zdravljenja nameni še nekoliko višji delež celotnih tekočih izdatkov. Po podatkih OECD je v letu 2015 omenjeni delež v Sloveniji znašal 57,8 %. To dejstvo pojasnjuje, zakaj je cena bolnišničnih storitev tako pomemben dejavnik pri rasti izdatkov. Ceno bolnišnične storitve se meri z vrednostjo uteži skupine primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP. S tem, ko se vrednost uteži SPP zmanjša, se zmanjšajo tudi plačila ZZZS bolnišnicam. Leta 2007 in 2008 je vrednost te uteži močno narasla, kar je sovpadalo s plačno reformo v javnem sektorju. Upad vrednosti uteži po letu 2008 se je odražal v manjših plačilih ZZZS bolnišnicam, kar je na eni strani povzročilo prihranek ZZZS, na drugi strani pa so bile bolnišnice prisiljene k zmanjševanju svojih stroškov (Cylus, 2015, str. 41).

Sprememba deležev financiranja (politika doplačil) se v Sloveniji uporablja v namen razbremenitve javnega vira financiranja in posledično prenosa bremena na zasebne vire financiranja, kar vključuje dopolnilno oz. prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ) in samoplačništvo. V drugih zdravstvenih sistemih pa se doplačila uporabljajo tudi z namenom zmanjšanja povpraševanja po zdravstvenih storitvah (Cylus, 2015, str.42). Tovrstni ukrep je bil za zdravila v Sloveniji uveden leta 2009. Spremenil se je delež kritja stroškov z naslova OZZ za zdravila z vmesne liste. Doplačila za njih so se povišala s prvotnih 85 % na 90 % (Fürst, 2015).

Preostale dva načina, s katerima ZZZS lahko ohranja uravnoteženost zdravstvene blagajne po navedbah Cylus (2015) sta še t. i. odloženi izdatki ZZZS in zmanjševanje administrativnih

stroškov. Metoda odloženih izdatkov je samo kratkoročna rešitev za vzdrževanje uravnoteženega denarnega toka, saj gre v tem primeru le za odložitev obveznosti na prihodnja obdobja. ZZZS ima tudi lastne administrativne stroške, ki predstavljajo manjši delež v celotnih tekočih izdatkih zdravstvene blagajne, zato na tem mestu ni lahko najti možnosti za prihranke. Kljub vsemu so se ti stroški v času krize zmanjšali. V letu 2008 so predstavljali 2,3 % celotnih izdatkov ZZZS, do leta 2014 pa so zmanjšali na 1,8 % (Cylus, 2015, str. 44).

Leta 2010 je bil sprejet paket novih predpisov na področju zdravil. Najpomembnejša je bila sprememba Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo, Ur. l. RS, št. 35/13, v katerem so na novo uvedli seznam bolnišničnih zdravil, ki so ga poimenovali Seznam B. Ta seznam združuje vsa tista razvrščena zdravila, ki se uporabljajo v bolnišnicah in katerih cena zdravljenja s povprečnim odmerkom na osebo presega 5.000 EUR na leto. Spremenil se je način financiranja zdravil s Seznama B. Pred tem je ZZZS bolnišnicam financirala bolnišnična zdravila v skladu s Splošnim dogovorom v vnaprej dogovorjenih letnih zneskih. Od uvedbe novega Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo pa se ta zdravila financirajo glede na dejansko porabo na podlagi mesečnih zahtevkov bolnišnic (ZZZS, maj 2011, str. 105).

Spremenil se je tudi Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini (Ur. l. RS, št. 32/15, 15/16 in 19/18), s katerim so bila vpeljana strožja merila postavite cen generičnih zdravil. Nov sveženj predpisov je namreč znižal odstotek najvišje dovoljene ravni proizvajalčevega elementa cene za generična zdravila. Ta se je iz 82 % v letu 2011 znižal najprej na 78 %, v letu 2012 pa na 74 %. Primerjalne (referenčne) države so ostale enake (Francija, Nemčija in Avstrija). Prav tako se ni spremenil algoritem izračuna primerjalne cene. Spremenila se je najvišja dovoljena raven proizvajalčevega elementa cene (ZZZS, maj 2011, str. 105).

Leta 2010 je na pobudo Ministrstva za zdravstvo prišlo do krovnega dogovora med ZZZS in farmacevtskimi podjetji o splošnem 3 % znižanju cen inovativnih zdravil (ZZZS, maj 2010, str. 77). S pogajanja so nadaljevali tudi naslednja leta in se tako v letu 2011 uspeli dogovoriti za popust na najvišje dovoljene cene inovativnih zdravil v višini 6 % (ZZZS, julij 2012). Leta 2012 je z novimi pogajanja ZZZS dosegel v povprečju 9 % nižje cene od najvišjih dovoljenih (ZZZS, september 2013, str. 11). Dodatno je k zmanjševanju izdatkov za zdravila z naslova OZZ pripomogla še sprememba politike doplačil za zdravila, razvrščena na pozitivno listo. Delež doplačila se je povečal s 25 % na 30 % (Fürst, 2015).

Leta 2003 je ZZZS uvedel sistem najvišjih priznanih vrednosti (v nadaljevanju NPV) za medsebojno zamenljiva zdravila. Na splošno sistem NPV določa vrednost, do katere zdravstveno zavarovanje (OZZ in PZZ) krije stroške zdravila, ob tem, da je višina NPV izenačena z najcenejšim zdravilom v posamezni skupini. Če je končna cena izdanega zdravila višja od NPV, mora zavarovanec zdravilo doplačati. S sistemom NPV za medsebojno zamenljiva zdravila, ki je bil uveden leta 2003, se NPV določa za zdravila z enako učinkovino. Z Zakonom za uravnoteženje javnih financ, v nadaljevanju ZUJF, Ur. l.

RS, št. 40/12, 96/12 – ZPIZ-2, 104/12 – ZIPRS1314, 105/12, 25/13 – odl. US, 46/13 – ZIPRS1314-A, 56/13 – ZŠtip-1, 63/13 – ZOsn-I, 63/13 – ZJAKRS-A, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 101/13 – ZDavNepr, 107/13 – odl. US, 85/14, 95/14, 24/15 – odl. US, 90/15, 102/15, 63/16 – ZDoh-2R in 77/17 – ZMVN-1, ki je bil sprejet leta 2012, pa je bil sistem NPV uveden še za zdravila, ki so razvrščena v isto terapevtsko skupino zdravil. Terapevtske skupine zdravil se razlikujejo od skupine medsebojno zamenljivih zdravil, saj združujejo zdravila z različnimi učinkovinami, vendar imajo skupno terapevtsko indikacijo (ZZZS, brez datuma a).

2.3 Vrste zdravil in njihovo razvrščanje na različne liste zdravil v Sloveniji

Po pridobitvi dovoljenja za promet se zdravila lahko razvrstijo na t. i. listo zdravil. V primeru uspešne razvrstitve se nato zdravila predpisujejo v breme zdravstvenega zavarovanja. Poznamo več različnih vrst razvrstitve, ki se med seboj razlikujejo po deležu kritja izdatkov iz OZZ (ZZZS, brez datuma b).

Skupni izraz za pozitivno in vmesno listo zdravil na recept ter seznam ampuliranih in bolnišničnih zdravil je "Lista zdravil" (Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo, Ur. l. RS, št. 35/13). Razlika med pozitivno (P) in vmesno (V) listo zdravil je v deležu kritja stroškov razvrščenega zdravila s strani OZZ. Zdravila, razvrščena na listo P100, so tako v celoti krija s strani OZZ. Prav tako OZZ v celoti krije zdravila z liste P70 in vmesne liste za otroke, dijake, študente in otroke z motnjami v duševnem in telesnem razvoju. V 70 % deležu krije OZZ zdravila iz liste P70, v 10 % deležu pa zdravila z vmesne liste. Razlika do polne cene zdravila se krije s strani prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oz. neposredno iz žepa, če uporabnik nima dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, brez datuma d). Iz OZZ se financirajo tudi zdravila, ki jih je zaradi njihovih lastnosti mogoče aplicirati le v bolnišnici, zato se imenujejo bolnišnična zdravila. Ta so lahko s strani ZZZS financirana na več načinov. Bolnišnična zdravila, katerih cena v priporočenem odmerku presega vrednost 5.000 EUR na osebo v enem letu v breme zdravstvenega zavarovanja, so v skladu s Pravilnikom o razvrščanju zdravil na listo, Ur. l. RS, št. 35/13, razvrščena na seznam bolnišničnih zdravil, imenovan Seznam B. Ostala bolnišnična zdravila, ki ne presegajo zgoraj omenjene vrednosti, bolnišnice krijejo iz svojih prihodkov, ki jih prejmejo preko SPP (Jelisavčić, brez datuma). Poleg bolnišničnih zdravil poznamo tudi ampulirana zdravila, ki se uporabljajo izključno ambulantno; ta so razvrščena na ločen seznam imenovan, Seznam A (ZZZS, brez datuma b). ZZZS ločeno spremlja tudi porabo dragih zdravil na recept, ki so prav tako opredeljena s stroškom zdravljenja. Med draga zdravila na recept uvrščamo vsa tista zdravila, katerih strošek zdravljenja presega 2.000 EUR letno na osebo (ZZZS, 2015, str. 4).

Za posamezno razvrščeno zdravilo se lahko predpiše tudi omejitev predpisovanja in/ali omejitev izdajanja, ki se nanaša na populacijsko skupino, ki zdravilo prejema, indikacijsko področje, stopnjo izraženosti bolezni, za katero se zdravilo lahko predpiše, na vrsto

specializacije zdravnika, ki zdravilo lahko predpiše, obveznost predhodne odobritve s strani strokovne komisije, časovno ali količinsko omejitev izdajanja in bolnišnico, ki lahko predpiše to zdravilo (Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo, Ur. l. RS, št. 35/13).

Zdravila glede na predpisovanje ločimo v dve skupini: zdravila na recept in zdravila brez recepta (OTC zdravila; angl. Over-The-Counter) in so na voljo v lekarnah in/ali specializiranih prodajalnah. Z OTC zdravili lahko vsak posameznik sam vzdržuje svoje zdravje. V to skupino spadajo prehranska dopolnila, antiseptiki (protivnetna zdravila), analgetiki (protibolečinska zdravila). V skladu s Pravilnikom o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Ur.l. RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2), se med zdravila, za katera je potreben recept, razvrščajo tista zdravila, ki izpolnjujejo vsaj eno od štirih meril: (1) če obstaja nevarnost za uporabnika v primeru uporabe brez zdravniškega nadzora, (2) če obstaja velika verjetnost, da se bo zdravilo uporabljalo napačno in s tem ogrozilo uporabnikovo zdravje, (3) če zdravilo vsebuje učinkovine, katerih neželeni učinki zahtevajo nadaljnje raziskovanje, (4) če je zdravilo v farmacevtskih oblikah za parenteralno uporabo, t. j. z injiciranjem, infudiranjem ali implantiranjem (mimo prebavil).

Seznam B je bil z začetkom veljavnosti novega pravilnika o razvrščanju zdravil (Ur. l., RS, št 35/13) uveden leta 2011. S tem pravilnikom so bile vpeljane spremembe na področju financiranja bolnišničnih zdravil, ki omogočajo večji nadzor nad njihovo porabo. Do leta 2009 so bolnišnice stroške, povezane z bolnišničnimi zdravili, vključevale v posebno skupino stroškov, imenovano Materialni stroški akutne bolnišnične obravnave. Na podlagi stroškov, ki so jih prikazale v tej kategoriji, so od ZZZS prejele refundacijo. Ta način financiranja izdatkov za bolnišnična zdravila onemogoča nadzor nad samo porabo in omejevanjem izdatkov za to vrsto zdravil. Prvi ukrep, ki je posegel na področje nadzora porabe bolnišničnih zdravil, je bil sprejet leta 2009 v okviru novih določil Splošnega dogovora (ZZZS, julij 2012, str. 23). Vsako leto se predstavniki izvajalcev, ZZZS in Ministrstva za zdravje pogajajo ter dogovorijo o obsegu programov zdravstvenih storitev in višini potrebnih sredstev za financiranje. Rezultat teh pogajanj je Splošni dogovor, ki določa, kam in za kakšen namen se bodo porabila sredstva, zbrana na osnovi obveznih prispevkov (ZZZS, brez datuma c). V skladu s Splošnim dogovorom se je leta 2009 poraba bolnišničnih zdravil začela načrtovati. Plačilo s strani zavarovalnice je bilo izvedeno do predhodno dogovorjenega plana. Od leta 2010 naprej se bolnišnična zdravila plačujejo na osnovi dejanske realizacije, kar pomeni, da bolnišnica dobi povrnjeno toliko stroškov, kolikor je bilo dejanske porabe zdravila (ZZZS, julij 2012, str. 23). Z uveljavitvijo Seznama B bolnišničnih zdravil je imela komisija za razvrščanje zdravil na listo v prehodnem obdobju dvojno nalogo, saj je morala poleg novih vlog za razvrstitev zdravil pregledati tudi zdravila, ki jih je ZZZS že financirala izvajalcem, ter jih ustrezno prerazporediti na Seznam B. Komisija je prerazporejanje zdravil na ustrezne sezname končala leta 2012 (ZZZS, september 2013, str. 11).

Leta 2013 je bil s Splošnim dogovorom uveden Seznam ampuliranih zdravil za ambulantno zdravljenje (Seznam A). V skladu s tem dogovorom lahko izvajalci zdravstvenih storitev ZZZS-ju obračunavajo stroške, vezane na porabo zdravil s Seznama A kot ločeno zaračunljiv material. Na Seznam A so razvrščena nekatera ampulirana zdravila, ki so bila predhodno že razvrščena na pozitivno listo in so se tako lahko predpisovala na recept. Na začetku so bila zato nekatera zdravila razvrščena na dva različna načina. Cilj Splošnega dogovora pa je bil, da se zdravila z dvojno razvrstitvijo postopoma izloči iz pozitivne liste (ZZZS, september 2013, str. 28).

Razlogov za uvedbo Seznama A je bilo več:

- lažja dostopnost bolnikov do ampuliranih zdravil,
- enoten način financiranja in beleženja porabe,
- enostavnejše posodabljanje,
- pregleden način porabe javnih sredstev,
- dostopnost podatkov o zdravilih s Seznama A (ZZZS, september 2013, str. 28).

Financiranje zdravil s Seznama A je zelo podobno financiranju zdravil s Seznama B. Izvajalci morajo v svojih pogodbah z ZZZS definirati načrtovano porabo teh zdravil količinsko in vrednostno. Predhodno načrtovanje agregirane porabe posameznih zdravil daje ZZZS boljše izhodišče pri pogajanju o cenah zdravil s proizvajalci (ZZZS, september 2013, str. 28).

2.4 Gibanje izdatkov za posamezne vrste zdravil v Sloveniji

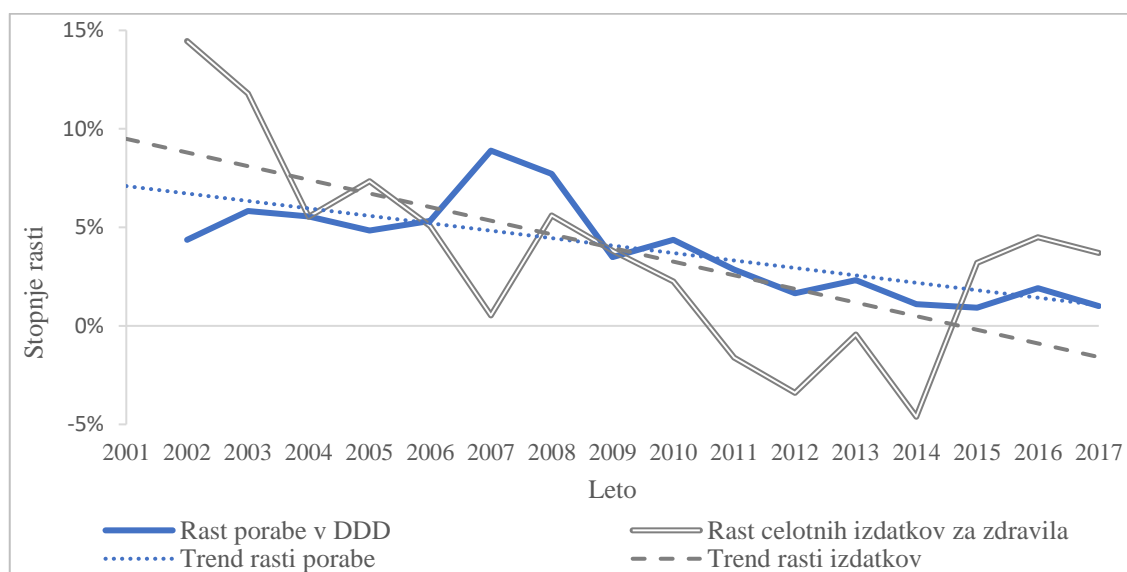
2.4.1 Gibanje izdatkov za zdravila na recept

Po podatkih ZZZS je poraba zdravil na recept merjena v definiranih dnevni odmerkih (v nadaljevanju DDD). V Sloveniji je v zadnjih 16 letih naraščala za 3,9 % v povprečju na leto, kar pomeni, da je poraba v povprečju rasla hitreje kot nominalni izdatki za zdravila na recept, pri katerih povprečna letna stopnja rasti znaša 3,6 %.

Na Sliki 11 je prikazana primerjava med gibanjem letnih stopenj rasti porabe zdravil na recept, merjene v DDD, in rasti izdatkov zanje. Vidimo, da so od leta 2001 do 2006 izdatki rastli hitreje od porabe v DDD. Nato je bila vse do leta 2014 rast porabe višja. Do največjega upada rasti izdatkov za zdravila na recept je prišlo leta 2014. Izdatki so se glede na preteklo leto zmanjšali za 4,6 %, kar lahko razberemo tudi iz Slike 11. Del tega znižanja je povzročila uvedba seznama A, kamor so bila prerazvrščena ampulirana zdravila, ki si jih bolniki ne morejo sami aplicirati. Prihranki na tem področju so večinoma porabljeni za nova, draga bolnišnična zdravila. Med njimi so se izdatki najbolj povečali za biološka zdravila za zdravljenje bolezni mrežnice (ZZZS, 2015). Poleg tega so na upad v rasti izdatkov vplivali tudi različnih ukrepi za njihovo omejevanje, ki so bili sprejeti v predhodnih letih. Leta 2003

je bil uveden sistem NPV za medsebojno zamenljiva zdravila in ta ukrep se je takoj odražal na rasti izdatkov. Naslednji večji upad v rasti izdatkov vidimo v letu 2007, ko je bil sprejet nov pravilnik o cenah zdravil. Do preloma je prišlo leta 2011, ko je bila rast izdatkov za zdravila na recept prvič negativna. Takrat je bil sprejet paket pravilnikov, ki je vključeval tudi dogovore ZZZS s farmacevtskimi podjetji o višjem, 6 % popustu na inovativna zdravila. Od leta 2015 naprej so izdatki za zdravila na recept ponovno narasli in s povprečno stopnjo rasti v zadnjih treh letih (2015–2017), ki znaša 4 %, rastejo hitreje kot poraba zdravil v DDD.

Slika 11: Primerjava letnih stopenj rasti porabljenih količin zdravil (količine v obliki DDD) in letnih stopenj rasti celotnih izdatkov za zdravila (OZZ, PZZ in doplačila)

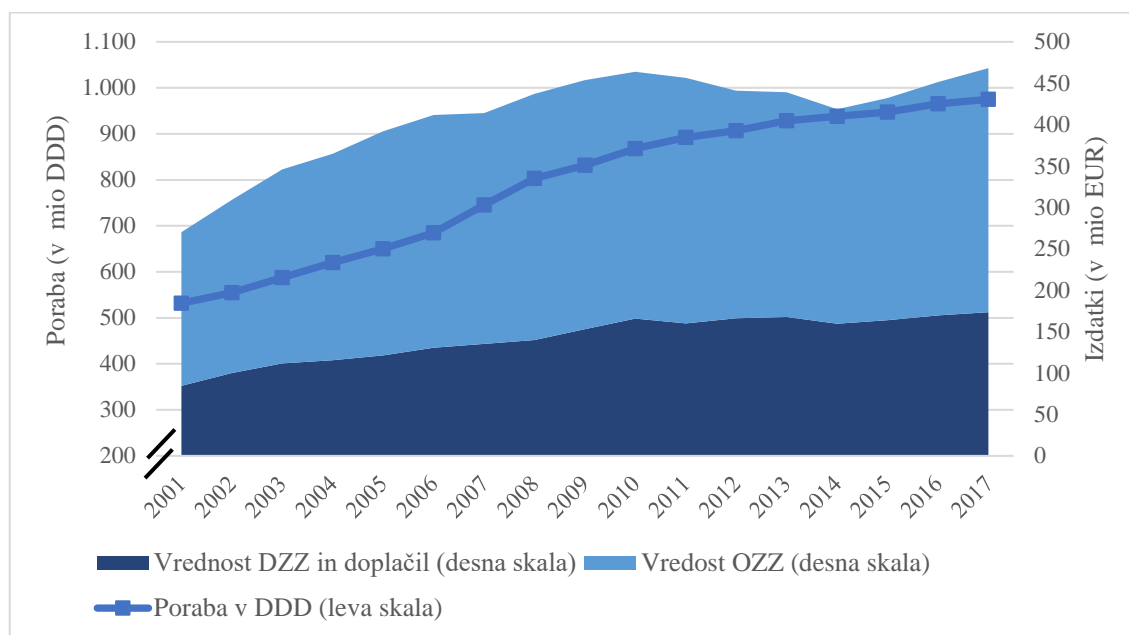


Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Slika 12 je nadgradnja Slike 11, saj poleg gibanja rasti izdatkov za zdravila na recept in količinske porabe v DDD prikazuje še način financiranja in njihovo absolutno vrednost. Po Podatkih o porabi zdravil, ki jih vsako leto objavi ZZZS, se je količinska poraba zdravil na recept, merjena v DDD, od leta 2006 do 2017 povečala za 42,4 %, medtem ko so se skupni izdatki (OZZ in PZZ) za zdravila na recept v enakem obdobju povišali le za 13,7 %.

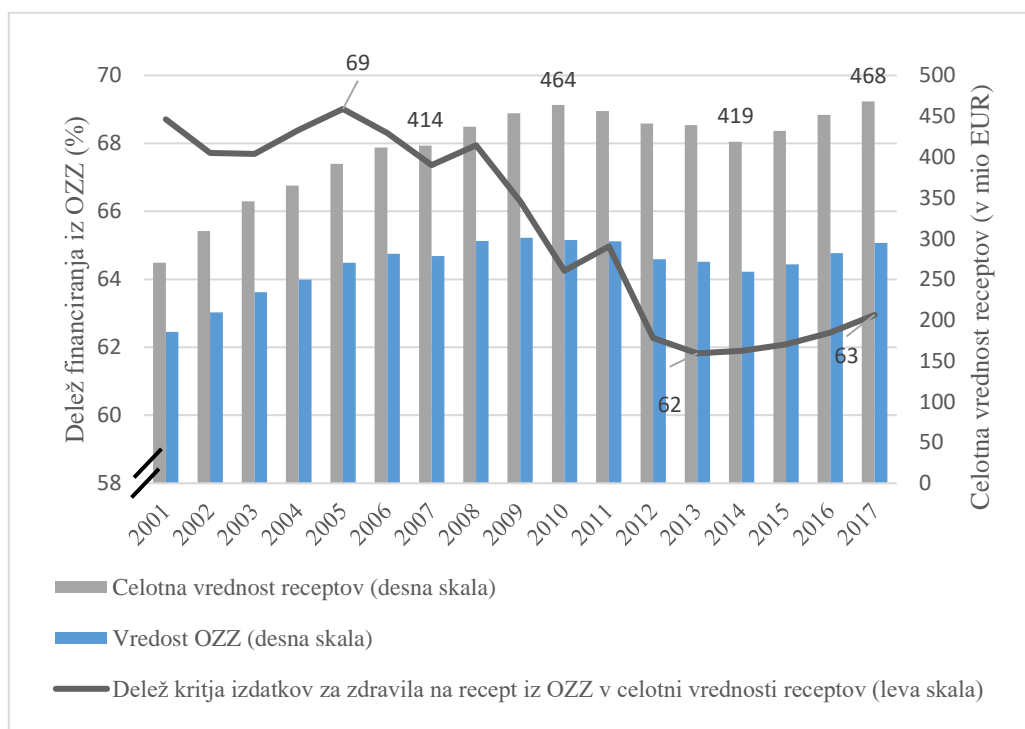
Delež kritja izdatkov za zdravila na recept iz OZZ se že od leta 2001 zmanjšuje, vendar se hkrati povečuje celotna vrednost izdatkov za zdravila na recept. Iz Slike 13 je razvidno, da so izdatki za zdravila na recept naraščali vse od leta 2001 do 2010, ko so dosegli vrednost 464 milijonov EUR. Vse do leta 2008 je delež kritja izdatkov za zdravila na recept z naslova OZZ v povprečju znašal 68 %, kar pomeni, da so izdatki za zdravila na recept, financirani iz OZZ, v tem obdobju naraščali sorazmerno s celotno vrednostjo izdatkov za zdravila na recept. Med in po krizi se je delež kritja iz OZZ začel zmanjševati; najnižjo raven, 61,8 %, je dosegel leta 2013. Zaradi uvedbe varčevalnih ukrepov se je celotna vrednost receptov postopoma zniževala in dosegla najnižjo vrednost leta 2014 (419 milijonov EUR).

