

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**PRIBLIŽEVANJE SLOVENIJE EVROPSKI UNIJI TER VPLIVI NA
ZDRAVSTVO, TRG ZDRAVIL IN FARMACEVTSKO INDUSTRIJO**

Ljubljana, oktober 2002

JURE KORENT

KAZALO

1. UVOD.....	1
2. SLOVENSKI ZDRAVSTVENI SISTEM.....	2
2.1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	2
2.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	4
2.3. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V ŠTEVILKAH.....	6
2.3.1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	6
2.3.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	12
3. PRIMERJAVA SLOVENIJE IN ČLANIC EU.....	14
3.1. PRIMERJALNI PODATKI SLOVENIJE IN ČLANIC EU.....	14
3.1.1. DEMOGRAFSKI PODATKI.....	14
3.1.2. ZDRAVSTVENE ZMOGLJIVOSTI.....	16
3.1.3. EKONOMSKI KAZALCI.....	18
4. TRG ZDRAVIL.....	21
4.1. ZNAČILNOSTI TRGA ZDRAVIL.....	21
4.2. IZDATKI ZA ZDRAVILA.....	24
5. FARMACEVTSKA INDUSTRIJA.....	29
5.1. ZNAČILNOSTI FARMACEVTSKE INDUSTRIJE.....	29
5.2. SLOVENSKA IN EVROPSKA FARMACEVTSKA INDUSTRIJA.....	30
5.3. PRAVNO OKOLJE FARMACEVTSKE INDUSTRIJE.....	35
5.3.1. PATENTNA ZAKONODAJA.....	36
5.3.2. REGISTRACIJA ZDRAVIL.....	37
6. SKLEP.....	38
7. LITERATURA.....	41
8. VIRI.....	42

1. UVOD

Približevanje Slovenije Evropski uniji je osrednja politična in gospodarska tema vse od vzpostavitve diplomatskih odnosov med Slovenijo in EU leta 1992. Za formalno članstvo je Slovenija zaprosila šele leta 1996, ko se je začela Slovenija tudi pospešeno in načrtno pripravljati na vstop. Za vključevanje v EU pa mora Slovenija izpolnjevati kriterije, kot so demokratični sistem, urejena in skladna zakonodaja, neodvisno sodstvo, tržno gospodarstvo ter sprejetje političnih, ekonomskih in monetarnih ciljev EU. Te pogoje Slovenija že skoraj v celoti izpolnjuje, njen glavni problem pa je izpolnjevanje maastrichtskih kriterijev. Po njih mora imeti Slovenija stabilno valuto, nižje obrestne mere, 3-5% inflacijo, proračunski primanjkljaj ne sme presegati 3% letnega BDP, javni dolg Slovenije pa ne sme preseči 60% letnega BDP. Tako bi se Slovenija približala t. i. "štirim svobodam": PROSTEMU PRETOKU BLAGA, OSEB, KAPITALA in STORITEV.

Diplomsko delo vsebuje obravnavo našega zdravstvenega sistema, farmacevtske industrije in trga zdravil, kjer se srečujeta prej omenjena sektorja. Ključno vprašanje, na katerega skušam odgovoriti pri obravnavi zdravstva v Sloveniji, je, kako bo vstop Slovenije v EU vplival na naš zdravstveni sistem in slovensko farmacevtsko industrijo. V delu bom zajel tudi analizo primerjave slovenskega zdravstva z evropskim. Splošno znano je, da je naše zdravstvo v nezavidljivem položaju, saj mu kronično primanjkuje sredstev. Zaradi omenjene trditve in vse slabših razmer v zdravstvu ta del zajema tudi analizo poslovanja ZZZS¹ od leta 1998 do 2001.

Tretji del diplomske naloge prikazuje razvitost zdravstva v Sloveniji oziroma katero mesto zavzema Slovenija v tem okviru v primerjavi s članicami EU. Začenjam s prikazom demografskih podatkov, saj so le-ti eni ključnih kazalcev trenda in povpraševanja po zdravstvenih storitvah ter farmacevtskih izdelkih. Sledi primerjava zdravstvenih zmogljivosti, kar nam prikaže stopnjo razvitosti zdravstva v državah EU ter Sloveniji. Z ekonomskimi kazalci na koncu skušam pojasniti, zakaj se kažejo odstopanja v razvitosti zdravstva pri nas in članicah EU.

Sledi analiza trga zdravil, kjer se srečujeta ZZZS in farmacevtska industrija. Oba imata na trgu svoje potrebe in cilje, ki pa se večkrat izključujejo in pripeljejo do nasprotnih interesov. Ker imajo stroški zdravil visok trend rasti, jih skuša ZZZS zaustaviti na več načinov. Temu ostro nasprotuje farmacevtska industrija, saj je večja poraba zdravil "voda na njihov mlin". V tem poglavju primerjam tudi naš trg zdravil in trg zdravil članic EU ter skušam predvideti trend in razmere na trgu zdravil po vstopu Slovenije v EU.

Na koncu sledi analiza še drugega akterja na trgu zdravil - slovensko farmacevtsko industrijo. Kot ena bolj reguliranih in najdonosnejših industrij prinaša Sloveniji velik tržni

¹ ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

potencial, od katerega je odvisnih precej ljudi. V delu skušam predstaviti in zagovarjati mnenje, da moramo prav zaradi prej omenjenega tej industriji, vsaj na domačem trgu zdravil, omogočiti čim boljše zaščito pred tujimi konkurenti. Poudariti moramo, da imajo podobno prakso tudi zahodne države. Za konec pa bom na podlagi prostega pretoka blaga, storitev in kapitala znotraj EU skušal prikazati priložnosti naših farmacevtskih podjetij.

2. SLOVENSKI ZDRAVSTVENI SISTEM

Ob družbenih spremembah v začetku devetdesetih let se je pokazala potreba tudi po spremembi zdravstvenega sistema v naši državi. Seveda se je ob spremembi zdravstvenega varstva spreminjala tudi politika države do farmacevtske panoge.

Zdravstvo je spremenilo svojo politiko iz orientiranosti na zdravljenje bolezni na orientiranost promocije zdravega življenja. V začetku marca leta 1992 je bila sprejeta nova zakonodaja za področje zdravstva in zdravstvenega zavarovanja. Najpomembnejše spremembe so bile opustitev tedanjega sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedba obveznega ter prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, imenovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v javni zavod in uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki ima možnosti opravljati storitve tudi v okviru javne zdravstvene službe (Kogovšek Vidmar 2000, str. 28).

ZZZS postane s tem tudi nosilec oz. izvajalec obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in drugih zavarovalnin. Zavod je javni zavod, ki ga upravlja skupščina, ki je sestavljena iz izvoljenih predstavnikov delodajalcev, vlade in zavarovancev. Določene izvršilne naloge opravlja njen upravni odbor. Poslovodni organ je generalni direktor, ki ga s soglasjem državnega zbora imenuje skupščina. Skupščina, upravni odbor in generalni direktor v skladu s statutom, zakonom in drugimi pravnimi pravili sprejemajo odločitve, razen na področjih, ki jih nadzira in uravnava država sama. Finančno poslovanje ZZZS po zakonu nadzorujejo računsko sodišče, proračunska inšpekcija in odbor državnega zbora za nadzor proračuna in javnih financ.

2.1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

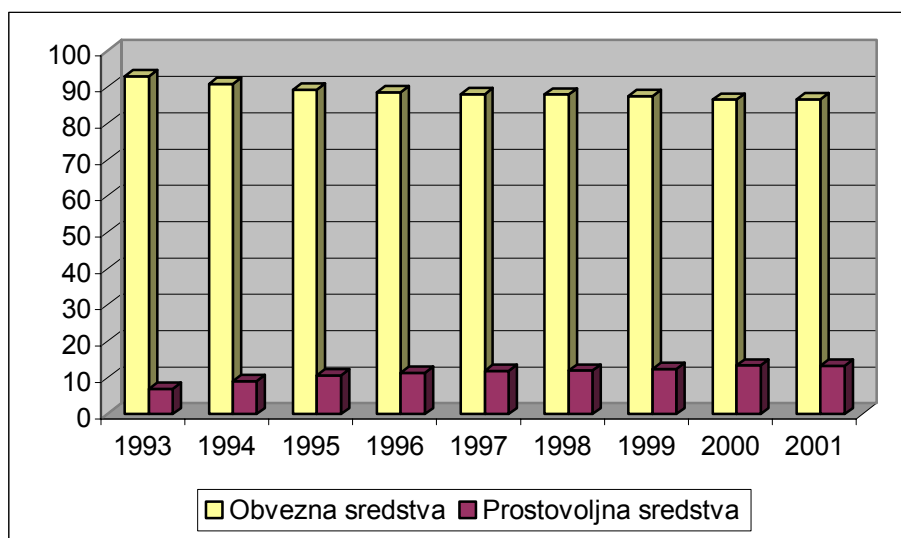
Obvezno zdravstveno zavarovanje je osnovno zdravstveno zavarovanje. Državljanom nudi le del zdravstvenih storitev in pravic. Iz obveznega zavarovanja sta zavarovanim osebam zagotovljena dva sklopa pravic: pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih nadomestil, ki obsegajo nadomestila za začasno odsotnost z dela nad 30. delovnim dnevom, potne stroške, pogrebne in posmrtnine.