Slika 12: Količina porabljenih zdravil na recept v DDD in celotni izdatki za zdravila na recept v Sloveniji v obdobju od 2001 – 2017



Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Slika 13: Primerjava celotnih izdatkov za zdravila na recept z deležem kritja financiranja teh izdatkov iz OZZ v obdobju med 2001 in 2017



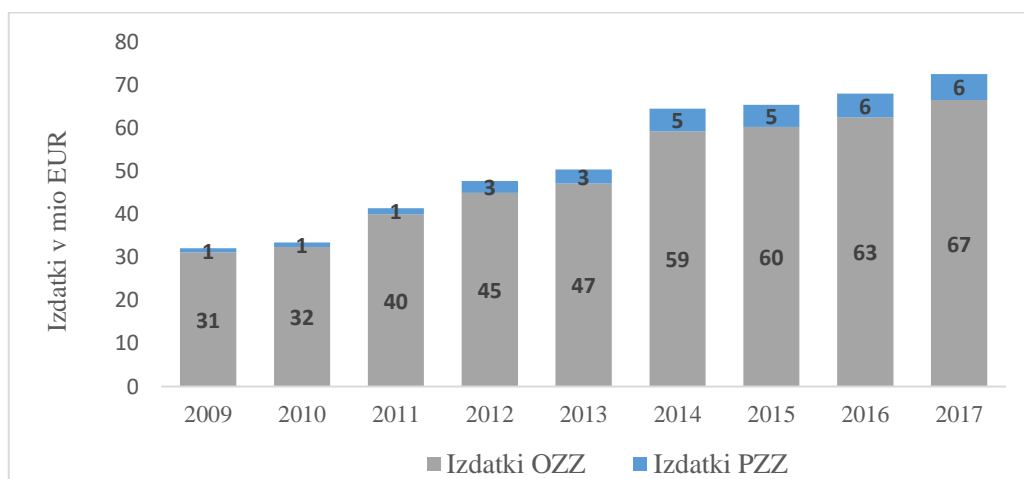
Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

V zadnjih letih poraba bioloških, tarčnih in drugih dragih zdravil, ki se predpisujejo na recepte, narašča. Če ta zdravila opredelimo glede na višino stroška zdravljenja, ki na letni ravni presega 2.000 EUR na pacienta, lahko ugotovimo, kolikšen delež skupnih izdatkov (OZZ in PZZ) se porabi za drage terapije. V letu 2016 je ta zdravila prejelo 17.632 zavarovanih oseb, kar je 500 oseb več kot v predhodnem letu. Poleg večjega števila prejemnikov se povečuje tudi povprečen strošek dragih zdravil na osebo. Ta je leta 2016 znašal 7.504 EUR na osebo, kar je v primerjavi z letom 2015 545 EUR več, v primerjavi letom 2014 pa kar 1.609 EUR več. Leta 2016 je delež dragih zdravil v skupnih izdatkih za zdravila na recept v breme OZZ in PZZ znašal 29 %. To pomeni, da se je od leta 2008 do 2016 povešal za 16 odstotnih točk (ZZZS, 2017a).

2.4.2 Gibanje izdatkov za bolnišnična zdravila s Seznamom B

Slika 14 prikazuje gibanje izdatkov za bolnišnična zdravila, ki so razvrščena na Seznam B. Po podatkih ZZZS so se skupni izdatki za to skupino zdravil od leta 2011, ko je bil seznam teh zdravil vpeljan, do leta 2016 povešali za 64 %. Večinoma so izdatki za zdravila s Seznamom B financirani z naslova OZZ. Delež kritja izdatkov za zdravila iz Seznama B z naslova OZZ je v letu 2009 in 2010 znašal 97 %, nato pa se je postopoma zmanjšal in ustalil pri slabih 92 %.

Slika 14: Izdatki za bolnišnična zdravila na Seznamu B in način njihovega financiranja med letom 2009 in 2017 v mio EUR



Vir: Prirejeno po ZZZS (2010–2018a).

Največjo skupino zdravil na Seznamu B predstavljajo onkološka zdravila za katere se je v letu 2017 namenilo 33 milijonov EUR, kar znaša 45 % celotnih izdatkov za zdravila na Seznamu B. Sledi jim skupina bioloških zdravil za zdravljenje bolezni mrežnice, za katere se je v letu 2017 namenilo 15,6 milijonov EUR, kar je 18 % več kot leto prej in kar 37 % več kot leta 2015 (ZZZS, 2018a, ZZZS, 2017a in ZZZS, 2016).

2.4.3 Gibanje izdatkov za ampulirana ambulantna zdravila s Seznama A

Seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje je bil uveden leta 2013. Takrat so se zdravila, ki so se pred tem predpisovala na recept, postopoma začela prerazporejati na novo uvedeni Seznam A. Komisija za razvrščanje zdravil je s prerazporejanjem zaključila leta 2015. Vse do septembra 2014 je bilo možno tudi že prerazporejena zdravila še vedno predpisovati na recept, zato je del izdatkov za to vrsto zdravil zabeleženih med izdatke za zdravila na recept (ZZZS, 2015). Zaradi omenjenih pomanjkljivosti ne moremo izračunati, kakšna je v zadnjih letih bila rast izdatkov zdravil s Seznama A. Podatki za leto 2013 in 2014, ki sicer so na voljo, so zaradi omenjene pomanjkljivosti nepopolni. Leta 2017 so celotni izdatki za zdravila iz Seznama A znašali 20,6 milijonov EUR, kar je 13 % več kot leto prej. To je razvidno tudi iz Tabele 4. V Tabeli 4 so prikazani celotni izdatki za zdravila s Seznama A (OZZ in PZZ) in izdatki z naslova OZZ. Izračunani delež izdatkov z naslova OZZ v celotnih izdatkih kaže, da je večinski del izdatkov za zdravila s Seznama A krit iz OZZ, vendar se ta delež zmanjšuje; leta 2014 in 2015 je znašal 98 %, nato pa se je začel zniževati in je do leta 2017 padel na 95 %.

Enako kot pri zdravilih s Seznama B, je tudi pri zdravilih s Seznama A vrednostno najpomembnejša skupina onkoloških zdravil, izdatki katerih so v letu 2017 predstavljali kar 45 %. Močno se povečuje tudi poraba depo-antipsihotikov. Celotni izdatki za to skupino zdravil so v letu 2017 znašali 3,3 milijona EUR, kar je 13 % več kot leto prej (ZZZS, 2017a in ZZZS, 2018a).

Tabela 4: Izdatki za zdravila, razvrščena na Seznam A, v tisoč EUR

Leto	Celotni izdatki	Izdatki z naslova OZZ	Delež izdatkov iz OZZ v celotnih izdatkih
2014*	5.764	5.665	98%
2015	13.551	13.213	98%
2016	18.200	17.419	96%
2017	20.592	19.587	95%

Opomba: *Zaradi prehodnega obdobja (2013, 2014), podatki o izdatkih niso popolni.

Vir: Prirejeno po ZZZS (2014–2018a).

2.4.4 Gibanje skupnih izdatkov za zdravila v breme OZZ

V podpoglavjih 2.4.1-2.4.3 sem že opisala gibanje izdatkov največjih skupin zdravil, ki se financirajo v breme OZZ in PZZ (zdravila na recept, zdravila iz Seznama A in B). Poleg tega se med izdatke za zdravila in živila, ki se financirajo v breme OZZ, štejejo še izdatki za zdravila porabljenega v centrih za odvisnosti, krvni pripravki, cepiva in druga izjemna povračila za zdravila ter živila. Če želimo izračunati, koliko na letni ravni znašajo izdatki

OZZ za zdravila in živila, moramo odšteti še povračila farmacevtskih družb ZZS (Fürst, 2018).

V Tabeli 5 so prikazane vse vrste zdravil in njihovi izdatki med letom 2014 in 2017, ki so bili financirani s strani OZZ. Prikazana pa je tudi vsota povračil farmacevtskih družb, ki so se zadnjih nekaj let povečala. Leta 2014 so znašala le 71,8 tisoč EUR, v letu 2017 pa so narasla na 8,8 mio EUR.

Tabela 5: Izdatki OZZ za zdravila in živila po načinih financiranja v tisoč EUR

Način financiranja	2014	2015	2016	2017
Zdravila in živila na recept	278.343	280.879	292.452	311.978
Zdravila s seznama B	59.258	60.348	63.179	66.524
Zdravila s seznama A	5.672	13.213	17.593	19.587
Zdravila v centrih za odvisnosti	2.398	2.612	2.405	2.699
Izjemna povračila za zdravila in živila	2.400	2.380	2.788	2.443
Krvni pripravki	10.138	9.255	9.694	6.525
Cepiva	4.485	4.331	5.754	5.834
SKUPAJ IZDATKI	362.694	373.019	393.866	415.591
Povračila farmacevtskih družb	72	6.498	5.257	8.799
IZDATKI OZZ (Izdatki - povračila)	362.622	366.521	388.609	406.792

Vir: Prirejeno po ZZS (2015) in Fürst (2018).

2.4.5 Gibanje izdatkov za zdravila brez recepta

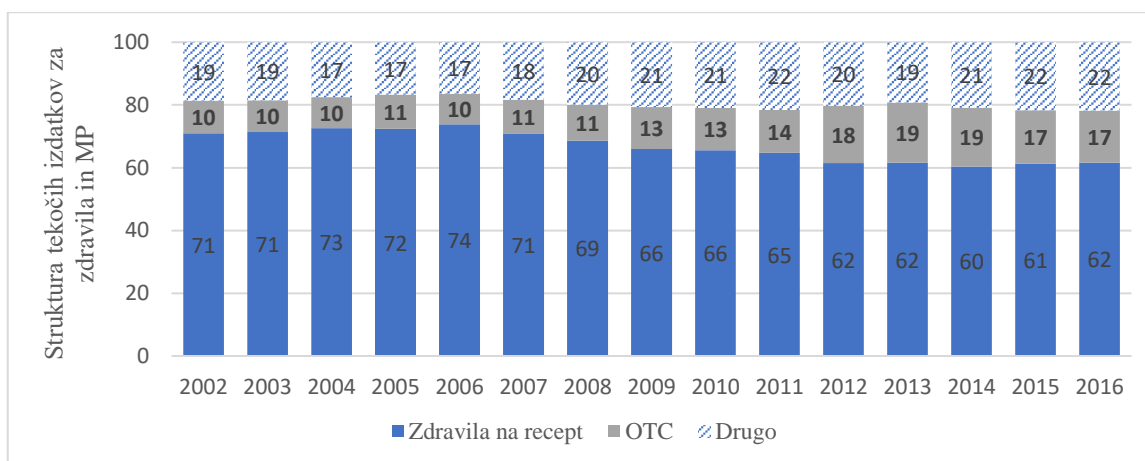
V poglavju 2.1 sem obravnavala tekoče izdatke za zdravila, ki po definiciji SHA vključujejo izdatke za zdravila na recept, medicinsko-tehnične pripomočke in OTC zdravila. V omenjenem poglavju sem navedla, da so tekoči izdatki za zdravila v Sloveniji naraščali pred, med in po krizi. Le leta 2014 je prišlo do upada teh izdatkov. V tem poglavju obravnavam izdatke za zdravila po vrsti zdravil. Glede na to, da je iz Slike 11, kjer je prikazana rast izdatkov za zdravila na recept, razvidno, da je bila v letih 2007, 2010, 2011, 2012, 2013 in 2014 zabeležena negativna rast za omenjeno skupino zdravil, me je zanimalo, koliko so k rasti tekočih izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke prispevali izdatki za OTC zdravila.

Po podatkih OECD so se izdatki za OTC zdravila v Sloveniji v obdobju med 2008 in 2016 nominalno povečali za 51,5 milijonov EUR oz. za skoraj 68 %. Ob primerjavi nominalne rasti OTC izdatkov na prebivalca (popravljeni za pariteto kupne moči) v državah EU, ki so del OECD skupine, ugotovimo, da so najnižjo rast teh izdatkov zabeležile Danska, Nemčija, Finska, Estonija in Francija, kjer je se stopnje rasti v opazovanem obdobju gibljejo med 12 in 22 %, v Belgiji pa je prišlo celo do upada izdatkov v višini 5 %. Stopnja rasti izdatkov OTC zdravil na prebivalca med letom 2008 in 2016 v Sloveniji znaša 74 %. Višjo rast sta

med državami EU, ki so del OECD skupine, zabeležili le še Španija (125 %) in Latvija (313 %).

Slika 15 prikazuje spreminjanje deleža izdatkov OTC zdravil v tekočih izdatkih za zdravila in medicinske pripomočke v Sloveniji. Ta se je od leta 2002 do 2016 povešal za iz 10 % na 17 %; najvišji delež so izdatki za OTC zdravila predstavljali leta 2013 in 2014 (19 %).

Slika 15: Struktura izdatkov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke v Sloveniji



Legenda: MP – medicinski pripomočki, OTC (angl. Over-the-counter) – zdravila brez recepta.

Vir: OECD (2018b).

2.4.6 Izdatki za zdravila porabljena znotraj zdravstvenih zavodov

V OECD (2015) poročilu Health at Glance ocenjujejo, da izdatki za zdravila, ki se porabijo znotraj zdravstvenih zavodov, v povprečju predstavljajo 10–20 % celotnih izdatkov za zdravila na recept in OTC zdravila. Poleg izdatkov za že omenjeni skupini zdravil s Seznamoma A in B, ki se uporabljajo v javnih zdravstvenih zavodih (v nadaljevanju JZZ), moramo pri tej analizi upoštevati še izdatke za kri in krvne derivate, lekarniško izdelane pripravke, farmacevtske surovine in sterilne raztopine ter gele, ki se prav tako porabijo znotraj JZZ.

V Tabeli 6 so prikazani odstotki izdatkov za zdravila, porabljena znotraj JZZ v tekočih izdatkih za zdravila na recept in OTC zdravila po letih. Podatke o skupnih izdatkih za zdravila, ki se porabijo znotraj JZZ, sem pridobila iz letnih poročil o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP, ki jih vsako leto izda Ministrstvo za zdravje. Iz izračunov, prikazanih v Tabeli 6, je razvidno, da v Sloveniji izdatki za zdravila, porabljenih znotraj JZZ, znašajo več kot 20 % tekočih izdatkov za zdravila na recept in OTC zdravila

Tabela 6: Odstotek izdatkov za zdravila porabljena v bolnišnicah v tekočih izdatkih za zdravila na recept in OTC zdravila v Sloveniji

Leto	Stroški porabljenih zdravil v bolnišnicah (v mio EUR)	Izdatki za zdravila na recept in OTC zdravila (v mio EUR)	Delež izdatkov za zdravila iz seznama A in B v tekočih izdatkih za zdravila na recept in OTC zdravila
2009	139,19	611,55	23%
2010	144,58	616,01	23%
2011	151,16	618,64	24%
2012	147,23	636,16	23%
2013	143,68	640,29	22%
2014	156,21	593,30	26%
2015	169,53	604,01	28%
2016	187,17	626,44	30%

Vir: Prirejeno po Ministrstvo za zdravje (2010–2017); OECD (2018b).

3 DEKOMPOZICIJA RASTI IZDATKOV ZA INOVATIVNA ZDRAVILA V SLOVENIJI

3.1 Opredelitev inovativnih zdravil

Poznamo več načinov klasifikacij zdravil. Glede na način aplikacije delimo zdravila na zdravila za peroralno, oralno uporabo, inhalacijsko, rektalno, parenteralno in zunanjo uporabo. Glede na način priprave ločimo magistralna zdravila, oficialna, neoficialna in serijsko izdelana zdravila. Glede na način izdajanja sem zdravila že klasificirala v poglavju 2.4 (Zdravila na recept in brez recepta). V tem podpoglavju pa se bom osredotočila na klasifikacijo zdravil glede na patentno okolje (Zore, 2008). Inovativno oz. originalno zdravilo je zdravilo, ki vsebuje novo, inovativno učinkovino (molekulska sestava), ki je pred tem še ni vsebovalo nobeno drugo zdravilo. Proces razvoja nove učinkovine je dolgotrajen. Po podatkih, ki jih navaja Kaitin (2010), v povprečju od pričetka kliničnih testiranj do pridobitve dovoljenja za promet preteče 7,2 leta. Čas, ki se porabi za razvoj zdravila in predklinična testiranja, pri tem podatku ni upoštevan. V povprečju to traja od 4 do 6 let. Zato lahko od same ideje do registracije zdravila poteče tudi 13 let (Silič, 2012). Prvi pogoj, da katerokoli zdravilo lahko pride na trg, je pridobitev dovoljenja za promet (angl. Marketing Authorization). V Evropi obstajata dva načina pridobitve dovoljenja za promet; z nacionalnim postopkom ali pa s centraliziranim postopkom. V primeru uporabe nacionalnega postopka pridobitve dovoljenja za promet farmacevtsko podjetje odda vlogo za pridobitev dovoljenja za promet samo v eni državi. Pri tem je odgovornost pravnega pregleda oddane vloge in odločitev o podelitvi dovoljenja v roki ustreznega nacionalnega organa. Dovoljenje za promet, pridobljeno preko centraliziranega postopka, velja v vseh državah evropskega gospodarskega prostora (angl. European Economic Area). Centraliziran

postopek pridobitve dovoljenja za promet je obvezen za vsa inovativna zdravila za zdravljenje raka, sladkorne bolezni, nevro-generativne, avto-imune in druge imunske bolezni disfunkcije ter virusne bolezni. Obvezen je tudi za ostale napredne terapije, povezane z biotehnološkimi procesi, kot so genski inženiring, genske terapije, celične terapije in t. i. zdravila sirote (angl. Orphan drugs). Vlogo za pridobitev dovoljenja za promet preko centraliziranega postopka farmacevtsko podjetje odda na EMA (Panteli in drugi, 2016).

K prijavi mora priložiti vso potrebno dokumentacijo, ki dokazuje, da je zdravilo varno, učinkovito, stabilno in čisto. DiMasi, Hansen in Grabowski (2003) ocenjujejo stroške uvedbe novega zdravila na približno 802 milijona ameriških dolarjev. Zaradi visokih razvojnih stroškov farmacevtsko podjetje, ki novo učinkovino razvije (v nadaljevanju originator), vse nove učinkovine patentno zaščiti že v zgodnji fazi razvoja zdravila (Scientific American, brez datuma). Patentna zaščita zdravil v povprečju traja 20 let. Vendar pa je učinkovita dolžina patentne zaščite zaradi dolgotrajnih postopkov povezanih s kliničnimi testiranjem, registracijami in razvrščanjem zdravil, precej krajša. Tuominen (2011, str. 6) jo ocenjujejo na 8 do 10 let.

Študije so pokazale, da izmed 5000 molekul, ki so bile prvotno testirane in patentno zaščitene, le 250 molekul vstopi v fazo pred-kliničnega testiranja. Izmed teh jih potem le 10 vstopi v proces razvijanja in nato je le ena molekula potrjena s strani ustreznega regulatornega organa (Tuominen, 2011, str. 5). Prav zaradi nizke uspešnosti uvedbe novega zdravila na trg so patentne zaščite pomembne. Možnost za uspeh določene zdravilne učinkovine je majhen, stroški razvoja molekul pa so visoki. Razvoj novega zdravila financirajo farmacevtska podjetja, zato nosijo tudi celotno tveganje neuspeha investicije. Patentna zaščita molekul omogoča, da lahko ob morebitno uspešni uvedbi novega zdravila, farmacevtsko podjetje na račun višjih cen novega zdravila pokrije vse pretekle izgube, ki so nastale z investicijami v razvoj neuspešnih molekul (Tuominen, 2011).

Raziskave kažejo, da obstajajo velike razlike med državami EU v vrednosti prodaje in dostopnosti do inovativnih zdravil. Na to vplivajo različni dejavniki: sistemi razvrščanja in določanja cen zdravil, logistična oskrba, slaba kakovost zdravil, neprimerna proizvodnja in uporaba ter stroga patentna pravila. Zadnja ekonomska kriza, ki je povzročila padec rasti izdatkov za zdravstvo, je razlike med državami še povečala. Dostopnost do zdravil se je močno zmanjšala zlasti v državah, ki bile nadzorovane s strani Evropske komisije, Evropske centralne banke in Mednarodnega denarnega sklada; to so Grčija, Španija, Portugalska in Irska. Te so bile zaradi izvajanja nabora varčevalnih ukrepov primorane občutno zmanjšati javne izdatke na vseh področjih, med katere spadajo tudi javni izdatki za zdravila (Kuipers Cavaco, Santos Silva & Mascolo, 2016).

Vzdrževanje ustreznosti ravni dostopnosti in financiranja novih zdravil predstavlja velik izziv današnji politiki po celem svetu. Evropske države na splošno stremijo k enakosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Poleg tega se soočajo tudi s problematiko staranja prebivalstva. Hkrati morajo skrbeti za vzdržnost zdravstvenega sistema. Zato so politiki in

predstavniki javnih plačnikov velikokrat v nelagodnem položaju. Podatki kažejo, da se delež evropske prodaje v svetovni vrednosti prodaje zdravil zmanjšuje. Leta 2016 je vrednost prodaje zdravil v Evropi predstavljala 18 % svetovne vrednosti prodaje zdravil, medtem ko je leta 2011 ta delež znašal 24 % (WHO, 2015).

Definiciji biološkega in podobno biološkega zdravila sta nazorno opisani v Zakonu o zdravilih (ZZdr-2), Ur. l. RS, št. 17/14. Biološko zdravilo kot učinkovino vsebuje biološko snov oziroma snov, ki vključuje biološke sisteme. Podobno biološko zdravilo je podobno biološkemu referenčnemu zdravilu. Njuna podobnost mora biti dokazana s primerjalnimi raziskavami. Učinkovina mora imeti podobno kakovost, varnost, učinkovitost in biološko aktivnost. Kakršnakoli odstopanja podobno biološkega zdravila od referenčnega biološkega zdravila morajo biti podprta z ustreznimi raziskavami. Glede na zgoraj opisano so razlike med biološkimi in podobno biološkimi zdravili zelo majhne. Glavni razlog za uveljavitev podobno bioloških zdravil je torej povečanje cenovne konkurence in s tem zniževanje cen (OECD, 2017, str. 192).

Generično zdravilo je po definiciji identično originalnemu zdravilu glede na sedem kriterijev: varnost, oblika doziranja, kakovost, način aplikacije, jakost, namen uporabe in značilnosti delovanja. Generična zdravila so praviloma cenejša od originalnih zdravil (FDA, brez datuma). Dovoljene so tudi določene razlike med originalnimi in generičnimi zdravili. Lahko se razlikujejo v obliki, barvi, pakiranju in označevanju (etiketiranju). Prav tako je dovoljeno razlikovanje v neaktivnih učinkovinah, vendar mora aktivna učinkovina ostati enaka. Primeri neaktivnih učinkovin so konzervansi in ojačevalci okusa (WebMD, brez datuma). Razvijanje generičnega trga zdravil je z vidika učinkovitosti financiranja porabe zdravil zelo pomembno, saj so generična zdravila zaradi nižjih razvojnih stroškov občutno cenejša (OECD, 2017, str. 192).

3.2 Statistična metoda dekompozicije

V drugem poglavju sem analizirala izdatke glede na vrsto zdravil. Znotraj vsake opisane skupine zdravil, razen med OTC zdravili, najdemo tudi inovativna zdravila, na katere se bom osredotočila v nadaljevanju. Z metodo dekompozicije bom razčlenila slovenske izdatke za inovativna zdravila na recept.

V splošnem statistična metoda dekompozicije časovne vrste omogoča razčlenitev kompleksnih sistemov na preproste, posamezne elemente. Omenjeno metodo se največkrat uporablja za razčlenjevanje časovne vrste na vpliv trenda, cikla, sezonska in enkratna (iregularna) nihanja. Pri tem poznamo dve vrsti dekompozicije; aditivna in multiplikativna. Pri aditivni dekompoziciji časovne vrste zgoraj omenjene komponente med seboj seštejemo. Uporaba te metode je smiselna v primeru, da se sezonsko nihanje okoli trenda ne spreminja sorazmerno z ravno časovne vrste. V nasprotnem primeru pa je primernejša uporaba multiplikativne metode, kjer posamezne komponente med seboj zmnožimo. Tovrstne

metode so na področju časovnih vrst v ekonomiji uporabljajo pogosteje (Hyndman & Athanasopoulos, 2018, 6.1).

Izdatke za zdravila se lahko razčleni na več načinov. Dubois, Chawla, Neslusan, Smith in Wade (2000) ter Bradley (2013) so z multiplikativno metodo dekompozicije izdatke za zdravila razčlenili na učinek cene in na prevalenco (razširjenost) bolezni in/ali receptov. Berndt (2002) je uporabil aditivno metodo dekompozicije. Z njo je razložil rast izdatkov za zdravila z rastjo cen in rastjo ostanka (oz. reziduala), kjer je upošteval spremembe v količini in kombinaciji porabe zdravil ter izdatke za nova zdravila. Dunn, Liebman in Hale Shapiro (2014) so ravno tako uporabili aditivno metodo dekompozicije in z njo razčlenili izdatke za zdravila na prevalenco in na izdatke na posamezno terapijo, ki jih v nadaljevanju razčlenijo še na sestavino količine in cene. Največ avtorjev je s pomočjo multiplikativne dekompozicije izdatke za zdravila razčlenilo na sestavino cene, količine in strukturnih premikov. Rezultate in postopek tovrstnih razčlenitev bom opisala v nadaljevanju.

Izdatki so po definiciji enaki zmnožku cene in količine, zato lahko s tem prepoznamo ključne dejavnike za njihovo rast (Hsieh & Sloan, 2008, str. 334). Z namenom razčlenjevanja izdatkov za zdravila je bila metoda dekompozicije na ceno in količino že večkrat uporabljena. Addis in Margini (2002) sta bila prva, ki sta izdatke za zdravila razčlenila na vpliv spremembe v ceni, količini in vpliv strukturnih premikov ter hkrati opisala enačbo za izračun posameznih sestavin.

Pomanjkljivost uporabe zgolj cenovnih in količinskih indeksov razlagajo že Gerdtham, Johannesson, Marcusson in Henriksson (1998). Avtorji so izdatke za zdravila razčlenili na tri dele in sicer na učinek cene, količine in ostanek (angl. residual). Ob primerjavi definicije ostanka, kot jo opisujejo omenjeni avtorji, z definicijo učinka strukturnih premikov, ki jo opisujeta Addis in Margini (2002), ugotovimo, da gre v tem primeru le za različno poimenovanje istega učinka. V nadaljevanju bom zaradi lažjega razumevanja uporabljala le izraz učinek strukturnih premikov.

V skladu z ugotovitvami Gerdtham, Johannesson, Marcusson in Henriksson (1998) nastane pri uporabi cenovnega in količinskega indeksa še učinek strukturnih premikov in sicer kot posledica nezmožnosti merjenja vseh sprememb cen in količin le z uporabo omenjenih indeksov. Pomanjkljivost ustaljenih cenovnih indeksov je, da lahko ali precenijo, ali pa podcenijo dejanski razvoj rasti cen zaradi neupoštevanja novih zdravil, ki pridejo na trg, in vplivajo na spremembe cen ter na razmerja v kombinaciji zdravil (angl. therapeutic mix).

$$IV = \frac{S^{01}}{S^{00}} = \frac{\sum_i Q_i^{01}}{\sum_i Q_i^{00}} \times \frac{\sum_i P_i^{01} Q_i^{00}}{\sum_i P_i^{00} Q_i^{00}} \times \frac{\frac{\sum_i P_i^{01} Q_i^{01}}{\sum_i Q_i^{01}}}{\frac{\sum_i P_i^{01} Q_i^{00}}{\sum_i Q_i^{00}}} \quad (1)$$

S pomočjo Enačbe (1), ki sta jo opredelila Addis in Margini (2002), se izračuna skupni indeks spremembe izdatkov v času (IV). S^{00} predstavlja celotne izdatke za zdravila v času

00, S^{01} pa celotne izdatke v času 01. Razmerje med njima tako predstavlja rast izdatkov za zdravila med obema obdobjema. Desna stran Enačbe (1) je sestavljena iz treh členov, pri čemer P_i^{00} in P_i^{01} predstavljata ceno na definiran dnevni odmerek (angl. Defined Daily Doses, v nadaljevanju DDD) i -tega zdravila v enem in drugem obdobju, Q_i^{00} in Q_i^{01} pa predstavljata količino predpisanih odmerkov pri i -tem receptu v enem in drugem obdobju.

Prvi člen na desni strani Enačbe (1) je indeks rasti količine predpisanih zdravil, ki predstavlja razmerje med vsotami količin vseh predpisanih zdravil v času 00 in 01, merjenih v DDD (Addis & Margini, 2002, str. 721 in 722). Če je količinski indeks pozitiven, pomeni, da je količina porabljenih zdravil povečala in je prišlo do učinka širitve (angl. expansion). To lahko povzročita dva dejavnika: povečanje števila bolnikov ob enaki intenzivnosti terapije in/ali povišanje intenzivnosti terapije ob enakem številu bolnikov (Hsieh & Sloan, 2008). Prav tako lahko do učinka širitve pride v primeru da se en od omenjenih dejavnikov zmanjša, vendar se hkrati drugi toliko bolj poveča, da izniči vpliv prvega dejavnika.

DDD je statistična enota, definirana s strani WHO, za namene enotnega merjenja količine porabljenih zdravil. Po definiciji je DDD »domnevni povprečni vzdrževalni odmerek zdravila na dan za njegovo glavno indikacijo pri odraslih« (ZZZS, 2018b). Ker gre za statistično enoto, so pridobljene vrednosti količin zgolj teoretične, zato se dejanske odmerjene količine lahko zelo razlikujejo od količin, uporabljenih v analizi. DDD posameznega pakiranja zdravila je odvisen od količine zdravilne količine v eni farmacevtski obliki (na primer v eni kapsuli) in števila teh farmacevtskih oblik v enem pakiranju (na primer škatla z desetimi kapsulami) (NIJZ, brez datuma).

Drugi člen na desni strani Enačbe (1) predstavlja Laspeyresov cenovni indeks, ki meri spremembe cen med obema obdobjema, pri čemer se izloči vpliv spremembe količine, zato se tako v števcu kot v imenovalcu ulomka kot utež pri posameznih zdravilih uporabijo iste količina – to je iz obdobja 00 (Addis & Margini, 2002, str. 721 in 722).

Poleg Laspeyresovega cenovnega indeksa poznamo še Paaschejev in Fisherjev cenovni indeks. Paaschejev indeks se od Laspeyresovega razlikuje v tem, da primerja dejanske stroške nakupa košarice dobrin iz obdobja 01 s hipotetičnimi stroški dobrin pri nakupu te iste košarice dobrin v obdobju 00.

Fischerjev indeks se pridobi z izračunom geometrijske sredine Laspeyresovega in Paaschejevega indeksa. To pomeni, da se v primerjavi z Laspeyresovim indeksom pri Fischerjevem indeksu uporablja deleže izdatkov iz obeh obdobj. Če se deleži v košarici dobrin spremenijo (sprememba tržnega deleža), bo Fischerjev indeks torej dal večjo utež dobrinam, ki so tržni delež pridobile (Eurostat, 2008, str. 18).

Paaschejev indeks ima enako omejitev kot Laspeyresov: ne upošteva izstopa in vstopa novih proizvodov na trg, kar pa v farmacevtski dejavnosti močno vpliva na oblikovanje cen. Z uporabo Laspeyresovega indeksa predpostavimo, da je struktura porabe skozi celotno preučevano obdobje enaka strukturi porabe v začetnem letu. To pomeni, da iz analize cen

izpadejo novo prihajajoča zdravila. Po drugi strani, ob uporabi Paaschejevega indeksa predpostavimo, da je struktura porabe skozi celotno obdobje enako strukturi porabe zadnjega leta. V tem primeru so sicer vključena tudi tista najnovejša zdravila, vendar pa se v analizi ne upoštevajo zdravila, ki so se medtem umaknila iz prodaje. Vprašanje, ki se na tem mestu pojavi je, kakšno ceno za nova zdravila predpostavimo v začetnem letu, oz. v letih pred njihovim prihodom na trg; ali naj bo ta enaka 0 ali je bolje, da upoštevamo ceno, po kateri so dotična zdravila trenutno razvrščena. Za potrebe preučevanja spremembe v cenah zdravil bi bilo bolje, da uporabimo drugo možnost, saj bi v nasprotnem primeru rezultati kazali, da so cene zdravil v preučevanem obdobju močno narasle (Rovira, Tremosa, Gilabert & Torralba, 2001, str. 144, 145). Namen raziskave, ki je bila izvedena s strani Rovira, Tremosa, Gilabert in Torralba (2001) ni določitev najprimernejšega cenovnega indeksa na splošno, ampak iskanje najprimernejšega indeksa za vsako situacijo in problem posebej. Torej glede na razpoložljive podatke, področje in cilj raziskave.

Tretji člen desne strani Enačbe (1) predstavlja indeks strukturnih premikov (angl. mix movement index). Ta indeks je izračunan kot razmerje med povprečno ceno za DDD v času 01 in povprečno ceno, ki bi se oblikovala pri obsegu in strukturi porabe v začetnem obdobju, če bi veljale cene iz obdobja 01, za vsako *i*-to zdravilo posebej (Addis & Margini, 2002, str. 721 in 722). Če je razmerje večje od 1, potem so v obdobju 01 glede na obdobje 00 preusmerili k predpisovanju dražjih zdravil – in obratno. Ta pojav imenujemo učinek nadomeščanja (angl. substitution) (Hsieh & Sloan, 2008).

Addis in Margini (2002) opozarjata tudi na omejitve uporabe te metode. Posebej sta izpostavila, da omenjena metoda ne prepozna učinka prihoda novih zdravil na trg. Kot primer sta navedla novo zdravilo za Alzheimerjevo bolezen.

Rezultati dekompozicije izdatkov za zdravila v Italiji, ki sta jo izvedla Addis in Margini (2002), kažejo, da je glavni razlog za 13,5 % rast izdatkov med letoma 2000 in 2001 povečana količina porabljenih zdravil (merjena v DDD). Izdatki so se zaradi spremenjenih količin povišali za 9,5 %. Učinek strukturnih premikov je povzročil 4,8 % povišanje izdatkov, medtem ko so cene vplivale na znižanje izdatkov v višini 1 %.

Enačba dekompozicije izdatkov za zdravila, ki sta jo prva opisala Addis in Margini (2002), je bila že velikokrat uporabljena. Med drugim so jo v svojih analizah uporabili Hsieh in Sloan (2008), Lang, Scheffler in Hu (2010), Han, Liang, Su in Xue (2013), Wu, Yue in Xu (2013), Petrou (2014), Kwon, Yang in Godman (2015) ter Alves, Osorio-de-Catro, Wattermark in Luz (2018).

Hsieh in Sloan (2008) sta preučevala vpliv prihoda novih zdravil na rast izdatkov v Tajvanu od leta 1996 do 2003. V tem času je bilo razvrščenih 399 novih zdravil. V preučevanem obdobju so izdatki za vseh 399 novih zdravil znašali 16,7 tajvanskih dolarjev, kar je predstavljalo 21 % celotnih izdatkov za zdravila. Nato sta uporabila metodo dekompozicije, ki sta jo opredelila Addis in Margini (2002). Rezultati so pokazali, da so se v obdobju od

1997 do 2001 javni izdatki za zdravila povečali za 57 %, do česar je prišlo zaradi večje količine porabljenih zdravil (učinek širitve) in zaradi strukturnih premikov, medtem ko so cene zdravil v omenjenem obdobju padle.

Han, Liang, Su, Xue in Shi (2013) so Enačbo (1) nekoliko razširili. Trdijo, da obstaja še ena omejitev metodologije, razvite s strani Addis in Margini (2002). Vrednosti v njuni enačbi so namreč izražene relativno in to onemogoča neposredno uporabo rezultatov analize v praksi. Po njihovem mnenju bi analiza, ki poda absolutne rezultate, bila primernejša. Enačbo (1) so spremenili iz multiplikativne na aditivno dekompozicijo:

$$\begin{aligned} (\sum P_n Q_n - \sum P_0 Q_0) &= (\sum P_n Q_0 - \sum P_0 Q_0) + \left(\sum P_n Q_n - \frac{\sum Q_0}{\sum Q_n} \sum P_n Q_n \right) + \\ &\left(\frac{\sum Q_0}{\sum Q_n} \sum P_n Q_n - \sum P_n Q_0 \right) \end{aligned} \quad (2)$$

Prvi člen desne strani Enačbe (2) predstavlja absolutno spremembo v ceni zdravila, drugi člen predstavlja absolutno spremembo v količini predpisanih zdravil, tretji pa absolutni vpliv strukturnih premikov na izdatke. Z zgoraj opisano metodologijo so Han, Liang, Su, Xue in Shi (2013) skušali ugotoviti, ali so novi ukrepi za zniževanje cen zdravil na Kitajskem učinkoviti ali ne. Osredotočili so se na izdatke za antibakterijska zdravila, aplicirana v 12 bolnišnicah v Pekingu, v obdobju od 1996 do 2005. Ugotovili so, da se je količina uporabljenih antibakterijskih zdravil v preučevanem obdobju v vseh bolnišnicah možno povečala. Izdatki za to vrsto zdravil so se od leta 1996 do leta 2005 povečali za 205,7 %. Rezultate, ki so jih pridobili z uporabo Enačbe (2), so avtorji nato primerjali z rezultati analize ob uporabi Enačbe (1), ki sta jo opisala Addis in Margini (2002). Han, Liang, Su, Xue in Shi (2013) navajajo, da imata obe enačbi svoje prednosti, glavna razlika med njima je, da nam podajata rezultate v različnih oblikah. V primeru, da želimo rast izdatkov razložiti z absolutnimi vrednostmi sprememb v količinski porabi in v ceni zdravil, potem moramo izbrati Enačbo 2. Kadar pa želimo rast izdatkov razložiti z relativnimi vrednostmi pa izberemo Enačbo 1.

Wu, Yue in Xu (2013) so v svoji raziskavi preučevali glavne razloge za naraščajoče izdatke pri protiinfekcijskih zdravilih v mestu Tianjin na Kitajskem v obdobju od leta 2003 do 2007. Razčlenitev izdatkov na komponento cene, količine in strukturnih premikov so naredili za vsako leto posebej. V zadnjem letu preučevanega obdobja (2007) so izdatki za omenjeno skupino zdravil narasli za 9 % glede na predhodno leto. Največji je bil vpliv strukturnih premikov, zaradi katerih so se izdatki povišali za 48 %. Sledil je vpliv količine (+10 %), medtem ko je bil vpliv cene negativen in je zato pripomogel k skupnemu znižanju izdatkov za 33 %.

Kwon, Yang in Godman (2015) so za pripravo predlogov za prihodnje zdravstvene reforme v Južni Koreji analizirali naraščajoče izdatke za zdravila v omenjeni državi. V analizo so vključili podatke za obdobje od leta 2006 do 2010. V tem času so izdatki za zdravila narasli za 43 %. Na povišanje izdatkov je najbolj vplivala sprememba v predpisovanju zdravil in

sicer v prid dražjim zdravilom. Na to kaže pridobljeni koeficient strukturnih premikov, ki znaša 1,32. Na rast izdatkov je poleg spremembe strukture porabe zdravil vplivala tudi večja količina porabljenih zdravil, kar dokazuje izračunani koeficient rasti količine (1,26). Omenjena učinka pa je deloma izničil učinek nižjih cen zdravil, ki je skupno povečanje izdatkov zaradi večje količinske porabe in spremembe strukture porabe zmanjšal za 14 %.

Alves, Osorio-de-Catro, Wattermark in Luz (2018) so v svoji raziskavi preučevali glavne razloge za naraščajoče izdatke za zdravila za zaviranje imunske odzivnosti (imunosupresivi). V analizo so vključili podatke za obdobje od leta 2010 do 2015. Javni izdatki za omenjeno skupino zdravil so v tem obdobju znašali 3,4 milijard USD; od leta 2010 do 2015 so zrasli za 49 %. Rezultati razčlenitve so pokazali, da je rast količinske porabe teh zdravil glavni razlog za naraščajoče izdatke. Koeficient dinamike količine je namreč znašal kar 3,94, kar pomeni, da se je količina predpisanih imunosupresivov v preučevanem obdobju povežala za kar 249 %. Indeksa strukturnih premikov in cene sta bila manjša od 100, torej sta pripomogla k skupnemu zmanjšanju izdatkov za to skupino zdravil.

3.3 Priprava podatkov za dekompozicijo rasti izdatkov za inovativna zdravila na recept v Sloveniji

3.3.1 Priprava baze podatkov o izdatkih za inovativna zdravila

Vhodne podatke za potrebe empiričnega dela sem pridobila na spletni strani ZZZS, kjer so objavljeni podatki o izdanih zdravilih in živilih za posebne zdravstvene namene na recept v breme zdravstvenega zavarovanja od leta 2001 naprej (v nadaljevanju Podatki o porabi zdravil na recept). Omenjena baza vsebuje podatke o letnem številu izdanih škatel na posamezno zdravilo, številu DDD, številu predpisanih receptov, celotni vrednosti receptov (v nadaljevanju CVR) in podatke o vrednosti kritja posameznega recepta iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Temeljni namen magistrskega dela je razčlenitev izdatkov za inovativna zdravila na recept v Sloveniji v obdobju od 2008 do 2017. Za dosego cilja je bilo pred samo analizo potrebno iz celotne baze podatkov o porabi zdravil na recept izluščiti vsa inovativna zdravila. Najprej sem identificirala vsa zdravila, ki so se v posameznem preučevanem letu na novo pojavila, saj imajo ta potencial, da so lahko inovativna. Pri tem je glavni kazalnik o vključitvi zdravila na seznam zdravil na recept nastanek izdatka za dotična zdravila. Vsa zdravila sem preučevala na ravni nacionalnih šifer zdravil, ki »enoznačno določajo zdravilo v Centralni bazi zdravil (v nadaljevanju CBZ). Z nacionalno šifro je vsako zdravilo oz. živilo določeno enolično na ravni farmacevtske oblike, jakosti, pakiranja in dobavitelja.« (CBZ, brez datuma).

Za vsako zdravilo, ki se je v posameznem preučevanem letu na novo pojavilo v bazi podatkov o porabi zdravil, je bilo nato potrebno ugotoviti, za katero vrsto zdravila gre. Pri

tem sem si pomagala s podatki iz CBZ, kjer je vsako zdravilo označeno z oznako »Originator–Da« ali pa z oznako »Originator–Ne«, pri čemer Originator–Da pomeni, »da gre za inovativno (originalno) oz. referenčno zdravilo (55. točka 6. člena ZZdr-2).« (CBZ, brez datuma). Vendar pa ta podatek še ni dovolj za pridobitev ustrezne podlage za razčlenitev izdatkov za inovativna zdravila. Omenjena klasifikacija zdravil namreč ostane nespremenjena, ne glede na to, v kateri fazi življenjskega cikla je zdravilo. Tako bo na primer zdravilo obdržalo oznako Originator–Da tudi po izgubi statusa inovativnega zdravila (oz. po preteku patentne zaščite).

Padec patentne zaščite močno vpliva na ceno inovativnega zdravila, zato je podatek o njegovem preteku za našo analizo ključnega pomena. Glede na to, da datum izteka patentne zaščite ni neposredno naveden v CBZ, sem za vsako zdravilo, ki se je v preučevanem obdobju prvič pojavilo, poiskala Povzetek glavnih značilnosti zdravila (angl. Summary of Product Characteristics, v nadaljevanju SmPC) in iz njega pridobila podatek o prvi pridobitvi dovoljenja za promet. Glede na to, da efektivna doba patentne zaščite traja 8 do 10 let, sem pri analizi predpostavila, da vsem inovativnim zdravilom patentna zaščita (in s tem status inovativnosti) poteče po desetih letih od prve pridobitve dovoljenja za promet (Tuominen, 2011). Na podlagi te predpostavke in letnice pridobitve dovoljenja za promet sem lahko ocenila, ali je posamezno zdravilo še inovativno ali ne.

V poglavju 2.4.1 sem omenila, da v zadnjih letih poraba (dragih) bioloških terapij narašča. Zato sem pri pripravi baze podatkov želela ugotoviti, kolikšen del vseh zdravil, ki so po ZZdr-2 opredeljeni z oznako Originator–Da, je bioloških. Pri tem sem si ponovno pomagala s SmPC-jem, v katerem je opredeljeno, ali zdravilo vsebuje biološko učinkovino ali ne. Med biološka zdravila sem razvrstila vsa tista zdravila, ki jih ZZdr-2 razvršča med originatorje in ki vsebujejo aktivno biološko učinkovino. Med podobno biološka zdravila pa sem razvrstila vsa tista zdravila, ki vsebujejo aktivno biološko učinkovino in ki niso originatorji.

Za nekatere vrste zdravil ni bilo mogoče pridobiti SmPC-ja in s tem podatka o prvi pridobitvi dovoljenja za promet, zato sem jih iz analize izločila. Zaradi omenjenega razloga sem tako izločila zdravila iz seznama esencialnih in nujno potrebnih zdravil, ki imajo le začasno dovoljenje za uvoz, ter se uporabljajo kadar z zdravili z dovoljenjem za promet ni mogoče doseči enakovrednih terapevtskih izidov. Poleg teh dveh vrst zdravil sem izločila še vse galenske pripravke, zdravila za katere ni bilo na voljo podatka o datumu pridobitve dovoljenja za promet in zdravila, ki so v skladu z anatomsko-terapevtsko klasifikacijo, v nadaljevanju ATC (angl. Anatomical Therapeutic Chemical Classification) razvrščena v skupino "V", kamor spadajo vsa živila in hranila na recept (JAZMP, brez datuma). Znotraj teh petih skupin zdravil, ki sem jih izločila iz analize, je le 76 takih, ki jih ZZdr-2 opredeljuje kot Originator–Da.

3.3.2 Izbor vzorca inovativnih zdravil

Pogojev za vključitev posameznega zdravila v osnovno bazo inovativnih zdravil je več. Potrebna pogoja sta, da ZZdr-2 opredeljuje zdravilo kot Originator–Da in da je na voljo podatek o količinski porabi zdravila izraženi v DDD. Zadosten pogoj pa je, da od pridobitve dovoljenja za promet in do posameznega preučevanega leta še ni preteklo več kot deset let, kar je predpostavka glede poteka patenta (izgube statusa inovativnosti), oblikovana glede na predhodno omenjene dejanske razmere v praksi. To je sicer omejitev naše analize, ker podatki v CBZ ne omogočajo natančne opredelitve poteka patenta.

Podatek o količinski porabi zdravila izraženi v DDD je nujno potreben za izvedbo same razčlenitve izdatkov, saj na podlagi tega ne merimo samo porabljene količine, ampak izračunamo tudi standardizirane cene zdravil, ki so medsebojno primerljive. V preučevanem obdobju podatka o količinski porabi zdravila v DDD ni na voljo za 69 na novo uvedenih inovativnih zdravil in zaradi česar sem ta zdravila morala izključiti iz analize (in s tem iz osnovne baze inovativnih zdravil).

V preučevanem obdobju, od leta 2008 do 2017, na trgu niso bila prisotna le novo uvedena inovativna zdravila, ampak tudi tista, ki so se porabljala in predpisovala tudi že pred letom 2008. V analizo sem najprej vključila tudi vsa tista obstoječa zdravila, označena z Originator–Da, ki jim patentna zaščita do leta 2008 še ni potekla in za katere je na voljo podatek o količinski porabi, izraženi v DDD. Tekom same analize pa sem vsa ta zdravila, ki jim je patentna zaščita (določena v skladu z že omenjeno predpostavko) v vmesnem času potekla, izključila.

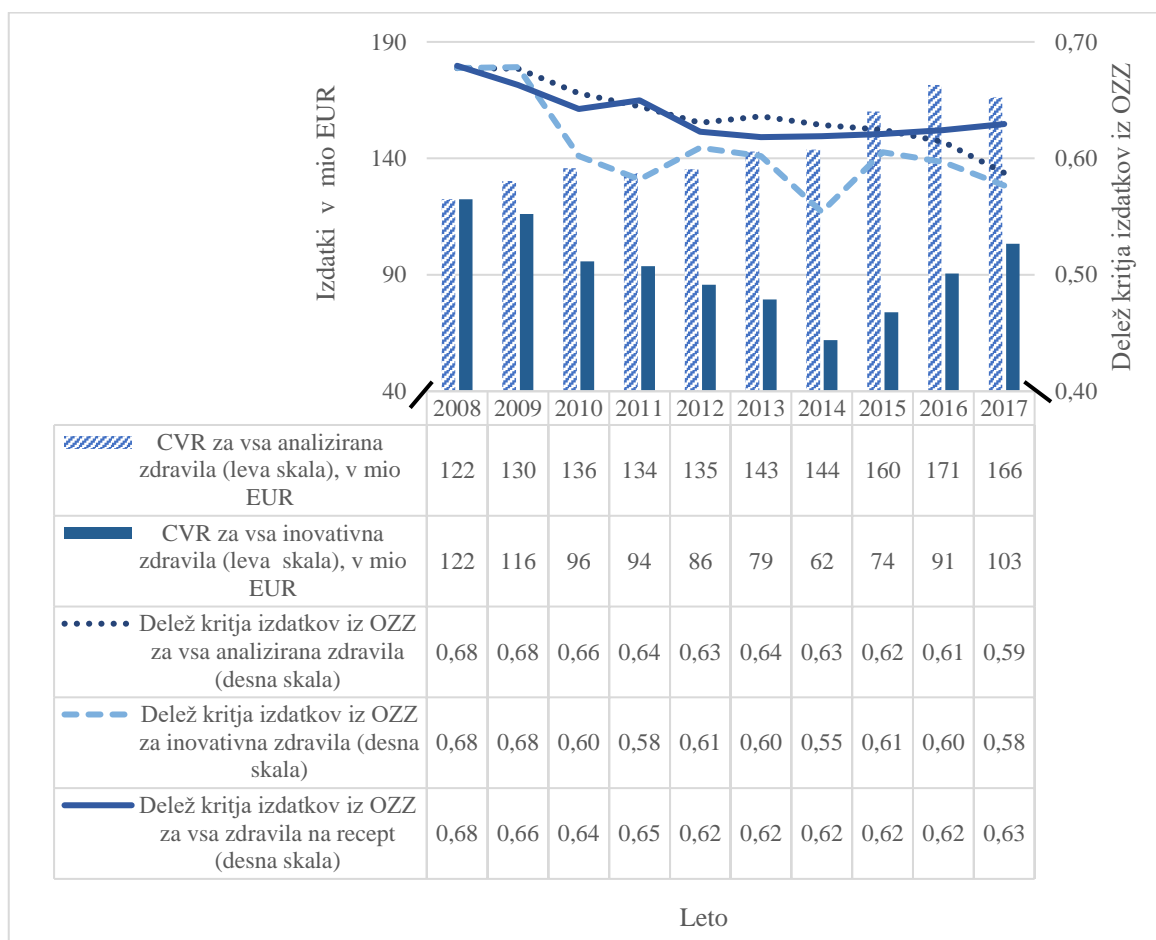
Slika 16 prikazuje primerjavo celotnih izdatkov (CVR – celotna vrednost receptov) za vsa analizirana zdravila, vključena v osnovno bazo inovativnih zdravil (tudi tista, ki tekom preučevanega obdobja izgubijo status inovativnega zdravila), z izdatki za inovativna zdravila, ki imajo ta status v celotnem 2008-2017 obdobju, po letih. Hkrati sem na Sliki 16 prikazala še gibanje deleža kritja omenjenih izdatkov iz OZZ.