Pravice denarnih nadomestil dosegajo okoli 10 odstotkov vseh odhodkov Zavoda na letni ravni (30 milijonov tolarjev). Najvišji postavko med njimi predstavljajo nadomestila plač. Na tem področju bodo v bodoče potrebne velike spremembe v zakonih in v praksi, saj se slovenska zakonodaja na tem področju močno razlikuje od tiste, ki velja v državah EU. Pri tem ne gre za razlike v temeljnih pravicah, temveč za razlike pri določenih pogojih in vidikih ugotavljanja teh pravic, kot so npr. višina izplačanih nadomestil, časovni limiti in čakalni dnevi (dnevi odsotnosti, za katere se nadomestila ne izplačujejo).

Na področju zdravstvenih storitev so zavarovancem v celoti zagotovljeni preventivni pregledi in storitve (sistematični pregledi, ukrepi za preprečevanje nalezljivih bolezni, ukrepi za zgodnje odkrivanje nekaterih bolezni), zdravljenje zaradi poklicnih bolezni ali poškodb pri delu, nujna medicinska pomoč, prevozi, zdravljenje na domu in v socialnih zavodih, zdravljenje nalezljivih bolezni, zdravljenje v tujini, zdraviliško zdravljenje, zdravljenje raka in še nekaterih pogostih bolezni, zdravila z list in medicinsko-tehnični pripomočki (ortopedski, očesni, slušni).

Pregled in primerjava stanja v drugih državah zahodne Evrope kaže, da glede pravic do zdravstvenih storitev slovenski zavarovanci nimamo večjih ugodnosti ali pravic. V večini držav EU je uveljavljanje storitev, podobno kot pri nas, povezano z doplačili. Značilno pa je, da so doplačila za določene storitve in zdravila znatno višja kakor v državah EU. Zoper tveganje dodatnih plačil se je pri nas možno zavarovati z eno od oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Na sliki 1 je vidno, kako so se povečevala zasebna sredstva (prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Sredstva so se od leta 1993 do leta 2001 praktično podvojila.

Slika 1: Gibanje deleža prostovoljnih in obveznih sredstev zdravstvenega zavarovanja v letih od 1993 do 2001



Opomba: Pri podatkih za Prostovoljna sredstva gre samo za sredstva Vzajemne.

Vir: Poslovno poročilo ZZSZ za leto 2001, str. 19.

V Sloveniji smo glede razpoložljivosti posameznih pravic do zdravstvenih storitev približno na isti ravni kot v primerljivih državah v osnovni zdravstveni dejavnosti in še v nekaterih drugih dejavnostih, delno pa zaostajamo pri dostopnosti do nekaterih specialističnih (ambulantnih in bolnišničnih) storitev ter do najzahtevnejših storitev diagnostike in terapije (transplantologija, kardiologija). Nekateri primeri neupravičenega uveljavljanja pravic (nenujni prevozi, nekatera zdravila in pripomočki) pa kažejo bolj na nedoslednost v uresničevanju predpisov obveznega zdravstvenega zavarovanja kot pa na preobsežnost pravic. Res pa je, da mora biti Slovenija ob vstopu v EU primerljiva z drugimi članicami, tako v doslednosti izvajanja zakonov in v primerljivi zakonodaji kot tudi v dostopnosti zdravstvenih storitev.

Vsi državljani RS imajo zagotovljeno obvezno zdravstveno zavarovanje. Tisti, ki so aktivni, imajo prispevno stopnjo 13,45 odstotka od bruto plače. Od tega 6,36 odstotka plača delojemalec, 6,56 odstotka pa delodajalec, ki nosi še dodatnih 0,53 odstotka za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Upokojenci plačujejo prispevek 6,36 odstotka njihove bruto pokojnine. Prispevek za kmete je odvisen od njihovega katastrskega dohodka. Za šolarje, študente, nezaposlene in druge kategorije je plačnik država oz. občina, v kateri imajo stalno prebivališče (Letno poročilo ZZZS 2001, str. 40).

Sredstva, zbrana iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, so pri nas še pred nekaj leti predstavljala več kot 90 odstotkov vseh sredstev v zdravstvu. Financiranje zdravstva v EU je različno, v povprečju pa se giblje okoli 75 odstotkov sredstev iz obveznega in 25 odstotkov iz prostovoljnega zavarovanja. Slika 1 kaže, da se počasi, a vztrajno približujemo povprečju EU.

2.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

S prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem nam je uspelo v zadnjih letih v zdravstvu pridobiti znatna sredstva. To pomeni, da se je nivo našega zavedanja zdravja povečeval, in pričakovati je, da bo tako tudi v prihodnje. V prostovoljno zavarovanje se vključi vsak zavarovanec sam, in sicer tako, da sprejme pogoje zavarovatelja.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bil nosilec obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja povsem različnih vrst zavarovanj. Zato je državni zbor sprejel dopolnitve zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Tako je nastala družba Vzajemna d.d., ki je pričela s sklepanjem zavarovanj 1. 11. 1999. Na ZZZS pa so se prenesli premoženje, obveznosti in terjatve, ki so se nanašali na prostovoljna zdravstvena zavarovanja po stanju na dan 30. 10. 1999.