Omenjena primerjava kaže na to, da so celotni izdatki za zdravila, vključena v analizo (nekatera zdravila, ki so vključena v osnovno bazo inovativnih zdravil, so tekom obdobja izgubila status inovativnega zdravil), skozi celotno preučevano obdobje naraščali, medtem ko to ne velja tista zdravila, ki so status inovativnih zdravil ohranila v celotnem analiziranem obdobju 2008-2017 (vsa inovativna zdravila). Pri tem ne moremo trditi, da je višina izdatkov odvisna od števila predpisanih inovativnih zdravil po letih, kar kaže Tabela 7. Najmanjše število inovativnih zdravil, vključenih v analizo, je v letu 2012, medtem, ko so izdatki za inovativna zdravila najnižji v letu 2014.

Gibanje deleža izdatkov kritih iz OZZ za vsa zdravila, zajeta v analizo, je podobno gibanju deleža izdatkov za vsa zdravila na recept, krita iz OZZ. Iz Slike 16 je razvidno, da so deleži kritja izdatkov iz OZZ za vse tri skupine zdravil na začetku preučevanega obdobja znašali 68 %. Po izbruhu krize se je ta delež za vse tri omenjene skupine zdravil začel zniževati,

vendar pa se je delež hitreje zniževal pri inovativnih zdravilih na recept. Do najnižjega deleža kritja izdatkov za vsa zdravila na recept (inovativna in generična) z naslova OZZ je prišlo leta 2013, ko je ta znašal 61,8 %. Nato se je ta delež začel ponovno zviševati. Tudi delež kritja izdatkov z naslova OZZ za inovativna zdravila se je po krizi začel poviševati, vendar v manjši meri. V letu 2017 je bil ta delež za 5,3 odstotne točke nižji od deleža kritja izdatkov z naslova OZZ za vsa zdravila na recept.

Slika 16: Primerjava izdatkov za inovativna zdravila, ki imajo ta status v celotnem obdobju 2008-2017, s celotnimi izdatki za vsa zdravila iz začetne analize



Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Primerjava povprečnih stopenj rasti celotnih izdatkov za inovativna zdravila na recept in izdatkov iz OZZ kaže na prelaganje financiranja tovrstnih zdravil iz javnih zavarovalnih shem na zasebne. Povprečna letna stopnja rasti celotnih izdatkov za inovativna zdravila znaša za proučevano obdobje -1,9 %, medtem ko povprečna letna stopnja rasti izdatkov, financiranih iz OZZ, znaša -3,6 %.

Tabela 7 se nanaša samo na podatke o zdravilih, ki imajo v posameznem letu status inovativnosti. V Tabeli 7 je prikazano, koliko inovativnih zdravil se je v posameznem letu na novo pojavilo in koliko je bilo v danem letu vseh inovativnih zdravil na trgu. Vidimo, da

skupno število inovativnih zdravil na trgu od leta 2008 do 2012 pada in nato ponovno začne naraščati. Eden izmed razlogov za tako gibanje je izguba statusa inovativnosti (oz. iztek patentne zaščite) za zdravila, ki so bila na trgu že pred letom 2008 in manjše število novo uvedenih inovativnih zdravil v prvih letih preučevanega obdobja. V preučevanem obdobju (2008–2017) se je na slovenskem trgu na novo pojavilo 351 inovativnih zdravil. To pomeni, da je v povprečju vsako leto na trg prišlo 35,1 inovativnih zdravil

Poleg izgube statusa inovativnosti obstajata še dva razloga zakaj skupno število inovativnih zdravil na trgu ne narašča ves čas. Posamezno zdravilo je lahko namreč umaknjeno s trga (izguba dovoljenja za promet, ukinitvev dotičnega pakiranja zdravila, oz. drugi poslovni razlogi imetnika dovoljenja za promet) ali pa je lahko zdravilo le prerazporejeno na drugo listo zdravil in se tako njegova poraba ne zabeleži več v ZZZS-jevi bazi o porabi zdravil na recept. Tak primer je lahko prerazporeditev posameznega zdravila s seznama zdravil na recept na Seznam A.

Tabela 7: Opredelitev populacije inovativnih zdravil na recept

Leto	Skupno št. inovativnih zdravil v posameznem letu	Letna rast št. inovativnih zdravil	Št. na novo pojavljenih inovativnih zdravil v letu	Letna rast števila na novo pojavljenih zdravil	CVR za vsa inovativna zdravila po letih (v tisoč EUR)	Letna rast CVR vseh inovativnih zdravil	Delež izdatkov krit iz OZZ
2008	279		9		122.434		68 %
2009	249	-11 %	22	144 %	116.159	-5 %	68 %
2010	232	-7 %	38	73 %	95.793	-18 %	60 %
2011	223	-4 %	24	-37 %	93.739	-2 %	58 %
2012	215	-4 %	46	92 %	85.771	-9 %	61 %
2013	233	8 %	39	-15 %	79.383	-7 %	60 %
2014	226	-3 %	39	0 %	61.935	-22 %	55 %
2015	241	7 %	44	13 %	73.860	19 %	61 %
2016	258	7 %	41	-7 %	90.572	23 %	60 %
2017	284	10 %	49	20 %	103.357	14 %	58 %

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Poleg števila inovativnih zdravil na trgu Tabela 7 prikazuje tudi višino celotnih izdatkov za omenjena zdravila in deleže kritja teh izdatkov iz OZZ. Na tem mestu bi rada izpostavila, da se navedeni izdatki nanašajo zgolj na zdravila, ki so v posameznem letu imela status inovativnega zdravila, kar pomeni, da se nabor zdravil med leti razlikuje. Iz Tabele 7 je razvidno, da so bili izdatki za inovativna zdravila najvišji leta 2008, nato pa so ti postopoma upadali vse do leta 2015, ko je bila ponovno zabeležena pozitivna rast. Na prvi pogled se zdi, da je višina celotnih izdatkov povezana s samim številom zdravil na trgu. Kljub temu je po letu 2012 moč zaslediti absolutni upad višine celotnih izdatkov ob sočasnem povečevanju števila inovativnih zdravil na trgov.

Pri tem bi rada ponovno izpostavila, da je analiza pripravljena na ravni nacionalnih šifer, kar pomeni, da ima na primer zdravilo z enakim lastniškim imenom, a z različnim pakiranjem, jakostjo ali z drugačnim načinom apliciranja, drugačno nacionalno šifro. S tem je lahko dejansko število na novo pojavljenih inovativnih zdravil, poimenovanih z lastniškim imenom, na leto manjše. Predpostavljajmo, da bi leta 20xx na trg vstopilo novo inovativno zdravilo z lastniškim imenom ABC. To zdravilo bi imelo tri različne jakosti, kar pomeni, da bi bila za vsako jakost ustvarjena nova nacionalna šifra. Pri interpretaciji rezultatov bi v skladu z uporabljenim pristopom upoštevala, da so leta 20xx na trg vstopila med drugim ta tri nova zdravila.

3.3.3 Izračun cene inovativnih zdravil

Za izračun indeksov, ki so navedeni v Enačbi (1), v poglavju 3.2, moramo predhodno izračunati še ceno zdravila na DDD. V bazi podatkov o porabi zdravil na recept, objavljeni na spletni strani ZZZS, je za vsako i -to zdravilo, označeno s svojo nacionalno šifro, objavljen podatek o celotnem letnem izdatku (ZZZS za to uporablja izraz celotna vrednost receptov, CVR) in podatek o porabljeni količini zdravila, izraženi v številu DDD.

Ceno i -tega zdravila sem izračunala preprosto z deljenjem celotnih izdatkov s količino (Enačba (3)), ki sta jo v svoji analizi uporabila tudi npr. Hsieh in Sloan (2008). P_i označuje ceno na DDD za vsako i -to zdravilo, v števcu ulomka je celotna vrednost recepta (CVR) za vsako i -to zdravilo, ki jo delimo s količinsko porabo zdravila, izraženo v DDD.

$$P_i = \frac{CVR_i}{DDD_i} \quad (3)$$

Tabela 8 prikazuje število vseh predpisanih inovativnih zdravil v posameznem letu, vsoto cen vseh predpisanih zdravil (izraženih v DDD) in izračunane povprečne cene zdravil s pripadajočimi letnimi stopnjami rasti. Med posameznimi leti se povprečne cene inovativnih zdravil zelo spreminjajo. Vse od leta 2008 do 2014 se je povprečna cena gibala med 11 in 20 EUR, medtem ko se je od leta 2014 do 2017 ta močno povišala. Povprečna letna stopnja rasti cene za celotno obdobje 2008-2017 znaša 20,1 %.

Za lažje razumevanje razlogov za nihanje ravni povprečne cene zdravil sem v Tabeli 9 izračunala še povprečne cene za posamezne skupine zdravil, ki so prikazane v Tabeli 9. Skupine so določene v skladu z ATC klasifikacijo, po kateri so vsa zdravila razvrščena glede na mesto delovanja, terapevtske in kemične lastnosti, med 14 glavnih anatomskih skupin. Poimenovane so na naslednji način:

- A: Zdravila za bolezni prebavil in presnove
- B: Zdravila za bolezni krvi in krvotvornih organov
- C: Zdravila za bolezni srca in ožilja
- D: Zdravila za bolezni kože in podkožnega tkiva

- G: Zdravila za bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni
- H: Hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje – razen spolnih hormonov in insulinov
- J: Zdravila z delovanjem na novotvorbe in imunomodulatorji
- M: Zdravila za bolezni mišično-skeletnega sistema
- N: Zdravila z delovanjem na živčevje,
- P: Antiparazitiki, insekticidi in repelenti
- R: Zdravila za bolezni dihal
- S: Zdravila za bolezni čutil
- V: Razna zdravila (JAZMP, brez datuma).

Tabela 8: Gibanje povprečne cene zdravil (EUR) za preučevana inovativna zdravila v obdobju 2008–2017

Leto	Skupno št. inovativnih zdravil v posameznem letu	Vsota cen na DDD (EUR)	Povprečna cena zdravil (EUR)	Letna stopnja rasti povprečne cene zdravil
2008	279	3.026	10,85	
2009	249	2.643	10,61	-2 %
2010	232	3.317	14,30	35 %
2011	223	2.787	12,50	-13 %
2012	215	2.668	12,41	-1 %
2013	233	4.595	19,72	59 %
2014	226	3.300	14,60	-26 %
2015	241	7.334	30,43	108 %
2016	258	8.353	32,37	6 %
2017	284	16.045	56,50	75 %

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Za izračun povprečne cene zdravil za posamezne skupine zdravil sem najprej potrebovala podatek o številu inovativnih zdravil po ATC skupinah. Tabela s temi podatki je prikazana v Prilogi 1. Iz nje lahko razberemo, da se števila inovativnih zdravil med posameznimi ATC skupinami in leti zelo razlikujejo. Leta 2017 je bilo iz ATC skupine C na trgu prisotnih 70 inovativnih zdravil, medtem ko sta bili istega leta na trgu prisotni le dve zdravili iz skupine D.

Iz Tabele 8 lahko razberemo, da je povprečna cena zdravil iz leta 2012 na 2013 narasla za 59 %. Glavni razlog je povišanje povprečne cene zdravil v ATC skupini B in H, kar je razvidno tudi iz Tabele 9. V letu 2013 se je v ACT skupini B na novo pojavilo 9 inovativnih zdravil, pri čemer je eno zdravilo (nacionalna šifra zdravila 106119) močno vplivalo na rast povprečne cene zdravil v tej skupini. V letu 2014 je sledil upad skupne povprečne cene zdravil, ki je bila posledica nižje povprečne cene v ATC skupini B. Iz Tabele 9 je razvidno, da se je leta 2014 povprečna cena zdravil v skupini B znižala s 66,9 EUR na 12,2 EUR. Upad

je predvsem posledica začasnega umika predhodno omenjenega zdravila s trga (v letu 2014 poraba zdravila ni bila zabeležena). Dvig povprečne cene v letu 2015 je posledica novo uvedenih zdravil v ATC skupini B in J. V letu 2017 je višja povprečna cena odraz novih zdravil v ATC skupini J in M. Velik vpliv ima tudi zdravilo z nacionalno šifro 113255 iz ATC skupine A. Omenjeno zdravilo se je sicer v letu 2017 prvič pojavilo v bazi o porabi zdravil na recept, sicer pa je primarno razvrščeno kot bolnišnično zdravilo in ga v bolnišnicah v breme zdravstvenega zavarovanja aplicirajo že od leta 2011.

Tabela 9: Gibanje povprečne cene zdravil (EUR) po ATC skupinah (2008–2017)

ATC \ Leto	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	R	S
2008	9,0	23,0	7,2	/	2,3	25,8	19,7	21,7	2,9	6,5	1,0	0,6
2009	2,8	24,5	7,2	/	2,7	25,5	23,8	24,8	2,9	6,9	1,0	0,6
2010	15,7	31,5	10,0	/	2,4	26,9	26,0	29,5	3,1	8,9	0,8	0,6
2011	5,4	53,0	7,1	/	2,5	21,3	28,7	32,5	2,7	8,6	0,8	0,6
2012	3,8	24,7	5,0	/	2,6	7,0	58,9	37,8	3,5	8,5	0,8	0,7
2013	6,2	66,9	5,0	/	2,3	28,2	57,4	30,2	2,0	9,6	0,6	0,6
2014	3,0	12,2	4,7	/	2,6	31,2	50,2	39,7	2,5	17,5	0,9	0,6
2015	2,4	65,4	11,7	18,4	1,2	30,3	158,7	42,6	0,6	15,0	1,0	0,6
2016	6,2	65,7	15,6	18,4	1,4	38,9	136,7	61,6	0,6	10,9	1,0	0,5
2017	46,0	64,9	14,6	18,4	1,4	42,4	147,8	64,3	845,0	14,1	0,9	0,5

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

3.4 Rezultati dekompozicije rasti izdatkov za inovativna zdravila

Izdatke za inovativna zdravila na recept sem analizirala s pomočjo štirih različnih scenarijev, ki se razlikujejo po načinu izbiranja zdravil v preučevani vzorec.

- Scenarij 1 zajema samo tista zdravila, ki so bila na trgu prisotna tako v začetnem, kot tudi v končnem letu, pri čemer ohranitev statusa inovativnega zdravila pri tem scenariju ni bil pogoj. Torej, zdravilo je bilo vključeno v Scenarij 1, če se je predpisoval v začetnem in končnem letu ter če je imel v začetnem letu status inovativnega zdravila (ne glede na to, ali je status inovativnega zdravila v kasnejšem obdobju izgubil);
- Scenarij 2 zajema vsa zdravila, ki so se predpisovala v začetnem in vsa zdravila, ki so se predpisovala v končnem letu, pri čemer tudi v tem scenariju ohranitev statusa inovativnosti skozi celotno preučevano obdobje ni bil pogoj;
- Scenarij 3 razčlenjuje celotne izdatke za zdravila z uporabo verižnih koeficientov rasti, pri čemer je upoštevan kriterij inovativnosti; pri Scenariju 3 so podobno kot pri Scenariju 2 zajeta vsa zdravila, ki so se predpisovala v analiziranih zaporednih letih, kar pomeni, da je dopuščena izločitev ali vključitev zdravila v nabor predpisanih zdravil;
- V Scenariju 4 razčlenjujem izdatke za biološka zdravila na recept.

3.4.1 Scenarij 1

Za začetek sem izbrala scenarij, ki bi lahko zajel čim večje število zdravil. V Scenarij 1 sem zajela vsa tista zdravila iz osnovne baze inovativnih zdravil, ki so bila na trgu prisotna tako v začetnem, kot tudi končnem letu preučevanega obdobja. Scenarij 1 sem uporabila na dveh različnih preučevanih obdobjih; najprej sem preučevala celotno obdobje (2008–2017), nato pa sem isti scenarij uporabila še na krajšem obdobju (od 2012–2017). Prvo različico sem poimenovala Scenarij 1a, drugo pa Scenarij 1b.

Scenarij 1a ima dve večji pomanjkljivosti. Prva je povezana s samo omejitvijo uporabljene metode in sicer da ne vključuje vstopa novih zdravil, kakor tudi ne izstopa obstoječih zdravil. Zajeta so samo zdravila, ki so se predpisovala tako v letu 2008 kot letu 2017. Vsa zdravila, ki so se predpisovala leta 2008, kasneje pa poraba ni več izkazana v bazi zdravil, niso vključena v Scenarij 1a. Enako velja, da v Scenarij 1a niso vključena zdravila, ki so se sicer predpisovala v letu 2017, a so se v bazi pojavila po letu 2008. Druga pomanjkljivost je, da Scenarij 1a ne izključuje zdravil, ki v vmesnem času izgubijo status inovativnega zdravila. S Scenarijem 1b, kjer skrčim preučevano obdobje (2012–2017) zaenkrat še ohranjam prvo pomanjkljivost, med tem ko vpliv druge pomanjkljivosti zmanjšujem, čeprav je ne odpravljam.

Preučevano obdobje za Scenarij 1b sem določila tako, da sem za začetno obdobje izbrala leto, v katerem je bil neto prirast števila zdravil na trg najvišji (največje število na novo pojavljenih zdravil in čim manjše število umikov zdravil s trga). Hkrati sem izključila vsa zdravila, ki so bila v vmesnem obdobju umaknjena s trga. Zaradi krajšega preučevanega obdobja je bilo izstopov zdravil s trga manj, zato je bilo v Scenarij 1b zajetih kar 41 % več zdravil (281) kot v Scenariju 1a (199). Poleg tega se s krajšim preučevanim obdobjem zmanjša tudi verjetnost padca patentne zaščite (in s tem izgube statusa inovativnosti zdravila), zato sem predvidevala, da bo učinek spremembe v ceni na upad izdatkov pri Scenariju 1b manjši kot pri Scenariju 1a.

V Scenariju 1a je bilo zajetih 199 zdravil. Večina teh zdravil je v preučevanem obdobju izgubila status inovativnega zdravila, kar močno vpliva na učinek cene. Rezultati razčlenitve izdatkov za zdravila po Scenariju 1a so prikazani v Tabeli 10. Celotna vrednost receptov (oz. celotni izdatki) je v preučevanem obdobju upadla za 39 %. Glavni dejavnik za omenjeni upad je znižanje cen zdravil na DDD za 47%. Glede na uporabljeno metodo dekompozicije ta rezultat kaže, da bi se celotni izdatki za zdravila v Scenariju 1a znižali za 47 %, če se v zajetem obdobju ne bi spremenila količina porabe in struktura predpisanih zdravil. Učinek upada cene na dinamiko izdatkov je bil zaradi učinka količine in strukturnih premikov oslavljen. Porabljen količina zdravil, merjena v številu DDD, je v preučevanem namreč narasla, kar je zmanjšalo upad izdatkov. Rezultati v Tabeli 10 kažejo, da bi se zaradi znižanja cene in rasti količinske porabe izdatki ob nespremenjeni strukturi porabe zdravil znižali za 45,4%. Ker je koeficient dinamike strukturnih premikov v tem primeru različen od 1 in znaša 1,12, pomeni, da je prišlo do pogostejšega predpisovanja dražjih zdravil, s čimer se je

povišala povprečna cena na DDD in s tem se je dodatno upočasnil upad celotnih izdatkov. Vsi trije vplivi (vpliv cene, količin in strukturni premiki) so skupaj povzročili zmanjšanje celotnih izdatkov za 39 %.

Izdatke za zdravila po Scenariju 1a sem analizirala tudi na prvi ravni ATC klasifikacije. Iz Tabele 10 je razvidno, da so se izdatki za analizirana zdravila v preučevanem obdobju zmanjšali v vseh ATC skupinah, razen v ATC skupini A. Na splošno vidimo, da se spremembe v količini porabljenih zdravil, merjeni v DDD, med posameznimi ATC skupinami zelo razlikujejo, medtem ko so spremembe v ceni zdravil na DDD v vseh skupinah vplivale na znižanje izdatkov za zdravila.

Tabela 10: Rezultati dekompozicije izdatkov za zdravila, ki so na trgu prisotna v celotnem obdobju od 2008 do 2017 (Scenarij 1a)

ATC	N	Izdatki v 2008 (v tisoč EUR)	Izdatki v 2017 (v tisoč EUR)	Rast izdatkov	ΔP	ΔQ	Koef. str. p.
A	27	12.418	13.828	1,11	0,71	1,55	1,01
B	2	198	34	0,17	0,52	0,35	0,94
C	40	25.554	10.979	0,43	0,48	0,89	1,00
G	12	3.958	3.221	0,81	0,46	1,37	1,30
H	10	2.669	2.497	0,94	0,62	0,92	1,64
J	18	4.082	2.521	0,62	0,56	0,98	1,12
L	15	9.358	6.395	0,68	0,67	1,40	0,73
M	4	7.720	629	0,08	0,39	0,24	0,85
N	50	22.535	12.736	0,57	0,40	1,20	1,17
R	17	14.533	10.205	0,70	0,62	1,21	0,93
S	4	1.840	1.070	0,58	0,63	0,91	1,02
Skupaj	199	104.865	64.116	0,61	0,53	1,03	1,12
Skupni učinek na rast izdatkov				-39%	-47%	-45%	-39%

Legenda: N – Število zdravil, ki ustrezajo Scenariju 1a, ΔQ – koeficient rasti količine, ΔP – koeficient rasti cene, Koef. str. p. – koeficient strukturnih premikov.

Vir: Prirejeno Podatki o porabi zdravil (2018).

Glavni razlog za rast izdatkov v skupini A je povečana količina porabljenih zdravil. Poleg tega se je tudi cena v tej skupini, v primerjavi z ostalimi skupinami najmanj znižala, in sicer kar za 29 %. Do največjega upada izdatkov za zdravila je prišlo v ATC skupini M, kjer so se ti zmanjšali za 92 %. Na to spremembo je tako vplival velik upad v količini porabljenih zdravil in tudi nižje cene na DDD ter preusmeritev od dražjih k cenejšim zdravilom znotraj skupine M. Koeficient dinamike strukturnih premikov v tej skupini znaša 0,85, kar pomeni, da je prišlo do pogostejšega predpisovanja cenejših zdravil in to je povzročilo znižanje povprečne cene na DDD.

V Tabeli 11 so prikazani rezultati razčlenitve izdatkov za zdravila vključena v Scenarij 1b. V tem scenariju sem skrajšala dolžino preučevanega obdobja in s tem zmanjšala verjetnost, da v vmesnem času zdravila izgubijo status inovativnega zdravila (izgube patentne zaščite). Zaradi tega sem predvidela, da bo učinek spremembe v ceni na upad izdatkov pri Scenariju 1b manjši kot pri Scenariju 1a. Opozoriti je potrebno, da sem s skrajšanjem obdobja zmanjšala, ne pa povsem odpravila ključne omejitve, da so vključena zdravila, ki v vmesnem času izgubijo status inovativnega zdravila.

Tabela 11: Rezultati dekompozicije izdatkov za zdravila, ki so na trgu prisotna od 2012 do 2017 (Scenarij 1b)

ATC	N	Izdatki v 2012 (v tisoč EUR)	Izdatki v 2017 (v tisoč EUR)	Rast izdatkov	ΔP	ΔQ	Koef. str. p.
A	34	17.418	16.497	0,95	0,90	1,02	1,03
B	17	2.758	17.947	6,51	0,83	14,24	0,55
C	62	24.949	15.675	0,63	0,70	0,78	1,15
G	14	6.269	6.835	1,09	0,81	1,27	1,06
H	12	3.063	2.863	0,93	0,84	1,03	1,08
J	19	4.654	2.626	0,56	0,73	0,85	0,91
L	21	22.343	19.183	0,86	0,82	1,05	1,00
M	5	4.337	5.356	1,23	0,69	1,10	1,63
N	72	22.126	15.859	0,72	0,58	1,03	1,20
R	19	15.981	10.550	0,66	0,74	0,94	0,95
S	6	2.078	1.357	0,65	0,68	0,93	1,03
Skupaj	281	125.977	114.749	0,91	0,74	0,96	1,27
Skupni učinek na rast izdatkov					0,74	0,72	0,91
				-9%	-26%	-28%	-9%

Legenda: N – Število zdravil, ki ustrezajo Scenariju 1b, ΔQ – koeficient rasti količine, ΔP – koeficient rasti cene, Koef. str. p. – koeficient strukturnih premikov.

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

V Scenarij 1b je bilo zajetih 281 zdravil. Celotni izdatki so se v preučevanem obdobju (2012–2017) zmanjšali za 9 % (koeficient rasti je 0,91). Glavni dejavnik za omenjeni upad tudi v tem scenariju predstavlja znižanje cen zdravil na DDD. Pridobljeni koeficient rasti cene, ki v tem primeru znaša 0,74 nam pove, da bi se celotni izdatki za zdravila v Scenariju 1b ob nespremenjeni količini porabe in strukturi predpisanih zdravil znižali za 26 %. Učinek upada cene na dinamiko izdatkov je bil zaradi vpliva količine še rahlo okrepljen. Porabljena količina, merjena v DDD, se je v preučevanem obdobju namreč zmanjšala za 4 %. Rezultati v Tabeli 11 kažejo, da bi se izdatki za zdravila zaradi znižanja cen in količine ob predpostavki nespremenjene strukture porabe, zmanjšali za 28 %. Koeficient dinamike strukturnih premikov, ki v tem primeru znaša 1,27, kaže na spremembe v strukturi porabe zdravil in sicer v smeri pogostejšega predpisovanja dražjih zdravil. Posledica spremembe v strukturi porabe se zato kaže višji povprečni ceni na DDD, kar pomeni, da je učinek

strukturnih premikov upočasnili upad celotnih izdatkov, oz. oslabil vpliv cene in količine na znižanje celotnih izdatkov.