Drugi ponudnik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je zavarovalna družba Adriatic d.d., ki ima dokaj majhen delež v slovenskem zdravstveno-zavarovalniškem kolaču. Točnega števila zavarovancev za prostovoljno zavarovanje ni možno ugotoviti, ker se

število spreminja iz meseca v mesec. Lahko pa ga ocenimo glede na povprečno stanje v letu, tako ima zavarovalnica Vzajemna okoli 1,2 milijona, Adriatic pa okoli 250 000 zavarovancev.

Poznamo več vrst prostovoljnega zavarovanja:

- Prostovoljna zdravstvena zavarovanja z doplačilom: poznamo jih več vrst, bistvo vseh pa je, da so to zavarovanja za doplačilo razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov, katerih plačilo zavarovancu zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, in polno vrednostjo teh zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov. Zavarovanja niso namenjena zdravljenju poklicnih bolezni in poškodb, ki so nastale na delovnem mestu.
- Nadstandardna zavarovanja: (Vzajemna ima nadstandardno zavarovanje A in B, Adriatic pa v tem segmentu ponuja zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter zavarovanja za dodatne pravice). Nadstandardno zavarovanje A nam ponuja kakovostnejše bivanje v bolnicah ter povračilo stroškov zahtevnejših zdravstvenih pripomočkov, materialov in zdravil. Nadstandardno zavarovanje B pa nam zagotovi vračilo stroškov v samoplačniški ambulanti, vključno z zdravili, ki jih predpiše lečeči zdravnik.
- Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje (ponuja ga samo Vzajemna d.d.): ta vrsta zavarovanj je namenjena tistim osebam, ki si po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Tu gre predvsem za tujce, ki nimajo enakih možnosti kakor državljani Slovenije, ki jim obvezno zdravstveno zavarovanje omogoči država, če so seveda brez stalne zaposlitve.
- Zdravstvena zavarovanja v tujini (nudijo jih vse zavarovalnice v povezavi s tujimi zavarovalnimi družbami).

Z vstopom v EU se nam obeta še trženje dodatnih in preciznejših zdravstvenih zavarovanj. Posebna pozornost se bo posvečala preračunavanju premij za vsak rizični razred posebej, prav tako bo preciznost potrebna pri izračunavanju na področju zavarovanja doplačil za zdravila, saj je velika razlika v porabi med kroničnim bolnikom in relativno zdravim zavarovancem. Ker se v zadnjih letih opaža povečanje porabe zdravil, s katerim se sorazmerno večjajo tudi stroški za zdravila, lahko v kratkem oz. kmalu po vstopu v EU pričakujemo izjemno visoke zneske premij za kronične bolnike. Pri nas zaenkrat obe zavarovalnici še poslujeta po principu solidarnosti, vendar bo konkurenca kot posledica odprtosti trga po vstopu v EU verjetno prisilila tako ZZZS kot tudi Vzajemno in Adriatic k spremembi principa solidarnosti (Kogovšek Vidmar, 2000, str. 31).

2.3. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V ŠTEVILKAH

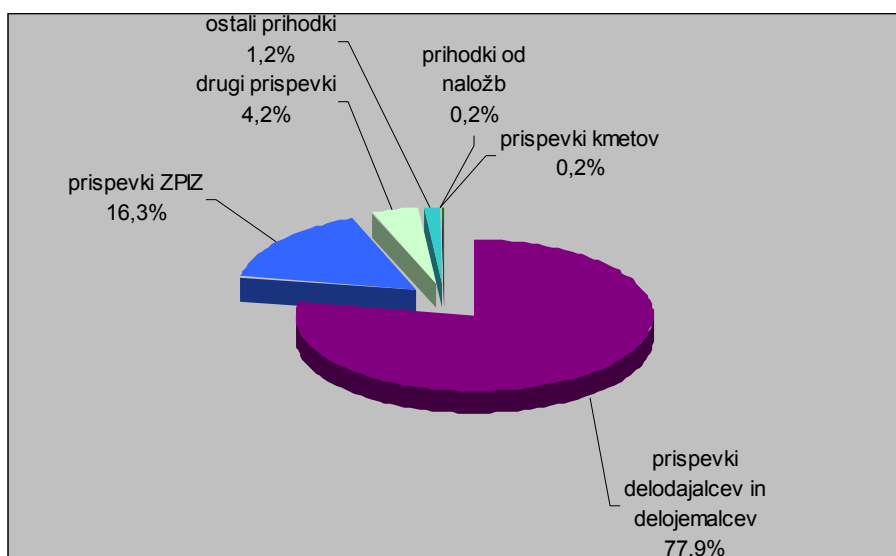
Znano je, da je edini ponudnik obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS. Poudariti je treba, da ni možno v celoti ugotoviti vseh sredstev, ki so bila v enem letu namenjena v zdravstvene namene, kajti veliko plačil je neposrednih plačil v zdravstvo, katerih ni možno ugotoviti. Ugotovljiva so le sredstva, ki jih zbere Zavod in obe zavarovalnici za prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

2.3.1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Zavod se že od konca leta 1999 sooča s pomanjkanjem sredstev oziroma so konec leta 1999 odhodki presegli prihodke. Razkorak med prihodki in odhodki je čedalje večji, napovedi Zavoda pa so zaskrbljujoče. Vsakoletni primanjkljaj se povečuje iz leta v leto. V letu 2000 je presežek odhodkov nad prihodki znašal 3 milijarde tolarjev, leta 2001 pa že 11,75 milijard tolarjev. Poudariti moramo, da ima Zavod že od same ustanovitve probleme z izterjavo nekaterih zapadlih obveznosti. Neplačane obveznosti se iz leta v leto povečujejo, tako da Zavod težko napove, kdaj in ali sploh bo dolg plačan.

Zavod je imel vsa leta enako oz. podobno strukturo prihodkov glede na kategorije zavezancev. Prispevki delodajalcev in delojemalcev se skozi leta gibljejo od 75 do 80 odstotkov, prispevki ZPIZ so vedno okoli 16 odstotkov, prispevki kmetov in prihodki od naložb so pod 1 odstotkom, medtem ko se ostali prihodki in drugi prispevki gibljejo od 1 do 5 odstotkov in so odvisni od razmer v obravnavanem letu. Prav takšno strukturo prihodkov Zavoda v letu 2001 nam prikazuje slika 2.

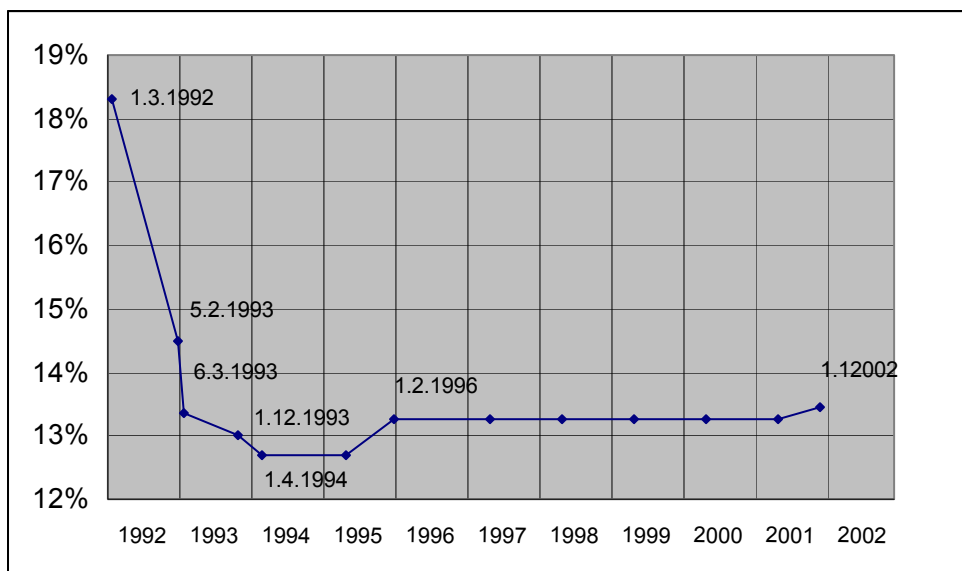
Slika 2: Struktura prihodkov Zavoda po kategorijah zavezancev v letu 2001



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001, str. 48.

Slika 3 prikazuje, da se je prispevna stopnja zaradi začasnih presežkov prihodkov nad odhodki med letoma 1992 in 1994 štirikrat znižala. Na začetku leta 1996 se je prvič povečala na 13,25% in ostala nespremenjena vse do leta 2000. Taka prispevna stopnja je Zavodu zagotavljala nemoteno poslovanje ob vsakoletnih sprejetih varčevalnih ukrepih in prestrukturiranju programov.

Slika 3: Pregled gibanja prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje med letoma 1992 in 2001