Analiza izdatkov za zdravila po Scenariju 1b kaže na velike razlike med stopnjami rasti izdatkov za inovativna zdravila po ATC skupinah v obdobju med letoma 2012 in 2017. Pri tem najbolj izstopa rast izdatkov v ATC skupini B, ki znaša kar 551 %. Glavni razlog za močno povišane izdatke v tej skupini je več kot 14-kratna rast količine porabljenih zdravil v DDD, do katere je prišlo zaradi novo uvedenih zdravil v letu 2012. Na trg je v tej skupini v omenjenem letu prišlo kar 6 novih zdravil (6 novih zdravil z različnimi nacionalnimi šiframi), katerim se je v prvem letu od prihoda na trg porabljen količina, merjena v DDD, 6-krat povečala. Pri interpretaciji tega podatka moramo biti previdni, saj je do take rasti porabljene količine po prvem letu od prihoda na trg lahko prišlo zaradi neprimerljivosti podatkov. Na primer, zdravilo je v letu 1 prvič posredovano na trg in sicer v mesecu septembru, kar pomeni, da bo v letu 1 zabeležena poraba le za 3 mesece. Ta poraba se nato primerja s polno porabo za celotnih 12 mesecev v prihodnjem letu (letu 2). Kljub uvedbi novih zdravil pa so celotni izdatki po Scenariju 1b v preučevanem obdobju padli. Do največjega upada celotnih izdatkov je prišlo v ATC skupini J, saj so se ti v preučevanem obdobju zmanjšali za 44 %. K temu upadu so pripomogli vsi trije dejavniki (cena, količina in strukturni premiki), pri čemer je bil vpliv cene največji. Zgoraj omenjena omejitev postane še posebej aktualna pri skupinah, ki so vrednostno majhne (kot je ta skupina B), saj posamezna zdravila in slučajni dejavniki lahko zelo vplivata na rezultate.

3.4.2 Scenarij 2

Omenila sem, da ima Scenarij 1a dva večja pomanjkljivosti. Prvič, pri Scenariju 1a so zajeta samo zdravila, ki so se predpisovala tako v letu 2008 kot v letu 2017, kar pomeni, da ne upošteva vstopov in izstopov zdravil. Drugič, Scenarij 1a ne izključuje zdravil, ki v vmesnem času izgubijo status inovativnega zdravila. Scenarij 2 odpravlja prvo pomanjkljivost Scenarija 1a, drugo pa ohranja. V Scenariju 2 so vključena vsa zdravila iz osnovne baze inovativnih zdravil, ki so bila predpisovana v začetnem in končnem letu. To pomeni, da nisem izločila zdravil, ki so v vmesnem obdobju izgubila status inovativnosti, prav tako pa tudi ne tistih, ki so bila v vmesnem času s trga umaknjena in na novo vpeljana.

Izdatke za zdravila sem razčlenila s pomočjo Enačbe 6, ki predstavlja razširjeno verzijo predhodno opisane metode dekompozicije (Enačba 1, poglavje 3.2). Že znana omejitev Enačbe 1 je, da zajema samo zdravila, ki so prisotna tako v začetnem, kot tudi v končnem letu. Ta omejitev predstavlja resen problem za razčlenitev izdatkov za zdravila v tej magistrski nalogi. Z uporabo razširjene Enačbe 6 sem lahko v analizo vključila vsa zdravila (ne samo tista, ki so na trgu prisotna v začetnem in končnem letu).

Indeks rasti izdatkov za vsa zdravila (IV_{tot}) lahko razčlenimo na indeks rasti izdatkov za zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem letu (IV_o), ter na indeks rasti izdatkov ostalih zdravil, oz. zdravil, ki so vstopila na trg ali pa so bila s trga umaknjena (IV_{vu}). Indeks rasti

izdatkov za zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem letu lahko nadalje razdelimo tako kot sta to opisala Addis in Margini (2002) in sicer na količinski indeks (I_q) ter na indeks povprečne cene ($I_{\bar{p}}$). Slednji se nadalje razdeli na Laspeyresov cenovni indeks (L_p) in indeks strukturnih premikov ($I_{str.pr.}$). Indeks rasti izdatkov vstopajočih in umaknjenih zdravil (IV_o) izračunamo z deljenjem indeksa rasti izdatkov vseh zdravil z indeksom rasti izdatkov za zdravila, ki so hkrati prisotna v začetnem in končnem letu.

$$IV_{tot} = IV_o * IV_{vu} \quad (4)$$

$$IV_{tot} = I_q * I_{\bar{p}} * \frac{IV_{tot}}{IV_o} \quad (5)$$

$$IV_{tot} = I_q * L_p * I_{str.pr.} * \frac{IV_{tot}}{IV_o} \quad (6)$$

Indeks rasti izdatkov vstopajočih in umaknjenih zdravil (IV_{vu}), sem nato razčlenila na vpliv cene in vpliv količine. Za vstopajoča in umaknjena zdravila sem s primerjavo povprečne cene na DDD v končnem obdobju s povprečno ceno na DDD v začetnem obdobju izračunala koeficient rasti povprečne cene (ΔP^*). Koeficient rasti povprečne količine (ΔQ^*) pa sem pridobila s primerjavo seštevka količin porabljenih zdravil (v DDD) v končnem obdobju s seštevkom količin porabljenih zdravil (v DDD) v začetnem obdobju.

Tabela 12 prikazuje rezultate razčlenitve izdatkov po Scenariju 2. Struktura tabele z rezultati se v tem primeru nekoliko razlikuje od prejšnjih dveh. Ključna razlika je v tem, da v Tabeli 12 dodajam še učinek »Vstopajočih in umaknjenih zdravil«, kjer so zajeti izdatki za vsa zdravila, ki niso bila hkrati prisotna v začetnem in končnem letu in zato njihovi izdatki niso bili zajeti v glavno razčlenitev. Tabela 12 je razdeljena na 3 dele. V prvem delu so prikazani celotni izdatki za vsa zdravila v začetnem (2008) in končnem (2017) letu, kar je skladno s podatki iz Slike 16, ter pripadajoča stopnja rasti. V drugem delu, ki sem ga poimenovala »Glavna razčlenitev«, so prikazani izdatki za zdravila, ki so bila prisotna tako v začetnem kot končnem letu preučevanega obdobja in rezultati njihove dekompozicije (ki so skladni z rezultati iz Tabele 10). Tretji del Tabele 12 se navezuje na vstopajoča in umaknjena zdravila. V tem delu je zajet tisti del celotnih izdatkov, ki ni bil razčlenjen z v drugem delu tabele. Torej, gre za analizo, ki zajame izdatke za zdravila, ki (1) so bila na trgu prisotna le v začetnem letu (2008), v končnem (2017) pa ne več in ki (2) so bila prisotna le v končnem letu (2017), ne pa tudi v začetnem letu (2008). Gre za člen, ki zajame učinke izločitve nekaterih zdravil iz nabora predpisanih zdravil ter vključitve nekaterih zdravil v ta nabor tekom analiziranega obdobja.

Leta 2008 je bilo na trgu prisotnih 279 zdravil, leta 2017 pa 475, pri čemer je 199 zdravil takih, ki so bila prisotna tako leta 2008 kot tudi leta 2017. Celotni izdatki so se v omenjenem obdobju povečali za 36 %, pri čemer so se izdatki za zdravila, ki so bila prisotna v začetnem in končnem letu znižali za 39 %. Koeficient rasti izdatkov vstopajočih in umaknjenih zdravil je v tem primeru večji od 1 (2,22). Ta rezultat pomeni, da je vrednost zdravil (kombinacija

količine in cene), ki so vstopila v nabor predpisovanih zdravil tekom analiziranega obdobja, presejala vrednost porabe opuščeni zdravil. To pomeni, da je neto učinek vstopajočih in umaknjenih zdravil, povišal celotne izdatke za zdravila. S pomočjo izračuna koeficientov rasti količine in povprečne cene sem skušala razložiti, kateri vpliv znotraj ostanka je bil močnejši. Iz rezultatov prikazanih v Tabeli 12 je razvidno, da je vrednost koeficienta rasti povprečne cene večja od vrednosti koeficienta rasti količine. To pomeni, da sta tako količina (večja količina zdravil, ki so vstopila, kot pa količina umaknjenih zdravil) kot cena (višja povprečna cena zdravil, ki so vstopala, kot pa tistih, ki so bila umaknjena) delovala v smer zviševanja celotnih izdatkov. Ob tem pa je bil vpliv višjih povprečnih cen nekoliko večji od vpliva višje količine.

Tabela 12: Rezultati dekompozicije izdatkov za inovativna zdravila, ki so na trgu prisotna v celotnem obdobju od 2008 do 2017, v obliki koeficientov rasti (Scenarij 2)

Rast vseh izdatkov v obdobju			Zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem obdobju (N = 199)						Vstopajoča in umaknjena zdravila		
Celotni izdatki 2008 (v mio EUR)	Celotni izdatki 2017 (v mio EUR)	Rast celotnih izdatkov	Izdatki v 2008 (v mio EUR)	Izdatki v 2017 (v mio EUR)	Rast izdatkov	ΔP	ΔQ	Koef. str. pr.	Rast izdatkov	ΔP^*	ΔQ^*
122	166	1,36	105	64	0,61	0,53	1,03	1,12	2,22	3,00	1,94
Sk. učinek na rast celotnih izdatkov		36%				0,53	0,55	0,61	1,36		
						-39%	-47%	-45%	-39%	36%	

Legenda: ΔQ – koeficient rasti količine, ΔP – koeficient rasti cene, Koef. str. p. – koeficient strukturnih premikov, ΔP^* - koeficient rasti povprečne cene za vstopajoča in umaknjena zdravila, ΔQ^* - koeficient rasti količine za vstopajoča in umaknjena zdravila

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

3.4.3 Scenarij 3

Scenarij 2 rešuje problem vstopa in izstopa zdravil s trga, medtem ko ohranja drugi problem (ne izloča tistih zdravil, ki jim v vmesnem času poteče status inovativnega zdravila). Odpravljanje slednjega problema je ključnega pomena, da lahko zares analiziramo samo tisti del celotnih izdatkov, ki se nanaša le na inovativna zdravila.

Če bi na celotno populacijo inovativnih zdravil vpeljali oba kriterija; kriterij prisotnosti tako v začetnem kot končnem obdobju in kriterij ohranjanja statusa inovativnega zdravila skozi celotno preučevano obdobje, bi vzorec sestavljalo le 8 inovativnih zdravil. Glavni razlog za tako majhno število zajetih zdravil je dolžina preučevanega obdobja. Največji problem pri uporabi 10-letnega obdobja je v tem, da večina zdravil v vmesnem času izgubi status inovativnega zdravila (definicijo dolžine statusa inovativnega zdravila sem opredelila v poglavju 3.1). V izogib temu problemu sem celotne izdatke za zdravila iz osnovne baze inovativnih zdravil analizirala po posameznih letih na podlagi izračunanih verižnih

koeficientov rasti (Scenarij 3). Dinamiko celotnih izdatkov za zdravila iz osnovne baze inovativnih zdravil sem tako analizirala na letnem nivoju, torej sem za začetno in končno leto vzela dve zaporedni leti. V Tabeli 13 so tako v vrstici za leto 2009 prikazani koeficienti rasti, ki so rezultat analize izdatkov iz leta 2009 glede na leto 2008.

Z uporabo verižnih koeficientov rasti sem lahko podrobneje razčlenila izdatke za inovativna zdravila brez da bi iz vzorca izpadlo izdatno število zdravil. V povprečju je bilo vsako leto 201 takih zdravil, ki so bila na trgu prisotna tako v tekočem kot v predhodnem letu ter so hkrati v obeh letih ohranila status inovativnega zdravila.

Pri razčlenitvi celotnih izdatkov za zdravila iz osnovne baze inovativnih zdravil z verižnimi koeficienti rasti bi v primeru uporabe zgolj osnovne enačbe dekompozicije (Enačba 1), ki sta jo opredelila Addis in Margini (2002), del izdatkov ostal nepojasnen. Namreč tudi v med dvema zaporednima letoma lahko pride do umikanja ali vstopanja zdravil na trg, prav tako pa lahko nekatera zdravila izgubijo status inovativnosti. Zaradi tega pojava sem izdatke iz Scenarija 3 analizirala na podoben način kot v Scenariju 2, le ta so v tem primeru skupino preostalih zdravil predstavljala ne samo vstopajoča in umaknjena zdravila, ampak tudi zdravila, ki so v sekvenčnem letu izgubila status inovativnega zdravila.

Iz Tabele 13 je razvidno, da so vrednosti verižnih koeficientov rasti celotnih izdatkov za zdravila iz osnovne baze inovativnih zdravil vsako leto večje od 1, kar pomeni, da so celotni izdatki za zdravila vsako leto naraščali. Prav tako so v vseh letih večje od 1 tudi vrednosti koeficientov rasti izdatkov za inovativna zdravila, ki so razčlenjeni v drugem delu Tabele 13 (»Zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem letu ter ohranjajo status inovativnega zdravila«). To pomeni, da so tudi izdatki za inovativna zdravila vsako leto naraščali. Glede na vrednosti koeficientov rasti cene, ki so v vseh letih manjše od 1, lahko rečemo, da je vpliv cene zaviral rast izdatkov za inovativna zdravila. Ta vpliv je bil zmanjšan zaradi vpliva večje porabljene količine in strukturnih premikov. Vpliv količine na izdatke inovativnih zdravil je bil ravno obraten od vpliva cene, saj so vrednosti verižnih koeficientov rasti količine v vseh letih višje od 1. Poleg vpliva količine pa so k rasti izdatkov za inovativna zdravila pripomogli še strukturni premiki. Vrednosti verižnih koeficientov dinamike strukturnih premikov so v vseh letih (razen v letu 2017) bile večje od 1, kar pomeni, da je bil trend predpisovanja zdravil, v primerjavi s predhodnim letom, bolj nagnjen v smer dražjih zdravil, kar je spodbudilo rast izdatkov za inovativna zdravila. To torej velja za vsa obravnavana leta, razen za zadnje leto (2017), ko je bila vrednost verižnega koeficienta dinamike strukturnih premikov manjša od 1.

Slika 17 prikazuje gibanje vseh treh koeficientov rasti iz glavne razčlenitve. Iz nje je razvidno, da je bil koeficient rasti cene najnižji leta 2011. Vpliv nižjih cen inovativnih zdravil je leta 2011 glede na leto 2010 povzročil upad izdatkov za inovativna zdravila v višini 11 %. Zaradi rasti porabljene količine (koeficient rasti količine enak 1,04) in spremembe strukture porabe v korist dražjih zdravil (koeficient dinamike strukturnih premikov enak 1,08) v letu 2011, glede na predhodno leto, pa je kljub upadu cen vplivalo na

končno rast izdatkov za inovativna zdravila v višini 1 % (koeficient rasti izdatkov je enak 1,01).

Tabela 13: Rezultati dekompozicije izdatkov za inovativna zdravila izvedene v zaporednih letih, z uporabo verižnih koeficientov rasti (Scenarij 3)

Leto	Koeficient rasti celotnih izdatkov	Zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem letu ter ohranjajo status inovativnega zdravila					Vstopajoča in umaknjena zdravila ter zdravila, ki so izgubila status inovativnosti (preostala zdravila)		
		N (inov. zdravila)	Rast izdatkov	ΔP	ΔQ	Koef. str. pr	Rast izdatkov	ΔP^*	ΔQ^*
2009	1,06	227	1,08	0,97	1,06	1,05	0,98	0,94	1,01
2010	1,06	192	1,04	0,94	1,04	1,07	1,02	0,90	1,24
2011	1,01	199	1,01	0,89	1,04	1,08	1,00	0,86	1,18
2012	1,07	167	1,08	0,91	1,09	1,09	0,99	1,01	1,00
2013	1,14	193	1,18	0,94	1,09	1,15	0,97	0,91	1,11
2014	1,07	187	1,13	0,96	1,08	1,10	0,95	1,02	0,94
2015	1,34	195	1,30	0,97	1,22	1,11	1,03	1,62	0,92
2016	1,25	217	1,21	0,96	1,18	1,07	1,04	1,79	1,71
2017	1,17	234	1,09	0,98	1,15	0,96	1,08	2,40	1,31

Legenda: N – Število inovativnih zdravil, ki so prisotna v dveh zaporednih letih, ΔQ – koeficient rasti količine, ΔP – koeficient rasti cene, Koef. str. pr. – koeficient dinamike strukturnih premikov, ΔP^* - koeficient rasti povprečne cene za vstopajoča in umaknjena zdravila ter za zdravila, ki so izgubila status inovativnosti, ΔQ^* - koeficient rasti količine za vstopajoča in umaknjena zdravila ter za zdravila, ki so izgubila status inovativnosti.

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

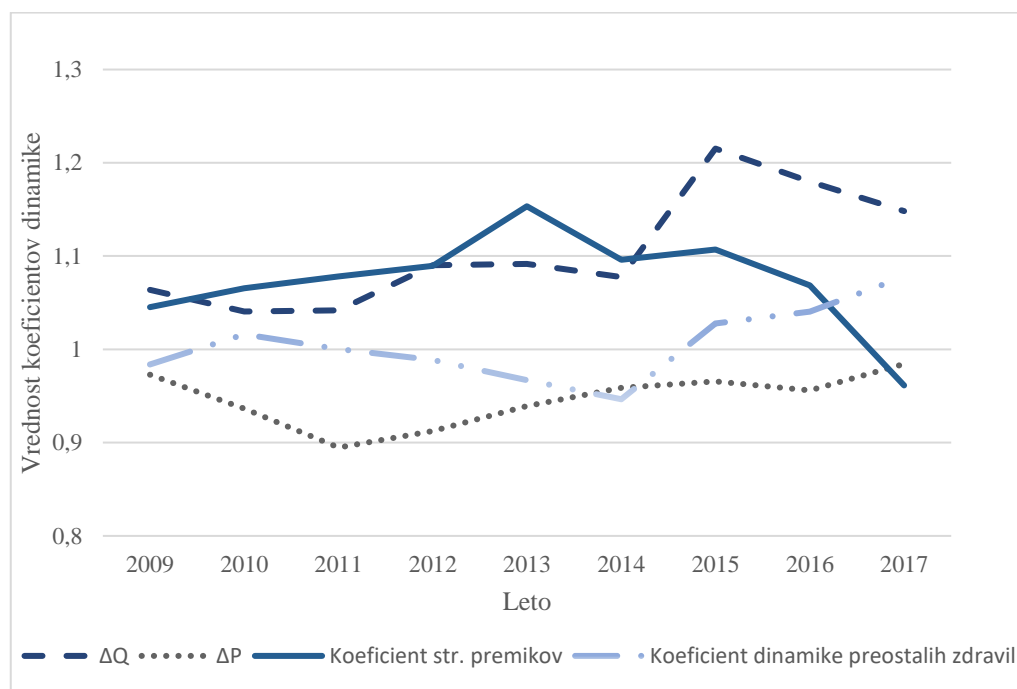
Iz Slike 17 lahko razberemo, da se je porabljen količina inovativnih zdravil glede na predhodno leto najbolj povečala leta 2015, ko je koeficient rasti količine znašal 1,22. Večji obseg porabe zdravil bi torej v omenjenem letu povzročil (ob nespremenjenih cenah in strukturi porabe) povišanje izdatkov za inovativna zdravila v višini 22 %.

Izdatki za inovativna zdravila, ki sem jih razčlenila z osnovno enačbo dekompozicije in so prikazani v drugem delu Tabele 13 (»Zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem letu ter ohranjajo status inovativnega zdravila«), predstavljajo le del celotnih izdatkov v posameznem letu. Dinamiko izdatkov za vstopajoča in umaknjena inovativna zdravila ter za zdravila, ki so izgubila status inovativnega zdravila (v nadaljevanju preostalih zdravil) sem analizirala v tretjem delu Tabele 13. Ob primerjavi vrednosti verižnih koeficientov rasti celotnih izdatkov, z vrednostmi verižnih koeficientov rasti izdatkov za inovativna zdravila in z vrednostmi verižnih koeficientov rasti izdatkov preostalih zdravil ugotovimo, da pride do treh različnih pojavov:

- (1) Vrednost verižnega koeficienta rasti celotnih izdatkov je večja od vrednosti verižnega koeficienta rasti izdatkov za inovativna zdravila, hkrati pa je vrednost verižnega koeficienta rasti izdatkov preostalih zdravil večja od 1;

- (2) Vrednost verižnega koeficienta rasti celotnih izdatkov je enaka vrednosti verižnega koeficienta rasti izdatkov za inovativna zdravila, pri čemer je vrednost verižnega koeficienta rasti izdatkov preostalih zdravil enaka 1;
- (3) Vrednost verižnega koeficienta rasti celotnih izdatkov je manjša od vrednosti verižnega koeficienta rasti izdatkov za inovativna zdravila, hkrati pa je vrednost verižnega koeficienta rasti izdatkov preostalih zdravil manjša od 1;

Slika 17: Gibanje vrednosti verižnih koeficientov rasti (Scenarij 3) za inovativna zdravila v obdobju 2009-2017



Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Do prvega pojava pride v letu 2010, 2015, 2016 in 2017. Vrednost verižnega koeficienta rasti izdatkov preostalih zdravil je v teh letih večja od 1, kar pomeni, da so zdravila, ki so v preučevanem obdobju dveh zaporednih let ali izstopila ali vstopila ali pa izgubila status inovativnega zdravila, vplivala na rast celotnih izdatkov za zdravila. Ta je lahko pospešena kot posledica višje povprečne cene in/ali preseganje porabe količine vstopajočih zdravil nad količino umaknjenih zdravil. Iz pridobljene vrednosti koeficientov rasti povprečne cene in količine za preostala zdravila, lahko rečemo, da je bil v letu 2010 dejavnik za rast izdatkov preostalih zdravil preseganje porabljenih količin vstopajočih zdravil nad količino umaknjenih zdravil. V letu 2015 je bil razlog za rast izdatkov preostalih zdravil višja povprečna cena predpisanih zdravil. V letu 2016 in 2017 pa sta k rasti izdatkov preostalih zdravil pripomogla tako spremembe v povprečni ceni kot tudi spremembe v porabljeni količini zdravil.

Do drugega pojava, kjer je vrednost verižnega koeficienta rasti celotnih izdatkov enaka vrednosti verižnega koeficienta rasti izdatkov za inovativna zdravila in je zato vrednost

verižnega koeficienta rasti izdatkov za preostala zdravila enaka 1, pride v letu 2011. Zaradi slednjega lahko sklepamo, da kumulativno gledano, zdravila z izgubo statusa inovativnosti in z vstopanjem ter umikanjem s trga niso vplivale na rast celotnih izdatkov.

Do tretjega pojava pride v vseh ostalih letih preučevanega obdobja (2009, 2012, 2013 in 2014). Vrednost verižnega koeficienta rasti izdatkov preostalih zdravil je v teh letih manjša od 1. To pomeni, da so vstopajoča in umaknjena zdravila ter zdravila, ki so izgubila status inovativnega zdravila (preostala zdravila) kumulativno upočasnila rast celotnih izdatkov za zdravila.

S pomočjo Enačbe 6 sem izračunala še koeficiente rasti povprečne cene in količine za preostala zdravila. S pridobljenimi rezultati sem lahko ugotovila, kako so spremembe cen in količin vplivale na dinamiko izdatkov za preostala zdravila. V letih 2009, 2010, 2011 in 2013 je bil vpliv cen na rast izdatkov za preostala zdravila negativen, njihov vpliv pa je bil zaradi vpliva sprememb v porabljeni količini zmanjšan ali pa celo izničen. Do ravno obratnega pojava pride v letih 2014 in 2015, ko spremembe v cenah zdravil pozitivno vplivajo na rast izdatkov za preostala zdravila, med tem ko spremembe v porabljenih količinah zdravil omenjeni učinek zmanjša, ali pa izniči. V letih 2012, 2016 in 2017 so spremembe v cenah in količinah vplivale na rast izdatkov preostalih zdravil.

3.4.4 Scenarij 4

Glede na to, da sem v teoretičnem delu magistrske naloge večkrat navedla, da se količinska poraba in izdatki za biološke terapije v zadnjem času povečujejo, sem se odločila, da ločeno izvedem razčlenitev izdatkov tudi za biološka zdravila. Pri tem moram poudariti, da so bila biološka zdravila v vseh prejšnjih scenarijih že vključena v analizo, vendar skupaj z ostalimi inovativnimi zdravili, zato gre v tem primeru le za nov scenarij (Scenarij 4) in ne za popolnoma novo razčlenitev.

Pred izvedbo dekompozicije izdatkov za biološka zdravila sem je bilo najprej potrebno identificirati vsa biološka zdravila (na recept) znotraj osnovne baze inovativnih zdravil. V letu 2008 je bilo na trgu od skupno 279 inovativnih zdravil 60 takih, ki vsebujejo aktivno biološko učinkovino in se zato imenujejo biološka zdravila. V preučevanem obdobju (2008–2017) se je število bioloških zdravil na recept neto povečalo za 13 (s 60 na 73), izdatki pa so se povišali za 1,7 krat (z 25,2 milijona EUR v 2008, na 42,1 milijona EUR, v 2017).

Izdatke za biološka zdravila na recept sem razčlenila na podoben način kot celotne izdatke za zdravila v Scenariju 2. Rezultati dekompozicije izdatkov za biološka zdravila na recept so prikazani v Tabeli 14, ki je tako kot v prejšnjih dveh scenarijih razdeljena na 3 dele. V prvem delu je prikazana rast celotnih izdatkov za biološka zdravila na recept v preučevanem obdobju. V drugem delu sem razčlenila le tisti del celotnih izdatkov za biološka zdravila na recept, ki se nanašajo na zdravila, ki so bila na trgu prisotna tako v začetnem kot končnem letu (ne glede na to ali so ohranila status inovativnosti ali ne). Temu kriteriju (kriterij

prisotnosti) je ustrezalo 27 zdravil. V tretjem delu Tabele 14 pa sem razčlenila tisti del celotnih izdatkov za biološka zdravila na recept, ki se navezujejo na vstopajoča in umaknjena biološka zdravila. Pri tem scenariju nisem upoštevala kriterij inovativnosti.

Celotni izdatki za biološka zdravila so se v preučevanem obdobju povečali za 67 %. K tej rasti so prispevali tako izdatki za biološka zdravila na recept, ki so bila prisotna skozi celotno preučevano obdobje (koeficient rasti izdatkov za zdravila, ki so bila prisotna v začetnem in končnem obdobju, je večji od 1), kot tudi izdatki za vstopajoča in umaknjena zdravila (koeficient rasti izdatkov za to skupino zdravil je večji od 1).

Glede na pridobljene rezultate v drugem delu Tabele 14 lahko rečemo, da je glavni dejavnik za rast izdatkov bioloških zdravil na recept večja količinska poraba teh zdravil. Če se v preučevanem obdobju cena in struktura porabe bioloških zdravil ne bi spreminjala, bi se izdatki zaradi vpliva količine povečali za 74 %. Učinek rasti porabljenih količin na dinamiko izdatkov za biološka zdravila na recept pa je bil zaradi učinka cene in strukturnih premikov oslavljen. Cene bioloških zdravil na recept so se v preučevanem obdobju znižale, na kar kaže koeficient rasti cen, ki je manjši od 1. Vsi trije vplivi (vpliv cene, količin in strukturni premiki) so skupaj povzročili povečanje izdatkov bioloških zdravil, ki do bila na trgu prisotna tako v letu 2008 kot tudi v letu 2017, za 3 %.

Tabela 14: Rezultati razčlenitve izdatkov za biološka zdravila na recept, v obliki koeficientov rasti (Scenarij 4)

Celotni izdatki za biološka zdravila			Biološka zdravila, ki so prisotna v začetnem in končnem letu (N = 27)						Vstopajoča in umaknjena biološka zdravila		
Celotni izdatki 2008 (v tisoč EUR)	Celotni izdatki 2017 (v tisoč EUR)	Rast celotnih izdatkov	Izdatki v 2008 (v tisoč EUR)	Izdatki v 2017 (v tisoč EUR)	Rast izdatkov	ΔP	ΔQ	Koef. str. p	Rast izdatkov	ΔP^*	ΔQ^*
25.205	42.131	1,67	15.689	16.108	1,03	0,76	1,74	0,78	1,63	1,64	1,66
Sk. učinek na rast celotnih izdatkov		67%				3%	0,76	1,31	1,03	1,67	
						-24%	31%	3%	67%		

Legenda: N – Število zdravil bioloških zdravil, ki so bila na trgu prisotna skozi celotno preučevano obdobje, ΔQ – koeficient rasti količine, ΔP – koeficient rasti cene, Koef. str. p – koeficient strukturnih premikov, P^* – koeficient rasti povprečne cene za vstopajoča in umaknjena biološka zdravila, ΔQ^* – koeficient rasti količine vstopajoča in umaknjena biološka zdravila.

Vir: Prirejeno po Podatki o porabi zdravil (2018).

Koeficient rasti izdatkov vstopajočih in umaknjenih bioloških zdravil v tem primeru znaša 1,63, kar pomeni da so zdravila, ki so v vmesnem času izstopila in vstopila na trg prispevala k rasti celotnih izdatkov za biološka zdravila na recept. Glede na vrednosti koeficienta rasti povprečne cene in količine za preostala biološka zdravila, lahko rečemo, da sta k rasti izdatkov pripomogle tako cene kot tudi količine zdravil.

SKLEP

Tekoči izdatki za zdravstvo so v Sloveniji leta 2016 znašali 3,4 milijarde EUR, kar predstavlja 8,6 % BDP. Ta delež že od leta 2009 ostaja skoraj nespremenjen. Največji delež izdatkov za zdravstvo v Sloveniji se nameni storitvam kurativnega zdravljenja. Sledijo tekoči izdatki za zdravila in medicinske pripomočke, za katere se je leta 2016 namenilo 22,5 % tekočih izdatkov za zdravstvo oz. 769 milijonov EUR (OECD, 2018b).

Za zdravila na recept je bilo v Sloveniji leta 2017 namenjenih 468 milijonov EUR, kar je 14 % več kot leta 2006, pri čemer se je količina porabljenih zdravil, merjena v DDD, v enakem obdobju povečala za kar 42 %. Podatki torej kažejo, da je bila rast količine porabljenih zdravil precej večja od rasti izdatkov za zdravila. Tolikšna rast količine porabljenih zdravil in hkratno ohranjanje vzdržnosti zdravstvene blagajne ne bi bilo možno brez uvedbe ustreznih varčevalnih ukrepov. Križaj (2016) je z dekompozicijo izdatkov za zdravila na recept ugotovil, da je negativna rast cen na DDD edini dejavnik, ki zmanjšuje izdatke za zdravila, saj količina porabljenih zdravil, merjena v DDD, ves čas narašča.

Metoda dekompozicije oz. razčlenitve izdatkov omogoča iskanje glavnih dejavnikov rasti izdatkov za zdravila. Na slovenski bazi podatkov je Križaj (2016) tovrstno razčlenitev že izpeljal, in sicer za izdatke za zdravila na recept, v obdobju od 2001 do 2015. V svoji magistrski nalogi sem pri razčlenitvi izdatkov za inovativna zdravila na recept tako kot Križaj (2016) uporabila enačbo, ki sta jo opisala Addis in Margini (2002).

Zdravila, ki so v skladu z ZZdr-2 opredeljena z oznako »Originator–Da« in jim od pridobitve dovoljenja za promet do preučevanega leta še ni poteklo več kot deset let, sem označila za inovativna zdravila. V analizo sem zajela samo tista zdravila, za katera so na voljo podatki tako o vrednosti kot količini porabe v DDD. Skupno število takšnih inovativnih zdravil na trgu v posameznem letu je od leta 2008 do 2012 padalo, nato pa je ponovno začelo naraščati. V preučevanem obdobju (2008-2017) se je na slovenskem trgu na novo pojavilo 351 inovativnih zdravil, kar pomeni, da je v povprečju vsako leto na trg vstopilo 35,1 novih inovativnih zdravil. Med posameznimi leti se izračunane povprečne cene inovativnih zdravil na DDD razlikujejo, kljub temu pa je moč zaznati pozitiven trend rasti.

Izdatki za inovativna zdravila, za katere razpolagamo s podatki o porabljenih količinah v DDD, so bili najvišji na začetku preučevanega obdobja (leta 2008), ko so znašali 122 milijonov EUR. Vse do leta 2014 je bila zabeležena negativna rast izdatkov za inovativna zdravila, od leta 2015 pa ponovno beležimo pozitivno rast. Leta 2017 so izdatki za inovativna zdravila znašali 103 milijone EUR, kar je 15,6 % manj kot leta 2008. Poleg zmanjševanja celotnih izdatkov za inovativna zdravila na recept se znižuje tudi delež kritja teh izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). S pomočjo primerjave povprečnih letnih stopenj rasti celotnih izdatkov in izdatkov, ki jih krije OZZ, sem ugotovila, da so v preučevanem obdobju izdatki za inovativna zdravila iz OZZ v povprečju upadli bolj

(povprečna letna stopnja rasti -3,6 %) kot celotni izdatki za inovativna zdravila (povprečna letna stopnja rasti -1,9 %).

Namen tega magistrskega dela je razčleniti izdatke za inovativna zdravila na recept na posamezne člene, in sicer na vpliv cene, količine in strukturnih premikov. Izdatke za inovativna zdravila sem razčlenila s pomočjo štirih različnih scenarijev, pri čemer prva dva scenarija vključujeta večji nabor zdravil in dajeta celovitejšo sliko gibanja izdatkov za zdravila na recept, pri čemer ima Scenarij 1 dve pomanjkljivosti; (1) ne upoštevanje izstopov in vstopov zdravil na trg, (2) izključevanje tistih zdravil, ki jim v vmesnem času poteče status inovativnega zdravila. Scenarij 2 odpravlja prvo pomanjkljivost Scenarija 1, drugo pa ohranja. S Scenarijem 3 sem odpravila obe omenjeni pomanjkljivosti.

Celotne izdatke za inovativna zdravila sem razdelila na dva dela; prvi del predstavlja izdatke vezane na zdravila, ki so na trgu prisotna dve zaporedni leti in hkrati v obeh letih ohranijo status inovativnega zdravila (čisti izdatki za inovativna zdravila). Ta del izdatkov sem analizirala s pomočjo osnovne enačbe za dekompozicijo izdatkov, ki sta jo definirala Addis in Margini (2002). Drugi del izdatkov za inovativna zdravila pa predstavljajo izdatki vezani na zdravila, ki niso prisotna v obeh naključno izbranih zaporednih letih in/ali v vmesnem času izgubijo status inovativnega zdravila. Ta del izdatkov pa sem analizirala s pomočjo razširitve omenjene osnovne enačbe. Celotni izdatki za inovativna zdravila so skozi celotno preučevano obdobje (2008–2017) naraščali.

Glede na rezultate razčlenitve čistih izdatkov za inovativna zdravila s pomočjo verižnih koeficientov rasti (Scenarij 3) ugotavljam, da so spremembe v cenah inovativnih zdravil skozi celotno preučevano obdobje prispevale k zniževanju rasti izdatkov. Na to kažejo izračunani verižni koeficienti rasti cene, katerih vrednost je bila vedno manjša od 1. Negativen vpliv sprememb v cenah zdravil na rast izdatkov za inovativna zdravila je bil kompenziran z višjimi porabljenimi količinami in spremenjeno strukturo porabe inovativnih zdravil v smeri pogostejšega predpisovanja dražjih terapij.

Vrednosti koeficientov rasti izdatkov za vstopajoča in umaknjena zdravila, ter zdravila, ki so izgubila status inovativnosti, opisujejo vpliv zdravil, ki niso prisotna v obeh zaporednih letih in/ali v vmesnem času izgubijo status inovativnega zdravila, na celotne izdatke za inovativna zdravila. Vrednosti omenjenega koeficienta rasti so bile leta 2009, 2012, 2013 in 2014 manjše od 1, leta 2011 enaka 1, v letih 2010, 2015, 2016 in 2017 pa večje od 1. To nakazuje, da v zadnjih treh letih preučevanega obdobja spremembe v naboru inovativnih zdravil prispevajo k rasti celotnih izdatkov za inovativna zdravila.

Delež izdatkov za biološka zdravila na recept v celotnih izdatkih za inovativna zdravila, vključena v analizo, se je od leta 2008, ko je znašal 21 %, do leta 2017 povišal za 4 odstotne točke na 25 %. Izdatki za biološka zdravila so se v omenjenem obdobju povišali za 67 %. Glavni dejavnik za rast izdatkov bioloških zdravil na recept je večja količinska poraba teh zdravil, ki pa je bil zmanjšan oz. oslavljen s spremembami v cenah bioloških zdravil na

recept in strukturnimi premiki. Pomemben dejavnik rasti celotnih izdatkov za inovativna zdravila pa predstavljajo tudi nova biološka zdravila, ki so v vmesnem času vstopala na trg. V preučevanem obdobju se je število bioloških zdravil na recept povečalo s 60 (v letu 2008) na 73 (2017).

Na podlagi naraščajočega letnega števila novo uvedenih inovativnih zdravil na trgu in njihove naraščajoče količinske porabe (izražene v DDD) v zadnjih letih lahko sklepamo, da se dostopnost do inovativnih zdravil v Sloveniji izboljšuje. Pri tem se porajata dve novi vprašanji, in sicer, kaj omogoča boljšo dostopnost in ali lahko podoben trend pričakujemo tudi v prihodnje. Eden izmed glavnih razlogov za dobro dostopnost so učinkoviti ukrepi za zniževanje cen in izdatkov za zdravila. Na to kažejo tudi rezultati izvedene razčlenitve. Kljub temu pa ZZZS že ugotavlja, da dosedanja ukrepi za omejevanje in obvladovanje izdatkov ne zadoščajo in da bo zato v prihodnje pogosteje prihajalo do zavračanja vlog za razvrstitev in financiranje novih zdravil (Rednak, 2018), kar bi posledično pomenilo tudi slabšo dostopnost do inovativnih zdravil.

Glavna omejitev izvedene razčlenitve izdatkov za inovativna zdravila, ki bi jo rada izpostavila, je baza podatkov. Objavljena baza podatkov o porabi zdravil, pripravljena s strani ZZZS, namreč ne vključuje vseh potrebnih podatkov za razčlenitev izdatkov za inovativna zdravila. Za pridobitev vseh podatkov je bilo potrebno veliko ročnega dopolnjevanja baze in predhodne določitve predpostavk, da sem na koncu lahko izluščila vsa inovativna zdravila. Nato sem morala iz že opredeljenih inovativnih zdravil izločiti tista, za katera ni bilo podatka o količinski porabi zdravila izraženi v DDD. S tem se je zmanjšal nabor inovativnih zdravil, ki so bila vključena v analizo in zato to izločitev štejem za dodatno pomanjkljivost analize. Predhodno pripravljena ustrezna baza podatkov s strani institucij, ki s podatki upravljajo, bi zato predstavljala pomembno izboljšavo pri sami analizi izdatkov za inovativna zdravila ter bi tudi omogočila več in lažje analize tega aktualnega področja.

Pri interpretiranju pridobljenih rezultatov dekompozicije sem naletela še na tretjo omejitev analize, ki se na naša na medsebojno neprimerljivost nekaterih koeficientov rasti izdatkov in količin. Do te ugotovitve sem prišla, ker so bili koeficienti rasti izdatkov za zdravila v nekaterih ATC skupinah nadpovprečno visoki, glavni dejavnik za njihovo rast pa je predstavljala močno povečana količinska poraba. Koeficienti so med seboj neprimerljivi, ker so zdravila na trg lahko vstopala v različnih mesecih v letu. Torej, če je posamezno zdravilo na trg vstopilo leta 2008 v mesecu septembru, je podatek o količinski porabi in s tem o izdatkih za to zdravilo v letu 2008 (4-mesečna poraba) neprimerljiv s celoletno (12-mesečno) porabo v kateremkoli drugem sekvenčnem letu.

LITERATURA IN VIRI

1. Addis, A. & Margini, N. (2002). New approaches to analysing prescription data and to transfer pharmacoepidemiological and evidence-based reports to prescribers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 11(8), 721–726.
2. Alves, J. del C., Osorio-de-Castro, C.-G.-S., Wettermark, B. & Luz, T.-C.-B. (2018). Immunosuppressants in Brazil: underlying drivers of spending trends, 2010–2015. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 18(5), 565–572.
3. Belloni, A., Morgan, D. & Paris, V. (2016). Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends and Future Challenges. *OECD Health Working Papers*, 87. Paris: OECD Publishing.
4. Berndt, E. R. (2002). Pharmaceuticals in U.S. Health Care: Determinations of Quantity and Price. *The Journal of Economic Perspectives*, 16(4), 45–66.
5. Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of deductive classification. *Health Policy*, 133, 258–269.
6. Bradley, R. (2013). Feasible methods to estimate disease based price indexes. *Journal of Health Economics*, 32(3), 504–514.
7. Cameron, A., Ewen, M., Auton, M. & Abegunde, D. (2011). *The World Medicines Situation 2011. Medicines prices, Availability and Affordability*. Geneva: World Health Organization.
8. Carone, G., Schwierz, C. & Xavier, A. (2012). European Economy: Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *European Commission. Economic Papers* 461, 1–50.
9. Centralna baza zdravil - CBZ. (brez datuma). *Navodilo za uporabo spletne aplikacije za pregled podatkov Centralne baze zdravil*. Pridobljeno 1. novembra 2017 iz <http://www.cbz.si/cbz2/navodila/cbznavodila.html>
10. Cima, J. & Almeida, A.-S. (2018). FEP Working Papers: *Health Expenditure, GDP Growth and the Financial Crisis: A Panel Data Analysis for OECD European Countries*. Porto: University of Porto, Research Center in Economics and Finance and School of Economics and Management.
11. Cylus, J. (2015, 7. oktober). Pregled izdatkov v zdravstvu. *Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik*. Pridobljeno 13. januarja 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016_porocila_SL/Report_Expenditure_review_Slovenia_FINAL_FORMATTED_SI_4.pdf
12. DiMasi, J.-A., Hansen, W.-R. & Grabowski, G.-H. (2003). The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs. *Journal of Health Economics* 22 (2003), 151–185.
13. Dubois, R. W., Chawla, A. J., Neslusan, C. A., Smith, M. W. & Wade, S. (2000). Explaining drug spending trends: does prescription match reality?. *Health Affairs*, 19(2), 231–239.

14. Dunn, A., Liebman, E. & Hale Shapiro, A. (2014). *Decomposing Medical-Care Expenditure Growth*. Washington: Bureau of Economic Analysis.
15. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - EFPIA. (2016). *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Pridobljeno 22. aprila 2018 iz <https://www.efpia.eu/media/25055/the-pharmaceutical-industry-in-figures-june-2016.pdf>
16. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - EFPIA. (2017). *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Pridobljeno 23. aprila 2018 iz https://www.efpia.eu/media/219735/efpia-pharmafigures2017_statisticbroch_v04-final.pdf
17. Eurostat. (2008). *European Price Statistics*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
18. Eurostat. (2017). *Statistics Explained: People in the EU – statistics on demographic changes*. Pridobljeno 1. septembra 2018 iz https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes
19. Eurostat. (2018a, marec). *Statistics Explained: Healthcare expenditure statistics*. Pridobljeno 1. maja 2018 iz http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics
20. Eurostat. (2018b, maj). *Statistics Explained: Fertility statistics*. Pridobljeno 2. februarja 2019 iz https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics#Total_fertility_rate_and_age_of_women_at_birth_of_first_child
21. Gerdtham, U.-G., Johannesson, M., Gunnarsson, B., Marcusson, M. & Henriksson, F. (1998). Price Indices of Drugs and the Switching to New Drugs. *Pharmacoeconomics*, 13(1), 71–80.
22. Food and Drug Administration - FDA. (brez datuma). *Generic Drugs: Questions and Answers*. Pridobljeno 1. julija 2018 iz <https://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/QuestionsAnswers/ucm100100.htm#approved>
23. Fürst, J. (2015, 12. november). *Predpisovanje zdravil z vidika ZZZS*. Pridobljeno 1. julija 2018 iz <http://m.mf.uni-lj.si/media-library/2015/11/6a5ae27c9cedb8d708e31d69fe97adf1.pdf>
24. Fürst, J. (2018, 20. april). *Poraba zdravil z vidika racionalnega predpisovanja*. Pridobljeno 26. avgusta 2018, iz <http://www.mf.uni-lj.si/media-library/2018/04/afe98d453160a7930dc76ebc30c24a64.pdf>
25. Hampson, E., Young, K. & Chisambi, M. (2013). *Impact of austerity on European pharmaceutical policy and pricing: Staying competitive in a challenging environment*. London: Deloitte LPP, Deloitte Centre for Health Solutions.
26. Han, S., Liang, H., Su, W., Xue, Y. & Shi, L. (2013). Can price controls reduce pharmaceutical expenses? A case study of antibacterial expenditures in 12 Chinese

- hospitals from 1996 to 2005. *International Journal of Health Services*, 43(1), 91–103.
27. Hsieh, C. - R. & Sloan, F. A. (2008). Adoption of Pharmaceutical Innovation and the Growth of Drug Expenditure in Taiwan: Is It Cost Effective? *Value in Health*, II, 334–344.
 28. Hyndman, R. - J. & Athanasopoulos, G. (2018). *Forecasting: Principles and Practice*. Australia: Monash University.
 29. Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke - JAZMP. (brez datuma). *Struktura klasifikacijskega sistema ATC*. Pridobljeno 5. avgusta 2018 iz <https://www.jazmp.si/humana-zdravila/podatki-o-zdravilih/atc-hum-klasifikacija/struktura-klasifikacijskega-sistema-atc/>
 30. Karampli, E., Souliotis, K., Polyzos, N., Kyriopoulos, J. & Chatzaki, E. (2014). Pharmaceutical innovation: impact on expenditure and outcomes and subsequent challenges for pharmaceutical policy, with a special reference to Greece. *Hippokratia, Quarterly Medical Journal* 18(2), 100–106.
 31. Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. - P. & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013,381, 1323–1331.
 32. Kaitin, K. (2010). Deconstructing the Drug Development Process: The New Face of Innovation. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 87(3), 356–361.
 33. Križaj, Ž. (2016, julij). *Dekompozicija rasti izdatkov za zdravila na recept v Sloveniji v obdobju od 2001 do 2015* (magistrsko delo). Ljubljana. Ekonomska fakulteta.
 34. Jelisavčić, S. (brez datuma). *Draga bolnišnična zdravila*. Pridobljeno 5. oktobra 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/Novice/gradiva_predstavitve_dogodkov/DBZPZZ_Zdruzljivostni_nacin_.pdf
 35. Kuleshe, R. & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127–139.
 36. Kuipers Cavaco, Y., Santos Silva, M. & Mascolo, M. (2016, 14. julij). *Proceedings of Workshop: EU Options for Improving Access to Medicines*. Brussels: European Parliament, Directorate General for Internal Policies.
 37. Kwon, H. - Y., Yang, B. & Godman, B. (2015). Key Components of Increased Drug Expenditure in South Korea: Implications for the Future. *Value for Health Regional Issues*, 6, 14–21.
 38. Leopold, C., Vogler, S., Mantel-Teeuwisse, A. - K., de Joncheere, K., Leufkens, H. G. M. & Laing, R. (2012). Differences in external price referencing in Europe – A descriptive overview. *Health Policy*, 104, 50–60.
 39. Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A.-K., Vogler, S., Valkova, S., de Joncheere, K., Leufkens, H., Wagner, A.-K., Ross-Degnan, D. & Laing, R. (2014). Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries. *Bull World Organ* 2014, 92, 630–640.

40. Liu, Y. & Hsieh, C. (2012, 1. maj). New Drugs and the Growth of Health Expenditure: Evidence From Diabetic Patients in Taiwan. *Health Economics*, 21, 496–513.
41. Machin, C. (2017, 21. april). *EFPIA Market Access Delays Analysis*. Pridobljeno 23. april 2018 iz <https://www.efpia.eu/>
42. Machin, C. (2018). *EFPIA Market Access Delays Analysis*. Pridobljeno 24. april 2018 iz <http://www.hull.hr/wp-content/uploads/2018/04/Market-Access-Delays-2017-Final-140318-1.pdf>
43. Maisonneuve, C. & Martins, J. O. (2013). *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. Paris: OECD Publishing.
44. Mate, T. (brez datuma). *Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji*. Pridobljeno 5.10.2018 iz http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/homedirs/12/em%C5%A1f-Socialna_farmacija/Predavanja/SF-16_Predstavitev_ZZZS.pdf
45. Ministrstvo za finance Republike Slovenije. (brez datuma). *Blagajne javnega financiranja*. Pridobljeno 28. marca 2018 iz http://www.mf.gov.si/delovna_podrocja/javne_finance/tekoca_gibanja_v_javnih_financah/blagajne_javnega_financiranja/
46. Ministrstvo za zdravje. (2010). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2010*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ekonomika/Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2010.pdf
47. Ministrstvo za zdravje. (2011). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2011*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ekonomika/porocilo_poslovanje_JZZ_2011_240412.pdf
48. Ministrstvo za zdravje. (2012). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2012*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ekonomika/Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2012.pdf
49. Ministrstvo za zdravje. (2013). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2013*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ekonomika/Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2013_-_javnost.pdf
50. Ministrstvo za zdravje. (2014). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2014*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/analize_poslovanja/Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2014_-_javno.pdf
51. Ministrstvo za zdravje. (2015). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2015*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/JZZ_2016/18032016_Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2015.pdf

52. Ministrstvo za zdravje. (2016). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2016*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/jzz/12042017_Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2016.pdf
53. Ministrstvo za zdravje. (2017). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2017*. Pridobljeno 20. aprila 2018 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2017.pdf
54. Mladovsky P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. & McKee, M. (2012). Policy summary 5: *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies).
55. Nacionalni inštitut za javno zdravje - NIJZ. (brez datuma). *Izdana zdravila na recept (IVZ64)*. Pridobljeno 12. avgusta 2018 iz https://podatki.nijz.si/docs/61_MP_RECEPTI_NIJZ.pdf
56. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD. (2000). *A System of Health Accounts*. Paris: OECD Publications Service.
57. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015, 4. november). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
58. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD & European Union – EU. (2016, 23. november). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
59. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2017, 10. november). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
60. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2018a). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
61. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, Eurostat & World Health Organization - WHO. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing.
62. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD. (2018b). *Health Expenditures and Financing*. Pridobljeno 1. marca 2018, iz: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
63. Panteli, D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E., Gerken, S., Henschke, C., Hislop, J., Jommi, C., Kaitelidou, D., Kawalec, P., Keskimäki, I., Kroneman, M., Lopez Bastida, J., Pita Barros, P., Ramsberg, J., Schneider, P., Spillane, S., Vogler, S., Vuorenkoski, L., Wallach Kildemoes, H., Wouters, O. & Busse, R. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries: Review. *Health Systems in Transition* 18(5), 1–118.
64. Pavic, M., Pfeil, M. A. & Szcus, D. T. (2014). Estimating the Potential Annual Welfare Impact of Innovative Drugs in Use in Switzerland. *Front Public Health*, 48.