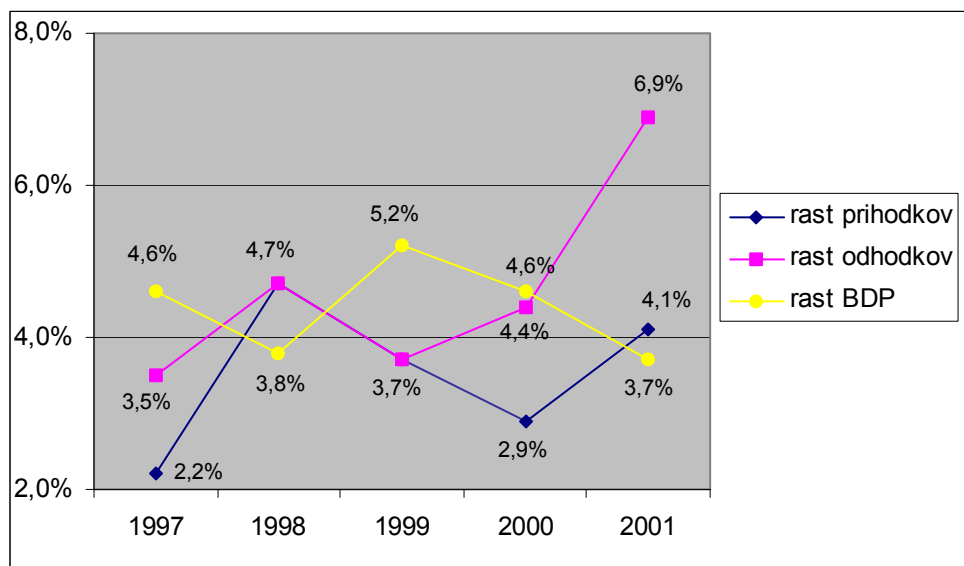


Vir: Poslovno poročilo ZZSZ za leto 2000, str. 36, in 2001, str. 40.

Zavod je že v letu 1998 zaznal neugodna gibanja in pritiske na povečane izdatke. Pri tem gre za gibanja (povečanje plač v zdravstvu, realna rast izdatkov za zdravila, širjenje zdravstvenih programov zaradi naraščajočih potreb prebivalstva, ki so posledica demografskih in socialno-ekonomskih pojavov), na katere Zavod kot strokovna institucija nima vpliva. Konec leta 2001 je državni zbor RS sprejel povišanje prispevne stopnje, in sicer na 13,45%, vendar je Zavod že ob sprejemu te prispevne stopnje opozarjal, da takšna prispevna stopnja ne zadostuje za financiranje vseh obveznosti brez zadolževanja in nadaljnjih primanjkljajev. Zlasti pa je Zavod opozarjal, da ne bo omogočeno uresničevanje usmeritve, ki jo je sprejel državni zbor RS v nacionalnem programu zdravstvenega varstva na priporočilo Evropske unije, po katerem naj bi delež javnih sredstev za zdravstvo znašal blizu 7% BDP.

Kako neugodno je razmerje rasti prihodkov, odhodkov in BDP, lahko vidimo na sliki 4. Pokaže nam, da se je razmerje v zadnjih letih porušilo. Tako je rast odhodkov v zadnjih dveh letih kar dvakrat višja od rasti prihodkov Zavoda. Prav tako so odhodki neuravnoteženi z rastjo BDP. Razmerje med prihodki in stopnjo BDP pa je dokaj uravnoteženo. Obstajajo sicer manjša odstopanja, vendar ne predstavljajo prevelike rasti prihodkov glede na rast BDP.

Slika 4: Realna rast prihodkov in odhodkov Zavoda v primerjavi z realno rastjo BDP med letoma 1997 in 2001



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001, str. 42.

Tabela 1: Prihodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje v letih 1998, 1999, 2000 in 2001, razčlenjeni na prihodke po kategorijah zavezancev, v 1000 SIT

PRIHODKI	REALIZACIJA	REALIZACIJA	REALIZACIJA	REALIZACIJA
	1998	1999	2000	2001
1. Prispevki delodajalcev in delojemalcev	169.262.015	187.594.538	210.292.840	234.948.477
2. Prispevki ZPIZ	35.269.186	39.527.954	44.313.378	49.115.603
3. Prispevki kmetov	1.041.683	1.060.009	908.853	748.546
4. Drugi prispevki	5.440.038	5.484.659	6.002.243	12.756.068
SKUPAJ PRISPEVKI	211.012.921	233.667.160	261.517.314	297.568.694
5. Prihodki od naložb	1.429.087	1.120.140	1.284.585	609.267
6. Ostali prihodki	3.932.794	3.764.732	4.557.104	3.486.138
7. Notranje financiranje KZZ	364.790	-	-	-
DRUGI PRIHODKI	5.726.671	4.884.872	5.841.689	4.095.405
SKUPAJ PRIHODKI	216.739.592	238.552.032	267.359.004	301.664.099
INDEKSI		1999/1998	2000/1999	2001/2000
1. Prispevki delodajalcev in delojemalcev		111	112	112
2. Prispevki ZPIZ		112	112	111
3. Prispevki kmetov		102	86	82
4. Drugi prispevki		101	109	213
SKUPAJ PRISPEVKI		111	112	114
5. Prihodki od naložb		78	115	47
6. Ostali prihodki		96	121	77
7. Notranje financiranje KZZ		-	-	-
DRUGI PRIHODKI		85	120	70
SKUPAJ PRIHODKI		110	112	113

Opomba: - ni podatka

Vir: Poslovna poročila ZZZS za leta 1998, 1999, 2000 in 2001.

V tabeli 1, ki nam prikazuje stanje posameznih vrst prihodkov Zavoda od leta 1998 do leta 2001, vidimo, da se celotni prihodki obveznega zdravstvenega zavarovanja povečujejo iz leta v leto. To je predvsem posledica nenehnega razvoja gospodarstva, priključevanja Slovenije EU, sprememb prispevnih stopenj in vse večjih potreb v zdravstvu. Slovenija se nenehno prilagaja zdravstvu v EU, posledica tega so tudi večji izdatki. Tabela 2 pa nam prikazuje stanje posameznih vrst odhodkov od leta 1998 do 2001.

Leto 1998 je bilo za Zavod prelomno. Sredi leta je bil v državnem zboru sprejet zakon, po katerem je moral Zavod ustanoviti posebno družbo in nanjo prenesti vsa prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Tako je bila ustanovljena Vzajemna d.d., ki se ukvarja samo s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Iz tabel 1 in 2 lahko vidimo, da je dobiček na strani obveznega zdravstvenega zavarovanja znašal 478 milijonov tolarjev. Zavod je v tem letu glede na prejšnje leto dosegel veliko rast prihodkov. Rast je bila posledica rasti plač v Sloveniji v višini 9,6% in razširitve prispevne osnove v višini 2%. Povečanje odhodkov v letu 1998 lahko vidimo v tabeli 2. Pripisemo pa jih lahko povečanju odhodkov za zdravstvene storitve, ki so predvsem posledica povečanja plač v zdravstvu, in povečanju odhodkov za zdravila in medicinske pripomočke, ki so v tem letu predstavljali 15,7% vseh odhodkov. Slednje je posledica demografskega stanja prebivalstva, kar pomeni, da lahko takšen trend odhodkov pričakujemo tudi v prihodnje.

Rast plač in povečanje prispevne osnove sta tudi v letu 1999 vplivala na 10% rast prihodkov Zavoda. Razlika prihodkov nad odhodki je v tem letu znašala kar 732 milijonov tolarjev, kar je 53% povečanje glede na leto 1998. Za 10% so se v tem letu povečali tudi odhodki. Povečanje odhodkov gre zopet pripisati predvsem povečanju plač v zdravstvu in povečanju izdatkov za zdravila ter povečanju materialnih stroškov, ki so posledica uvedbe DDV. Vsi podatki so vidni v tabelah 1 in 2.

Do konca leta 1999 je Zavod ob tedanji prispevni stopnji in ob sicer vsakoletnih varčevalnih ukrepih, kot so zmanjšanje kadrov, strožja uporaba zdravil in zmanjšanje bolnišničnih postelj, posloval dokaj nemoteno. Tudi leto 2000 je za poslovanje Zavoda prelomno. V tem letu se je poslabšala mesečna likvidnost Zavoda, vendar Zavod v tem letu še ni imel velikih likvidnostnih težav.

Prihodki leta 2000 so bili glede na prejšnje leto višji za dobrih 12%. Takšno rast gre pripisati 11,9% rasti prihodkov od prispevkov, ki so zopet porasli zaradi rasti plač (10,6%) in povečanja prispevne osnove (1,3%). Kakor v prejšnjih letih so tudi v letu 2000 glavni krivci povečanih odhodkov povečevanje plač v zdravstvu, povečanje materialnih stroškov (vpliv celoletnega DDV) ter neugodni demografski trendi. Zaradi slednjih se predvsem povečujejo odhodki za zdravila in tehnične pripomočke.

V tabeli 2 lahko vidimo, da je v tem letu opazen 15% porast odhodkov za zdravstvene storitve, kar lahko, kot je bilo že zapisano, pripisemo demografskim dejavnikom, saj so se

povečevali odhodki za osnovno zdravstveno dejavnost in za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje. Prav tako dosegajo 15% rast odhodki za zdravila, ki so posledica rasti cen zdravil. Ne moremo mimo 152% povečanja odhodkov za delo Zavoda. Povečane odhodke gre pripisati večjim materialnim stroškom in večjim plačam v zdravstvu. Konec leta 2000 je bil končan tudi projekt kartice zdravstvenega zavarovanja, kateremu je Zavod v tem letu namenil dobre 2,4 milijarde tolarjev. Vse izboljšave (kot je npr. kartica zdravstvenega zavarovanja), ki jih je Zavod izpeljal v letih 1998, 1999 in 2000, so posledica lažje in boljše kontrole podatkov ter posredno tudi dvigovanja ravni zdravstva. Raven zdravstva pa bo morala biti čimbolj podobna tistim v zahodnih državah. Vse navedbe so prikazane v tabelah 1 in 2.