65. Petrou, P. (2014). The power of r-pharmaceutical sales decomposition in Cyprus public healthcare sector and determinants of drug expenditure evolution: Any lessons learned? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 14(2), 289–300.
66. Podatki o porabi zdravil. (2018). V ZZZS. Pridobljeno 10. junija 2018 iz https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_za_osebne_zdravstvene_namene/podatki_o_porabi_zdravil/
67. Przywara, B. (2010). European Economy. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. *European Commission. Economic Papers* 417.
68. Rednak, A. (2018, 27. september). Kako dolgo bodo zavarovancem še dostopna nova draga zdravila?. *Finance*, str. 4.
69. Reeves, A., McKee, M., Basu, S. & Stuckler, D. (2013). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy* 2014 (115), 1–8.
70. Rovira, J., Tremosa, R., Gilabert, A. & Torralba, M. (2001). The role of prices in drug expenditure analysis. *HEPAC* (4), 142–149.
71. Scientific American. (brez datuma). *What's the difference between brand-name and generics prescription drugs?*. Pridobljeno 28. aprila 2017 iz <https://www.scientificamerican.com/article/whats-the-difference-betw-2004-12-13/>
72. Silič, A. (2012). *Zdravila... od ideje do trženja*. Pridobljeno 27. avgusta 2018, iz http://studentski.net/gradivo/ulj_ffa_fa1_ftu_sno_zdravila__od_ideje_do_trzenja_01?r=1
73. Sood, N., De Vries, H., Gutierrez, I., Lakdawalla, D. & Goldman, D. (2009). The effect of regulation on pharmaceutical revenues: experience in nineteen countries. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1).
74. Thomas, S., Evetovits, T. & Thomson, S. (2015). *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji: Ocena financiranja zdravstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
75. Tuominen, N. (2011). *Patenting Strategies of the EU Pharmaceutical Industry Crossroad between Patent Law and Competition Policy*. Dijver: European Legal Studies.
76. WebMD. (brez datuma). *Generic Drugs: Answers to Common Questions*. Pridobljeno 28. aprila 2017 iz <http://www.webmd.com/healthy-aging/generic-drugs-answers-to-common-questions#1>
77. World Health Organization – WHO. (2015). *Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
78. World Health Organization – WHO. (2018). *Current Health Expenditure as percentage of GDP*. Pridobljeno 4. maja 2018 iz <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEGDPSHA2011v?lang=en>

79. Wu, J., Yue, N. & Xu, W. (2013). Increasing Anti-Effective Drug Expenditure in Tianjin, China: A Decomposition Analysis. *Value in Health regional issues* 2, 37–42.
80. Zore, K. (2008). *Etični problemi razvoja zdravil v farmaciji: klinično preizkušanje v državah v razvoju* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
81. Zver, E., Prevolnik-Rupel, V., Truden Dobrin, P. & Marn, S. (2010). *Uporaba podatkov iz nacionalnih zdravstvenih računov v Sloveniji v preteklih letih*. Pridobljeno 2. aprila 2018, iz http://www.stat.si/StatisticniDnevi/Docs/Radenci%202010/Marn_Uporaba%20NZR-prispevek.pdf
82. Zver, E. H. (2012). *Razvoj nacionalnih zdravstvenih računov za Slovenijo* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
83. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2010, maj). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 8* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
84. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2011, maj). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 9* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
85. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2012, julij). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 10* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
86. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2013, september). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 11* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
87. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2015). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 12* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
88. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2016). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 13* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
89. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2017a). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 14* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
90. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2017b). *Poslovno poročilo za leto 2016*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
91. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2018a). *Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Recept 15* (1). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
92. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2018b). *Pojasnila k podatkom o predpisanih zdravilih*. Pridobljeno 30. avgusta 2018 iz <https://partner.zzs.si/wps/wcm/connect/5975da09-d57d-4247-ada3->

d747e6308733/Pojasnila+k+podatkom+o+predpisanih+zdravilih_i.docx?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE&CACHE=NONE.

93. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (2018c). *Poslovno poročilo za leto 2017*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
94. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (brez datuma a). *Najvišje priznane vrednosti za terapevtske skupine zdravil*. Pridobljeno 28. junija 2018, iz https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/zdravila_zivila/terapevstke_skupine!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08LSzdDAwcDcI8QtwCLI0M3I30C7IdFQF8tBh_/
95. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (brez datuma b). *Razvrščanje zdravil na listo*. Pridobljeno 29. oktobra 2017 iz https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_za_osebne_zdravstvene_namene/razvrscanje_zdravil_in_zivil_na_listo/razvrscanje_zdravil_na_listo!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08_S1CzA0cA90CggzNXIwNDM30C7IdFQG3UxjA/
96. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (brez datuma c). *Splošni dogovori in aneksi*. Pridobljeno 22. avgusta 2018, iz https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi
97. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (brez datuma d). *Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene*. Pridobljeno 29. oktobra 2017 iz https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/zdravila_zivila/zdravila_in_zivila!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zizQx8HT08DQw9DIK9XA08jQPNTI0sjQ0M3I30C7IdFQFaL9P6/
98. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (brez datuma e). *Cene zdravstvenih storitev*. Pridobljeno 7. oktobra 2018 iz https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/cene_zdr_stor!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08LbzCLAwcfYOCFwMzQwM_A31C7IdFQG9Bhtj/
99. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS. (brez datuma f). *Prostovoljno zavarovanje*. Pridobljeno 1. oktobra 2018 iz <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/o/52D9D035D538D7A1C1256D34002A6FBD>

PRILOGE

Priloga 1: Število inovativnih zdravil vključenih v analizo po ATC skupinah

ATC Leto	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	R	S	Skupaj
2008	44	19	44	0	14	11	30	24	6	63	19	5	279
2009	36	18	45	0	11	11	19	24	6	55	19	5	249
2010	32	24	52	0	13	8	16	14	5	49	15	4	232
2011	32	14	56	0	12	10	12	12	6	54	12	3	223
2012	20	26	43	0	11	8	10	13	8	62	11	3	215
2013	24	34	42	0	16	9	10	16	7	62	10	3	233
2014	18	36	44	0	13	7	12	16	5	62	10	3	226
2015	29	35	49	2	13	7	16	18	3	54	12	3	241
2016	32	35	58	2	10	8	17	28	3	48	14	3	258
2017	32	35	70	2	12	9	22	28	6	50	15	3	284

Priloga 2: Seznam zdravil zajetih v analizo

Nacionalna šifra	Ime zdravila
43800	TREDAPTIVE 1000 mg/20 mg tbl. s prirej.sproš?. 196x
43478	Pradaxa 110 mg trde kaps. 10x
43834	TREDAPTIVE 1000 mg/20 mg tbl. s prirej.sproš?. 98x
43770	Relistor 12 mg/0,6 ml razt. za inj. viala 7x
46604	INTELENCE 100 mg tbl. 120x
43796	TREDAPTIVE 1000 mg/20 mg tbl. s prirej.sproš?. 28x
43435	Pradaxa 75 mg trde kaps. 30x
53961	STELARA 45 mg razt.za inj. viala 2 ml 1x
54372	PREZISTA 400 mg film.obl.tbl. 60x
43613	Thalidomide Celgene 50 mg trde kaps. 28x
43486	Pradaxa 110 mg trde kaps. 30x
42951	EXTAVIA 250 mcg/ml viala s praškom 15x + brizga z vehiklom 1,2 ml 15x
47279	Xarelto 10 mg film.obl.tbl.10x
43885	TREDAPTIVE 1000 mg/20 mg tbl. s prirej.sproš?. 56x
47287	Xarelto 10 mg film.obl.tbl. 30x
44865	Janumet 50 mg/850 mg film.obl.tbl. 56x
47830	PRESTANCE 5 mg/10 mg tbl. 30x
53945	AZARGA 10 mg/ml + 5 mg/ml kapljice za oko susp. 5 ml
44890	Janumet 50 mg/1000 mg film.obl.tbl. 56x
47821	PRESTANCE 10 mg/5 mg tbl. 30x
47848	PRESTANCE 5 mg/5 mg tbl. 30x
47813	PRESTANCE 10 mg/10 mg tbl. 30x
43753	Relistor 12 mg/0,6 ml razt. za inj. viala 1x
54216	Rasilez HCT 150mg/25mg film.obl.tbl. 28x
70793	TREDAPTIVE 1000 mg/20 mg tbl. s prirej.sproš?. 196x
54232	Rasilez HCT 300mg/25mg film.obl.tbl. 28x
43524	VOLIBRIS 5 mg film.obl.tbl. 30x
54208	Rasilez HCT 150mg/12,5mg film.obl.tbl. 28x
43540	VOLIBRIS 10 mg film.obl.tbl. 30x
58769	Nplate 250 mcg razt.za inj.viala 1x
54267	Rasilez HCT 300mg/12,5mg film.obl.tbl. 28x
60640	Abstral 600 mcg podjezi?ne tbl. 10x
92274	MULTAQ 400 mg film.obl.tbl. 100x
60470	Abstral 300 mcg podjezi?ne tbl. 10x
60500	Abstral 400 mcg podjezi?ne tbl. 10x
60720	Efient 5 mg film.obl.tbl. 28x
60364	Abstral 100 mcg podjezi?ne tbl. 10x
60437	Abstral 200 mcg podjezi?ne tbl. 10x
102164	Revolade 25 mg film.obl.tbl. 14x
98574	Nplate 250 mcg razt.za inj. viala 1x
102172	Revolade 50 mg film.obl.tbl. 14x
104825	DuoPlavin 75 mg/100 mg film.obl.tbl. 28x
85570	Simponi 50 mg razt.za inj.peresnik 1x
92266	MULTAQ 400 mg film.obl.tbl. 60x
91065	Exforge HCT 5 mg/160 mg/25 mg film.obl.tbl. 28x
102121	STELARA 45 mg razt.za inj.brizga 1x
79413	Onglyza 5 mg film.obl.tbl. 30x
92240	Onbrez Breezhaler 300 mcg prašek za inhal. trde kaps. 30x
60780	Efient 10 mg film.obl.tbl. 28x
98825	TertensifKomb 10 mg/2,5 mg film.obl.tbl. 30x
91081	Exforge HCT 10 mg/320 mg/25 mg film.obl.tbl. 28x
92282	Amaryl 4 mg tbl. 30x
90999	Exforge HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg film.obl.tbl. 28x
92231	Onbrez Breezhaler 150 mcg prašek za inhal. trde kaps. 30x
98787	Bionoliprel 10 mg/2,5 mg film.obl.tbl. 30x
91022	Exforge HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg film.obl.tbl. 28x
56260	Valdoxan 25 mg film.obl.tbl. 28x
92290	Amaryl 6 mg tbl. 30x

48640	Qlaira film.obl.tbl. 28x
105864	Combodart 0,5 mg/0,4 mg trde kaps. 30x
60461	Abstral 300 mcg podjezi?ne tbl. 30x
60682	Abstral 800 mcg podjezi?ne tbl. 10x
50580	ZYPADHERA 210 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. viala 1x
79839	Victoza 6 mg/ml razt.za inj.peresnik 3 ml 3x
50610	ZYPADHERA 300 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. viala 1x
50750	ZYPADHERA 405 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. viala 1x
94463	Concor COR 3,75 mg film.obl.tbl. 30x
98582	Nplate 500 mcg razt.za inj. viala 1x
98710	Minirin Melt 60 mcg peroral.liofilizat 30x
118966	Simponi 50 mg razt.za inj. brizga 1x
98965	Vimpat 50 mg film.obl.tbl. 56x
99139	Vimpat 150 mg film.obl.tbl. 56x
113107	Twynsta 40 mg/10 mg tbl. 28x
98990	Vimpat 100 mg film.obl.tbl. 56x
94153	Cimzia 200 mg razt.za inj. brizga 2x
100005	Vimpat 200 mg film.obl.tbl. 56x
94471	Concor COR 7,5 mg film.obl.tbl. 30x
98701	Minirin Melt 120 mcg peroral.liofilizat 30x
113077	Twynsta 40 mg/5 mg tbl. 28x
113140	Twynsta 80 mg/10 mg tbl. 28x
113123	Twynsta 80 mg/5 mg tbl. 28x
79820	Victoza 6 mg/ml razt.za inj.peresnik 3 ml 2x
94455	Concor COR 1,25 mg film.obl.tbl. 20x
107654	Prolia 60 mg razt.za inj.brizga 1x
124907	Trobalt film.obl.tbl. 50 mg 21x in 100 mg 42x (za?etno zdravlj.)
116068	Eporatio 1000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
55808	Xefo 8 mg film.obl.tbl. 20x
116114	Eporatio 3000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
116084	Eporatio 2000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
124850	Trobalt 50 mg film.obl.tbl. 21x
116130	Eporatio 4000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
116157	Eporatio 5000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
131369	INCIVO 375 mg film.obl.tbl. 168x
117242	PALEXIA SR 250 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
128465	Victrelis 200 mg trde kaps. 336x
128449	TOBI Podhaler 28 mg prašek za inhal.trde kaps. 224x
116173	Eporatio 10.000 i.e./1 ml razt.za inj. brizga 6x
124869	Trobalt 100 mg film.obl.tbl. 21x
119040	Eporatio 20.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1x
111899	Sycrest 5 mg podjezi?ne tbl. 60x
107611	Ursofalk 250 mg/5 ml peroral.susp. 250 ml
123374	XEPLION 50 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. brizga 1x
124877	Trobalt 200 mg film.obl.tbl. 84x
117234	PALEXIA SR 200 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
119067	Eporatio 30.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1x
118664	Targinaect 5 mg/2,5 mg tbl.s podaljš.sproš?. 30x
111910	Sycrest 10 mg podjezi?ne tbl. 60x
123382	XEPLION 75 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. brizga 1x
128490	XGEVA 120 mg razt.za inj. viala 1x
117226	PALEXIA SR 150 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
135127	Xarelto 15 mg film.obl.tbl. 42x
131083	ZYTIGA 250 mg tbl. 120x
117269	PALEXIA SR 50 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
118648	Targinaect 40 mg/20 mg tbl.s podaljš.sproš?. 30x
123390	XEPLION 100 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. brizga 1x
117218	PALEXIA SR 100 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
123404	XEPLION 150 mg susp.za inj.s podaljš.sproš?. brizga 1x

118591	Targinact 10 mg/5 mg tbl.s podaljš.sproš?. 30x
124133	GILENYA 0,5 mg trde kapsule 28x
118621	Targinact 20 mg/10 mg tbl.s podaljš.sproš?. 30x
59927	Ranexa 750 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
123811	Saflutan 15 mcg/ml kapljice za oko razt. enoodmerni vsebnik 0,3 ml 30x
59846	Ranexa 375 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
59889	Ranexa 500 mg tbl.s podaljš.sproš?. 60x
131075	TRAJENTA 5 mg film.obl.tbl. 30x
135119	Xarelto 15 mg film.obl.tbl. 28x
117625	Brilique 90 mg film.obl.tbl. 56x
126314	Pradaxa 150 mg trde kaps. 60x
43494	Pradaxa 110 mg trde kaps. 60x
135135	Xarelto 20 mg film.obl.tbl. 28x
106119	Firazyr 30 mg razt.za inj.brizga 1x
81710	Instanyl 50 mcg/odmerno pršilo za nos razt. 10 odm.
81841	Instanyl 100 mcg/odmerno pršilo za nos razt. 20 odm.
81906	Instanyl 200 mcg/odmerno pršilo za nos razt. 20 odm.
116076	Eporatio 1000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
84239	FIRMAGON 80 mg razt.za inj.viala 1x
143348	Signifor 0,6 mg razt.za inj. ampula 1 ml 60x
84247	FIRMAGON 120 mg razt.za inj.viala 2x
145282	Memantine Merz 10 mg film.obl.tbl. 28x
139128	Modigraf 0,2 mg zmca za peroral.susp. vre?ka 50x
139131	Modigraf 1 mg zmca za peroral.susp. vre?ka 50x
143351	Signifor 0,9 mg razt.za inj. ampula 1 ml 60x
139392	Vimpat 10 mg/ml sirup 200 ml
116106	Eporatio 2000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
145283	Memantine Merz 20 mg film.obl.tbl. 28x
116122	Eporatio 3000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
116149	Eporatio 4000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
142191	PRESTANCE 5 mg/10 mg tbl. 90x
116165	Eporatio 5000 i.e./0,5 ml razt.za inj. brizga 6x
116181	Eporatio 10.000 i.e./1 ml razt.za inj. brizga 6x
119059	Eporatio 20.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1x
140997	Concorasa 10 mg/100 mg trde kaps. 30x
140386	Trimepect 35 mg tbl.s prirej.sproš?. 60x
131334	Zoely 2,5 mg/1,5 mg film.obl.tbl. 84x
142188	PRESTANCE 10 mg/5 mg tbl. 90x
142203	PRESTANCE 5 mg/5 mg tbl. 90x
108138	Daxas 500 mcg film.obl.tbl. 30x
142109	PRESTANCE 10 mg/10 mg tbl. 90x
144951	Jentadueto 2,5 mg/850 mg film.obl.tbl. 60x
126390	ELIQUIS 2,5 mg film.obl.tbl. 20x
141009	Concorasa 5 mg/100 mg trde kaps. 30x
134341	Salofalk 1000 mg sve?ka 30x
126330	Bydureon 2 mg prašek in vehikel za susp.s podaljš.sproš?.za inj. viala 4x
144952	Jentadueto 2,5 mg/1000 mg film.obl.tbl. 60x
141793	Esmya 5 mg tbl. 28x
131326	Zoely 2,5 mg/1,5 mg film.obl.tbl. 28x
107921	Vagifem 10 mcg vaginal.tbl. 18x
144969	Seebri Breezhaler 44 mcg prašek za inhal.trda kaps. 30x
77470	Belara 0,03 mg/2 mg film.obl.tbl. 21x
138980	Effentora 100 mcg bukalne tbl. 4x
139006	Effentora 200 mcg bukalne tbl. 4x
139023	Effentora 400 mcg bukalne tbl. 4x
138994	Effentora 100 mcg bukalne tbl. 28x
139010	Effentora 200 mcg bukalne tbl. 28x
143291	Vyndaqel 20 mg mehke kaps. 30x
145394	Selincro 18 mg film.obl.tbl. 7x

141819	INTELENCE 200 mg tbl. 60x
146272	Tecfidera 120 mg gastrorezist.trda kaps. 14x
144724	Komboglyze 2,5 mg/850 mg film.obl.tbl. 60x
145395	Selincro 18 mg film.obl.tbl. 14x
145469	EXTAVIA 250 mcg/ml viala s praškom+ brizga z vehiklom 1,2 ml 15x
144738	Komboglyze 2,5 mg/1000 mg film.obl.tbl. 60x
139418	EDURANT 25 mg film.obl.tbl. 30x
143365	Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg film.obl.tbl. 30x
119075	Eporatio 30.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1x
145817	Lonquex 6 mg razt.za inj.brizga 0,6 ml 1x
145683	Xtandi 40 mg mehke kaps. 112x
146028	Aubagio 14 mg film.obl.tbl. 28x
146273	Tecfidera 240 mg gastrorezist.trda kaps. 56x
145840	Tenzopril HCT 30 mg/12,5 mg film.obl.tbl. 28x
126403	ELIQUIS 2,5 mg film.obl.tbl. 60x
145206	Betmiga 25 mg tbl.s podaljš.sproš?. 30x
146094	Tolucombi 80 mg/25 mg tbl. 28x
146264	Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
146025	Relvar Elipta 184 mcg/22 mcg prašek za inhal.odm. 30x
145070	Forxiga 10 mg film.obl.tbl. 28x
145926	Cholib 145 mg/40 mg film.obl.tbl. 30x
145925	Cholib 145 mg/20 mg film.obl.tbl. 30x
146024	Relvar Elipta 92 mcg/22 mcg prašek za inhal.odm. 30x
146092	Tolucombi 40 mg/12,5 mg tbl. 28x
145370	Jaydess 13,5 mg intrauterini dostavni sistem 1x
146266	Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
146260	Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
145195	Eliquis 5 mg film.obl.tbl. 60x
146093	Tolucombi 80 mg/12,5 mg tbl. 28x
145922	Ultibro Breezhaler 85 mcg/43 mcg prašek za inhal.trde kaps. 30x
146258	Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
145207	Betmiga 50 mg tbl.s podaljš.sproš?. 30x
145939	Vipdomet 12,5 mg/850 mg film.obl.tbl. 56x
145909	Vipidia 25 mg film.obl.tbl. 28x
146282	Adempas 1,5 mg film.obl.tbl. 42x
145907	Vipidia 12,5 mg film.obl.tbl. 28x
146281	Adempas 1 mg film.obl.tbl. 42x
145399	Esbriet 267 mg trde kaps. 63x
145940	Vipdomet 12,5 mg/1.000 mg film.obl.tbl. 56x
145917	Incrasync 25 mg/30 mg film.obl.tbl. 28x
146283	Adempas 2 mg film.obl.tbl. 42x
103489	Lutinus 100 mg vaginalne tbl. 21x
145045	TESTIM 50 mg transdermal.gel tuba 5 g 30x
105392	Toctino 10 mg mehke kaps. 30x
146432	Olysio 150 mg trde kaps. 28x
143520	APO-go 5 mg/ml raztopina za inf.brizga 10 ml 5x
146794	Exviera 250 mg film.obl.tbl. 56x
146795	Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg film.obl.tbl. 56x
146274	Sovaldi 400 mg film.obl.tbl. 28x
146882	Harvoni 90 mg/400 mg film.obl.tbl. 28x
142157	Fampyra 10 mg tbl.s podaljš.sproš?. 28x
146284	Adempas 2,5 mg film.obl.tbl. 42x
145400	Esbriet 267 mg trde kaps. 252x
105406	Toctino 30 mg mehke kaps. 30x
146718	Stayveer 125 mg film.obl.tbl. 56x
146207	Valcyte 450 mg film.obl.tbl. 60x
117196	PALEXIA 50 mg film.obl.tbl. 60x
146172	Tivicay 50 mg film.obl.tbl. 30x
146408	RoActemra 162 mg razt.za inj. brizga 4x

146644	Triumeq 50 mg/600 mg/300 mg fil.obl.tbl. 30x
146561	Ramelso 5 mg/10 mg trde kaps. 28x
146697	Bydureon 2 mg prašek in vehikel za susp.s podaljš.sproš?.peresnik 4x
146560	Ramelso 2,5 mg/5 mg trde kaps. 28x
145054	Bretaris Genuair 322 mcg/odm.prašek za inhal. 60 odm.
146439	Jardiance 25 mg film.obl.tbl. 30x
142160	Fampyra 10 mg tbl.s podaljš.sproš?. 56x
146210	Xigduo 5 mg/1.000 mg film.obl.tbl. 56x
146558	Ramelso 10 mg/10 mg trde kaps. 28x
145452	Dymista 137 mcg/50 mcg na vpih pršilo za nos susp. 120 odm.
145357	Tresiba 200 enot/ml razt.za inj. peresnik (FlexTouch) 3 ml 3x
146417	ANORO 55 mcg/22 mcg prašek za inhal. 30 odm.
145356	Tresiba 100 enot/ml razt.za inj. peresnik (FlexTouch) 3 ml 5x
146559	Ramelso 10 mg/5 mg trde kaps. 28x
146562	Ramelso 5 mg/5 mg trde kaps. 28x
146599	Vesomni 6 mg/0,4 mg tbl.s prirej.sproš?. 30x
146438	Jardiance 10 mg film.obl.tbl. 30x
146904	Sivextro 200 mg film.obl.tbl. 6x
146280	Adempas 0,5 mg film.obl.tbl. 42x
146823	Otezla 30 mg film.obl.tbl. 168x
145943	Imnovid 3 mg trde kaps. 21x
147230	Akynzeo 300 mg/0,5 mg trda kaps. 1x
146208	Valcyte 50 mg/ml prašek za peroral.razt. 100 ml
146765	Signifor 40 mg prašek za susp.za inj. viala 1x
138841	Cayston 75 mg prašek in vehikel za inhal.razt.za nebulator viala 84x + nebulator
146613	Plegridy 125 mcg razt.za inj. brizga 2x
146612	Plegridy 63 mcg razt.za inj.peresnik 1x+Plegridy 94 mcg razt.za inj.peresnik 1x
146821	Otezla film.obl.tbl. 10 mg 4x, 20 mg 4x, 30 mg 19x pak.za za?.zdravljenja
146717	Stayveer 62,5 mg film.obl.tbl. 56x
146852	Colobreathe 1.662.500 i.e. prašek za inhal.trda kaps. 56x
145944	Imnovid 4 mg trde kaps. 21x
146615	Plegridy 125 mcg razt.za inj. peresnik 2x
146963	Eporatio 20.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1x
146563	Xenazine 25 mg tbl. 112x
146822	Otezla 30 mg film.obl.tbl. 56x
146853	Trulicity 0,75 mg razt.za inj.peresnik 2x
147276	Statriam 40 mg/10 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
146168	Brintellix 5 mg film.obl.tbl. 28x
147103	Rosmela 15 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
147272	Statriam 10 mg/5 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
146988	Synjardy 12,5 mg/850 mg film.obl.tbl. 60x
147273	Statriam 20 mg/5 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
147107	Rosmela 20 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
147275	Statriam 20 mg/10 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
147274	Statriam 20 mg/10 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
147109	Rosmela 20 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
146986	Synjardy 5 mg/850 mg film.obl.tbl. 60x
146989	Synjardy 12,5 mg/1000 mg film.obl.tbl. 60x
146209	Xigduo 5 mg/850 mg film.obl.tbl. 56x
146845	Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg prašek za inhal. 60 odm.
146169	Brintellix 10 mg film.obl.tbl. 28x
146793	Cosentyx 150 mg razt.za inj.peresnik 2x
102130	STELARA 90 mg razt.za inj.brizga 1x
147099	Rosmela 10 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
146987	Synjardy 5 mg/1000 mg film.obl.tbl. 60x
146617	Simbrinza 10 mg/ml + 2 mg/ml kapljice za oko susp. 5 ml
147333	Spolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg/vdih razt. za inhal. 60 razprškov (30 odm.)
146856	Trulicity 1,5 mg razt.za inj.peresnik 2x
147533	Translarna 125 mg zrnca za peroral.susp. vrečka 30x

147979	Odefsey 200 mg/25 mg/25 mg film.obl.tbl. 30x
146611	Plegridy 63 mcg razt.za inj.brizga 1x+Plegridy 94 mcg razt.za inj.brizga 1x
146957	Eporatio 1000 i.e./0,5 ml razt.za inj.brizga 6x
147050	HEMANGIOL 3,75 mg/ml peroral.razt. 120 ml
146870	Xultophy 100 enot/ml + 3,6 mg/ml razt.za inj. peresnik 3 ml 5x
147534	Translarna 250 mg zrca za peroral.susp. vrečka 30x
146766	Signifor 60 mg prašek za susp.za inj. viala 1x
146958	Eporatio 2000 i.e./0,5 ml razt.za inj.brizga 6x
113255	VPRIV 400 enot prašek za razt.za inf. viala 1x
118672	Targinact 5 mg/2,5 mg tbl.s podaljš.sprošč. 60x
147340	Praluent 75 mg razt.za inj. peresnik 2x
146959	Eporatio 3000 i.e./0,5 ml razt.za inj.brizga 6x
147450	Cosyrel 10 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
147564	Raxone 150 mg film.obl.tbl. 180x
147834	Zinbryta 150 mg razt.za inj. brizga 1x
146961	Eporatio 5000 i.e./0,5 ml razt.za inj.brizga 6x
118656	Targinact 40 mg/20 mg tbl.s podaljš.sprošč. 60x
146960	Eporatio 4000 i.e./0,5 ml razt.za inj.brizga 6x
146406	Incruse 55 mcg prašek za inhal. 30 odm.
118613	Targinact 10 mg/5 mg tbl.s podaljš.sprošč. 60x
147729	Descovy 200 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
148044	Amcandin 8 mg/10 mg trde kaps. 28x
118630	Targinact 20 mg/10 mg tbl.s podaljš.sprošč. 60x
146962	Eporatio 10.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 6x
147890	ZEPATIER 50 mg/100 mg film.obl.tbl. 28x
147887	Epclusa 400 mg/100 mg film.obl.tbl. 28x
148141	ZYTIGA 500 mg film.obl.tbl. 60x
148046	Amcandin 16 mg/10 mg trde kaps. 28x
146964	Eporatio 30.000 i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1x
147084	Repatha 140 mg razt.za inj.peresnik 2x
147341	Praluent 150 mg razt.za inj. peresnik 2x
146912	REZOLSTA 800 mg/150 mg film.obl.tbl. 30x
104833	ADENURIC 80 mg film.obl.tbl. 28x
147420	Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
148043	Amcandin 8 mg/5 mg trde kaps. 28x
148045	Amcandin 16 mg/5 mg trde kaps. 28x
147730	Descovy 200 mg/25 mg film.obl.tbl. 30x
147422	ADENURIC 80 mg film.obl.tbl. 28x
147708	Taltz 80 mg razt.za inj. peresnik 1x
147978	Lenzetto 1,53 mg/razpršek transdermal.pršilo razt. 56 odm.
147626	Telfast 120 mg film.obl.tbl. 30x
147449	Cosyrel 5 mg/10 mg film.obl.tbl. 30x
147360	Entresto 97 mg/103 mg film.obl.tbl. 56x
147012	Crinone 80 mg/g vaginal.gel aplikator 15x
147358	Entresto 24 mg/26 mg film.obl.tbl. 28x
147448	Cosyrel 5 mg/5 mg film.obl.tbl. 30x
147359	Entresto 49 mg/51 mg film.obl.tbl. 56x
146869	Xultophy 100 enot/ml + 3,6 mg/ml razt.za inj. peresnik 3 ml 3x
93351	Panadol 500 mg film.obl.tbl. 12x
9415	SALOFALK 250 mg svečka 10x
29726	Jurnista 4 mg tbl. s podaljš.sprošč. 28x
22993	VFEND 50 mg film.obl.tbl. 28x
15512	ZAVESCA 100 mg trdne kaps. 84x
51	Enbrel 25 mg inj.razt. v brizgi 4x
30619	Actrapid 100 i.e./ml viala 10 ml
77364	REQUIP 0,25 mg tbl. 210x
61328	Aranesp 15 mcg razt.za inj.brizga 0,375 ml 1x
31453	ZEMPLAR 1 mcg mehke kaps. 28x
24139	Kaletra 133,3 mg/33,3 mg mehke kaps. 180x

2461	Mixtard 20 Penfill 100 i.e./ml susp.za inj. vložek 3 ml 5x
60224	Enbrel 25 mg prašek in vehikel za inj.razt. 4x
99500	STRATTERA 10 mg trde kaps. 7x
61239	Aranesp 10 mcg razt.za inj.brizga 0,4 ml 1x
29254	VFEND 40 mg/ml prašek za peroral.susp. 70 ml
24198	Kaletra (80 mg +20 mg)/ml peroral.razt.plastenka 60 ml 5x
31461	ZEMPLAR 2 mcg mehke kaps. 28x
29718	Jurnista 4 mg tbl. s podaljš.sprošč.14x
3220	Mixtard 50 Penfill 100 i.e./ml susp.za inj. vložek 3 ml 5x
97543	ARAVA 100 mg film.obl.tbl. 3x
69027	Mixtard 20 NovoLet 100 i.e./ml susp.za inj. peresnik 3 ml 5x
70297	VENTAVIS 10 mcg/ml inhal.razt.za nebulator ampula 2 ml 30x
19895	RAPAMUNE 1 mg obl.tbl. 30x
99513	STRATTERA 18 mg trde kaps. 7x
81345	SOMAVERT 10 mg viala in vehikel za pripravo inj. 30x
84093	TRACLEER 62,5 mg film.obl.tbl. 56x
34681	APIDRA OptiSet 100 i.e./ml inj.peresnik 3 ml 5x
23213	REQUIP 0,25 mg film.obl.tbl. 21x
14613	PegIntron 50 mcg prašek in vehikel za razt.za inj.peresnik 4x
61549	Aranesp 100 mcg razt.za inj.brizga 0,5 ml 1x
10308	ZIAGEN 300 mg film.obl.tbl. 60x
28444	CEFZIL 250 mg film.obl.tbl. 10x
16144	FUZEON 90 mg/ml viala 60x
24392	Pegasys 135 mcg razt.za inj.brizga 0,5 ml 1x
3190	Mixtard 40 Penfill 100 i.e./ml susp.za inj. vložek 3 ml 5x
15709	Noxafil 40 mg/ml peroral.susp.105 ml
16233	CYSTADANE 1 g peroral.prašek 180 g
61522	Aranesp 80 mcg razt.za inj.brizga 0,4 ml 1x
70572	SOMAVERT 20 mg viala in vehikel za pripravo inj. 30x
20052	ROFERON-A 18 mio i.e./0,6 ml vložek 1x
84107	TRACLEER 125 mg film.obl.tbl. 56x
23167	REQUIP 0,5 mg film.obl.tbl. 21x
18929	XYREM 500 mg/ml peroral.razt. 180 ml
61565	Aranesp 150 mcg razt.za inj.brizga 0,3 ml 1x
19593	Mixtard 50 NovoLet 100 i.e./ml susp.za inj. peresnik 3 ml 5x
14125	Enbrel 25 mg/ml prašek in vehikel za inj.razt.za otroke 4x
64505	Alvesco 160 mcg inhal.razt.pod tlakom 120 vpihov
15598	PREZISTA 300 mg film.obl.tbl. 120x
61344	Aranesp 20 mcg razt.za inj.brizga 0,5 ml 1x
28436	VIDEX EC 400 mg trde gastrorezist.kaps. 30x
61506	Aranesp 50 mcg razt.za inj.brizga 0,5 ml 1x
24619	VFEND 200 mg film.obl.tbl. 28x
99544	STRATTERA 60 mg trde kaps. 28x
99527	STRATTERA 25 mg trde kaps. 28x
30082	Actonel 75 mg film.obl.tbl. 6x
14095	Baraclude 0,5 mg film.obl.tbl. 30x
20320	CONCERTA 54 mg tbl. s podaljš.sprošč. 30x
65072	Tenzopril 7,5 mg film.obl.tbl. 28x
35483	Duodopa 20 mg/ml + 5 mg/ml intestinalni gel 100 ml 7x
14621	PegIntron 80 mcg prašek in vehikel za razt.za inj.peresnik 4x
7293	Clexane 10.000 anti-Xa i.e./1 ml razt.za inj.brizga 1 ml 2x
61395	Aranesp 30 mcg razt.za inj.brizga 0,3 ml 1x
70416	PegIntron 120 mcg prašek in vehikel za razt.za inj.peresnik 4x
86126	Jurnista 8 mg tbl.s podaljš.sprošč. 14x
83860	Prograf 5 mg trde kaps. 30x
99530	STRATTERA 40 mg trde kaps. 28x
61476	Aranesp 40 mcg razt.za inj.brizga 0,4 ml 1x
70424	PegIntron 150 mcg prašek in vehikel za razt.za inj.peresnik 4x
61514	Aranesp 60 mcg razt.za inj.brizga 0,3 ml 1x

116	Jurnista 16 mg tbl.s podaljš.sprošč. 14x
68195	Jurnista 32 mg tbl.s podaljš.sprošč. 28x
62057	REYATAZ 150 mg trde kaps. 60x
2844	IntronA 18 mio i.e. inj.peresnik 1x
65854	EMEND 1 kaps.125mg + 2 kaps. 80mg
19569	Mixtard 40 NovoLet 100 i.e./ml susp.za inj. peresnik 3 ml 5x
9814	Norditropin SimpleXx 5mg/1,5ml razt.za inj.vložek 1x
5819	Augmentin 500 mg/125 mg film.obl.tbl. 10x
28452	CEFZIL 500 mg film.obl.tbl. 10x
7153	Clexane 2.000 anti- Xa i.e./0,2 ml razt.za inj.brizga 0,2 ml 2x
10863	SERETIDE 25 mcg/50 mcg /vpih inhal.susp.pod tlakom120 odm.
10766	EPREX 40.000 i.e./ml razt.za inj. viala 1 ml 1x
20494	Ebixa 5 mg/pritisk peroral.razt. 50 ml
8699	REBETOL 200 mg trde kaps. 168x
14648	PegIntron 100 mcg prašek in vehikel za razt.za inj.peresnik 4x
15482	KEPPRA 100 mg/ml peroral.razt. 300 ml
36781	Augmentin SR 1000 mg/62,5 mg film.obl.tbl.s podaljš.sprošč. 28x
10294	ZEFFIX film.obl.tbl. 100 mg 28x
16756	EMSELEX 15 mg tbl.s podaljš.sprošč. 98X
22950	Ursofalk 250 mg kaps. 100x
18406	Mimpara 60 mg film.obl. tbl. 28x
16802	Revatio 20 mg film.obl.tbl. 90x
34673	Apidra 100 i.e./ml vložek 3 ml 5x
23159	REQUIP 1 mg film.obl.tbl. 21x
20150	CONCERTA 18 mg tbl. s podaljš.sprošč. 30x
9792	Norditropin SimpleXx 10mg/1,5ml razt.za inj.vložek 1x
93793	VALTRES 500 mg film.obl.tbl. 10x
70734	Salofalk 250 mg svečka 30x
25763	REQUIP-MODUTAB 2 mg tbl.s podaljš.delov. 28x
28460	CEFZIL 250 mg/5 ml zrnca za peroral.susp. 60ml
9466	Salofalk 500 mg svečka 30x
7285	Clexane 8.000 anti-Xa i.e./0,8 ml razt.za inj.brizga 2x
19712	Forsteo 20 mcg/80 mcl razt.za inj. peresnik 2,4 ml 1x
61891	Levemir 100 e./ml razt.za inj. vložek 3 ml 5x
61867	Neulasta 6 mg razt.za inj. brizga 10 mg ml 0,6 ml 1x
11711	Copaxone 20 mg/ml razt.za inj. brizga 28x
66354	STALEVO 50 mg/12,5 mg/200 mg film.obl.tbl. 30x
14109	Baraclude 1 mg film.obl.tbl. 30x
24384	Pegasys 180 mcg razt.za inj.brizga 0,5 ml 1x
33561	STOCRIN 600 mg film.obl.tbl.plastenka 30x
79006	Avelox 400 mg film.obl.tbl. 7x
18384	Mimpara 30 mg film.obl. tbl. 28x
10553	Sevredol 20 mg film.obl.tbl. 56x
61581	Aranesp 300 mcg razt.za inj.brizga 0,6 ml 1x
10545	Sevredol 10 mg film.obl.tbl. 56x
97047	ARAVA 10 mg film.obl.tbl. 30x
6424	ZINNAT 250 mg/5 ml zrnca za peroral.susp.100 ml
70432	ZOMETA 4 mg/5 ml konc.za razt.za inf. 1x
45594	Salofalk 500 mg gastrorezist.zrnca s podaljš.sprošč. vrečka 100x
55328	KEPPRA 250 mg film.obl.tbl. 60x
83852	Prograf 1 mg trde kaps. 60x
14990	Dilatrend 3,125 mg tbl. 28x
9172	SEROXAT 20 mg film.obl.tbl. 30x
9806	Norditropin SimpleXx 15mg/1,5ml razt.za inj.vložek 1x
18538	Kaletra 200 mg/50 mg film.obl.tbl.120x
5967	Augmentin 400 mg/57 mg v 5 ml peroral.susp. okus jagoda 70 ml
20290	CONCERTA 36 mg tbl. s podaljš.sprošč. 30x
64416	RAPTIVA 100mg/ml prašek in inj.brizga s topilom 4x
23086	REQUIP 5 mg film.obl.tbl. 21x

7250	Clexane 6.000 anti-Xa i.e./0,6 ml razt.za inj.brizga 0,6 ml 2x
70602	LYRICA 25 mg trde kaps. 56x
2836	IntronA 60 mio i.e. inj.peresnik 1x
40010	REMINYL 4 mg film.obl.tbl. 56x
24252	Concor COR 10 mg film.obl.tbl. 30x
32476	Nebido 1000 mg/4 ml razt.za inj. ampula 4 ml 1x
16942	PROCORALAN 7,5 mg film.obl.tbl. 56x
25755	REQUIP-MODUTAB 4 mg tbl.s podaljš.delov. 28x
1686	Insulatard Penfill 100 i.e./ml susp.za inj. vložek 3 ml 5x
16713	EMSELEX 7,5 mg tbl.s podaljš.sprošč. 98X
13412	NovoMix 30 Penfill 100 i.e./ml inj. 3 ml vložek za peresnik 5x
15490	KIVEXA 600 mg/300 mg film.obl.tbl. 30x
66117	Actrapid Penfill 100 i.e./ml razt.za inj.vložek 3 ml 5x
10898	SERETIDE 25 mcg/125 mcg/vpih inhal.susp.pod tlakom 120 odm.
93785	VALTRES 500 mg film.obl.tbl. 42x
7889	Avelox 400 mg film.obl.tbl. 5x
13811	AERIUS 0,5 mg/ml sirup 150 ml
14117	Enbrel 50 mg inj.razt. brizga 4x
14575	EVRA 203 mcg/24 ur + 33,9 mcg/24 ur transdermal.obliž. 3x
23035	REQUIP 2 mg film.obl.tbl. 21x
70815	LYRICA 300 mg trde kaps. 56x
39225	Androtop 50 mg gel v blazinici 30x
60	DuoTrav 40 mcg/ml + 5 mg/ml kapljice za oko razt. 2,5 ml
66621	STALEVO 150 mg/37,5 mg/200 mg film.obl.tbl. 30x
55794	Symbicort Turbuhaler 80 mcg /4,5 mcg na odmerek prašek za inhal. 120 odm.
64483	Alvesco 80 mcg inhal.razt.pod tlakom 120 vpihov
17108	HUMIRA 40 mg razt.za inj. brizga 2x
66575	STALEVO 100 mg/25 mg/200 mg film.obl.tbl. 30x
55603	Atacand 4 mg tbl. 28x
40037	REMINYL 8 mg film.obl.tbl. 56x
3549	Detrunorm 15 mg obl.tbl. 28x
9385	Salofalk 250 mg gastrorezist.tbl. 100x
14273	PRITORPLUS 40 mg/12,5 mg tbl. 28x
80136	AVANDIA 4 mg film.obl.tbl. 28x
16896	PROCORALAN 5 mg film.obl.tbl. 56x
45551	Salofalk 1000 mg gastrorezist.zrnca s podaljš.sprošč. vrečka 100x
40045	REMINYL 12 mg tbl. 56x
45543	Salofalk 1000 mg gastrorezist.zrnca s podaljš.sprošč. vrečka 50x
5894	Augmentin 875 mg/125 mg film.obl.tbl. 10x
70866	AZILECT 1mg tbl. 28x
8788	SERETIDE DISKUS 50 mcg/100 mcg na odmerek prašek za inhal.60 odm.
50822	ZYPREXA VELOTAB 5 mg orodisperz.tbl. 28x
20435	Ebixa 10 mg film.obl. tbl. 56x
3611	Seroquel 25 mg film.obl.tbl. 60x
49778	Salofalk 4 g rektalna susp. 60 ml 7x
97535	ARAVA 20 mg film.obl.tbl. 30x
61743	Aranesp 500 mcg razt.za inj.brizga 1 ml 1x
16780	Seroquel 300 mg film.obl.tbl. 60x
62103	ABILIFY 10 mg tbl. 28x
50857	ZYPREXA VELOTAB 15 mg orodisperz.tbl. 28x
55492	KEPPRA 1000 mg film.obl.tbl. 60x
16721	EMSELEX 15 mg tbl.s podaljš.sprošč. 28X
40142	MINIRIN 0,2 mg tbl. 30x
93866	Climara 50 mcg/24 ur transdermal.obliž. 4x
50873	ZYPREXA VELOTAB 20 mg orodisperz.tbl. 28x
16284	Foster 100/6 mcg na sprožitev inhal.razt.pod tlakom 120 odm.
3018	Mixtard 30 Penfill 100 i.e./ml susp.za inj. vložek 3 ml 5x
8923	Sortis 10 mg film.obl.tbl. 30x
55468	KEPPRA 500 mg film.obl.tbl. 60x

7161	Clexane 4.000 anti-Xa i.e./0,4 ml razt.za inj.brizga 0,4 ml 2x
62146	ABILIFY 15 mg tbl. 28x
7927	Depakine chrono 300 mg tbl.s podaljš.sprošč.100x
3638	Seroquel 100 mg film.obl.tbl. 60x
8974	Sortis 20 mg film.obl.tbl. 30x
64866	LUMIGAN 0,3 mg/ml kapljice za oko razt. 3 ml 1x
13277	Lantus OptiSet 100 i.e./ml razt.za inj. peresnik 3ml 5x
19801	Avodart 0,5 mg mehke kaps. 90x
3646	Seroquel 200 mg film.obl.tbl. 60x
14303	PRITORPLUS 80 mg/12,5 mg tbl. 28x
50849	ZYPREXA VELOTAB 10 mg orodisperz.tbl. 28x
70785	LYRICA 150 mg trde kaps. 56x
20419	Ebixa 10 mg film.obl. tbl. 28x
4707	Dilatrend 6,25 mg tbl. 28x
4715	Dilatrend 12,5 mg tbl. 28x
24244	Concor COR 5 mg film.obl.tbl. 30x
30414	MicardisPlus 40 mg/12,5 mg tbl. 28x
79138	Atacand Plus 16 mg/12,5 mg tbl. 28x
14559	EZETROL 10 mg tbl. 100x
19135	BEROTEC N 100 mcg inhal.razt. 200 odmerki 10 ml
83011	Sortis 80 mg film.obl.tbl. 30x
29890	AVAMYS 27,5 mcg/vpih pršilo za nos 120x
35963	PREXANIL COMBI 4mg/1,25mg tbl. 30x
13013	NovoRapid Penfill 100 enot/ml razt.za inj. vložek 3 ml 5x
64661	CYMBALTA 30 mg trde gastorezist. kaps. 28x
16705	EMSELEX 7,5 mg tbl.s podaljš.sprošč. 28X
21644	Dilatrend 25 mg tbl. 28x
70629	LYRICA 75 mg trde kaps. 56x
9180	SEROXAT 30 mg film.obl.tbl. 30x
2402	Monopril 10 mg tbl. 28x
40703	Crestor 40 mg film.obl.tbl. 28x
55638	Atacand 8 mg tbl. 28x
19011	Lantus 100 i.e./ml vložki za inj. peresnik OptiPen 3ml 5x
83038	Symbicort Turbuhaler 320 mcg/9 mcg na odmerek pašek za inhal. 60 odm.
13714	Nexium 20 mg gastorezist.tbl. 14x
34916	Alvesco 160 mcg inhal.razt.pod tlakom 60 vpihov
51179	Insulatard FlexPen 100 i.e./ml susp.injekc.peresnik 3 ml 5x
67350	Actonel enkrat tedensko 35 mg film.obl.tbl. 4x
10901	SERETIDE 25 mcg/250 mcg/vpih inhal.susp.pod tlakom 120 odm.
24120	Sortis 40 mg film.obl.tbl. 30x
7943	Depakine chrono 500 mg tbl.s podaljš.sprošč.30x
61921	Levemir 100 e./ml razt.za inj. peresnik 3 ml 5x
64734	PROTELOS 2 g zmca za peroral.susp. 28 vrečk
24929	Monopril PLUS 20 mg/12,5 mg tbl. 28x
24864	TRAVATAN 40 mcg/ml kapljice za oko razt. 2,5 ml
13773	Nexium 40 mg gastorezist.tbl. 14x
18104	AZOPT 10 mg/ml kaplice za oko susp. 5 ml
80705	Actrapid NovoLet 100 i.e./ml razt.za inj.peresnik 3 ml 5x
13307	CARDURA XL 4 mg tbl.s podaljš.sprošč. 28x
9407	Salofalk 500 mg gastorezist.tbl. 100x
55611	Atacand 16 mg tbl. 28x
1791	Activelle 1 mg/0,5 mf film.obl.tbl. 28x
30422	MicardisPlus 80 mg/12,5 mg tbl. 28x
13331	CARDURA XL 8 mg tbl.s podaljš.sprošč. 28x
53384	Insulatard NovoLet 100 i.e./ml susp.za inj. peresnik 3 ml 5x
14133	NOLIPREL 2 mg/0,625 mg tbl. 30x
64688	CYMBALTA 60 mg trde gastorezist. kaps. 28x
12483	TRITAZIDE 2,5 mg/12,5 mg tbl. 28x
8796	SERETIDE DISKUS 50 mcg/250 mcg na odmerek prašek za inhal.60 odm.

4561	NovoRapid FlexPen 100 enot/ml razt.za inj.peresnik 3 ml 5x
14540	EZETROL 10 mg tbl. 30x
2666	COSOPT 20 mg/5 mg v 1 ml kaplj.za oko razt. z OCUMETER PLUS kapal.plasten. 5 ml
55786	Symbicort Turbuhaler 160 mcg /4,5 mcg na odmerek prašek za inhal. 120 odm.
8818	SERETIDE DISKUS 50 mcg/500 mcg na odmerek prašek za inhal.60 odm.
32778	XYZAL 5 mg film.obl.tbl. 30x
13730	Nexium 20 mg gastrorezist.tbl. 28x
38237	Lactecon 3,335 g/5 ml peroral.razt. 500 ml
8303	Cordarone 200 mg tbl. 60x
18279	Betaserc 24 mg tbl. 50x
12491	TRITAZIDE 5 mg/25 mg tbl. 28x
24236	Concor COR 2,5 mg film.obl.tbl. 30x
13781	Nexium 40 mg gastrorezist.tbl. 28x
23868	SPIRIVA 18 mcg prašek za inhal. kaps. 30x+vdihovalnik
40614	Crestor 20 mg film.obl.tbl. 28x
13390	NovoMix 30 FlexPen 100 i.e./ml susp.za inj. 3 ml peresnik 5x
19259	Mixtard 30 NovoLet 100 i.e./ml susp.za inj. peresnik 3 ml 5x
37729	BIOPREXANIL 10 mg film.obl.tbl. 30x
14141	NOLIPREL FORTE 4 mg/1,25 mg tbl. 30x
77895	Zaldiar 37,5 mg/325 mg film.obl.tbl. 20x
19100	AERIUS 5 mg film.obl.tbl. 30x
37753	BIOPREXANIL 5 mg film.obl.tbl. 30x
82996	PAROXAT 20 mg film.obl.tbl. 30x
15520	BONVIVA 150 mg film.obl.tbl. 3x
15601	FOSAVANCE 70 mg/2.800 i.e. tbl. 4x
23574	DIAPREL MR 30 mg tbl.s prirejen.sprošč. 60x
40592	Crestor 10 mg film.obl.tbl. 28x
2410	Monopril 20 mg tbl. 28x
38695	Omnice Ocas 0,4 mg film.obl.tbl s podaljš.sprošč. 30x
63754	Lacipil 4 mg film.obl.tbl. 28x
5371	Tertensif SR 1,5 mg film.obl.tbl. s podaljš.sprošč.30x
1783	Mirena 20 mcg/24 ur intrauterini dostavni sistem 1x