V letu 2001 se je Zavod soočal z neugodnimi trendi tako na prihodkovni kot na odhodkovni strani. Zaradi tega sta bila sprejeta dva rebalansa finančnega načrta Zavoda za leto 2001. Prvi rebalans je bil sprejet junija in je bil posledica povečanja plač v zdravstvu konec leta 2000. Drugi pa je bil sprejet decembra kot posledica ugotovljenih velikih odstopanj prihodkov in odhodkov od načrtovanih. Prvič v svojem devetletnem obstoju se je moral Zavod zaradi mesečnih nelikvidnosti zadolževati, vendar konec leta Zavod ni izkazoval neto zadolževanja. Primanjkljaj v letu 2001 je izčrpal likvidnostne presežke za kratkoročne naložbe Zavoda, zato bo morala vlada čimprej preučiti stanja in sprejeti sklepe, ki bodo vodili k uravnoveženju prihodkov in odhodkov.

V tabelah 1 in 2 lahko vidimo, kako slabo je bilo poslovanje Zavoda v letu 2001, saj je ta končal poslovanja s kar 11,75 milijarde tolarjev izgube. Tabela 1 nam prikazuje, kako so rasli posamezni prihodki v letu 2001. Celotni prihodki so v tem letu zabeležili 12,8% rast, od tega je 11,8% posledica rasti prispevne osnove in 2% posledica spremembe zakona o prispevkih za socialno varnost.

Rast celotnih odhodkov v letu 2001 je vidna v tabeli 2. Celotni odhodki so se v tem letu povišali kar za 16%. Tako veliko povečanje lahko v največji meri pripišemo rasti odhodkov za zdravila. V tem letu so se odhodki za zdravila povečali za kar 23%. Takšno povečanje je posledica novega pravilnika določanja cen zdravil, ki je bil sprejet konec leta. Po njem se cene zdravil oblikujejo tako, da se izberejo najcenejša istovrstna zdravila v primerjalnih državah. Na podlagi izračuna povprečne cene teh zdravil pa je za Slovenijo določena cena zdravila v višini 95% izračunane cene. Pred spremembo je ta odstotek znašal 85% povprečja cen. Sprejetje pravilnika je povečalo odhodke Zavoda ter povečalo zaslužke farmacevtov.

Povečanje odhodkov v letu 2001 je posledica tudi večjih odhodkov lekarniške dejavnosti in povišanja plač v zdravstvu. Prvi so bili glede na prejšnje leto večji kar za 28%. Takšna rast je posledica dviga cene lekarniških storitev in povišanja plač farmacevtov. Povišanje plač v zdravstvu leta 2001 je Zavod stalo 10,6 milijarde tolarjev.

Tabela 2: Odhodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje v letih 1998, 1999, 2000 in 2001 v 1000 SIT

ODHODKI	REALIZACIJA	REALIZACIJA	Indeks	REALIZACIJA	Indeks	REALIZACIJA	Indeks
	1998	1999	1999/1998	2000	2000/1999	2001	2001/2000
1. Osnovna zdravstvena dejavnost	39.963.133	45.224.223	113	51.765.590	114	56.910.056	110
2. Specialistično amb. in boln. zdravljenje	92.731.924	103.180.004	111	118.802.869	115	137.100.452	115
3. Zdraviliško zdravljenje	2.701.726	2.931.973	109	2.679.147	91	3.108.773	116
4. Lekarniška dejavnost	3.092.334	3.605.694	117	3.953.645	110	5.079.195	128
5. Dejavnost socialnih zavodov	9.557.400	10.876.892	114	12.339.760	113	14.402.680	117
6. Dodatni program	730.000	270.000	37	838.631	311	873.790	104
SKUPAJ ZDR. STORITVE	148.776.517	166.088.787	112	190.370.641	115	217.474.946	114
7. Zdravila in ortopedski pripomočki	33.914.267	37.434.234	110	42.892.567	115	51.420.993	120
- za zdravila	26.396.534	29.030.467	110	33.372.675	115	41.186.615	123
- za medicinske pripomočke	6.038.568	6.792.741		7.500.614		8.088.015	
- za preskrbo s krvjo in socialno medicino	1.479.165	1.611.026		2.019.278		2.146.363	
8. Zdravljenje v tujini	240.053	409.402	171	530.629	130	515.839	97
9. Konvencije	3.007.993	2.435.907	81	1.366.890	56	3.060.987	224
SKUPAJ OSTALA ZDR. DEJAVNOST	37.162.313	40.279.543	108	44.790.086	111	54.997.819	123
10. Delo ZZZS	4.780.271	5.008.475	105	7.623.917	152	9.481.688	94
11. Odhodki za KZZ	364.790	927.279	254	2.432.685	262	-	
12. Drugi odhodki	25.542.536	25.450.524	99	25.194.306	99	31.443.130	125
- za nadomestila odsotnosti	20.483.052	20.552.281		22.737.256		28.947.441	
- za pogrebne, posmrtnine	1.612.535	1.775.201		1.921.418		1.938.772	
- za potne stroške, dnevnice	460.803	408.383		535.632		556.917	
- za ostalo	2.986.146	2.714.659		-		-	
13. Stroški epidemije gripe	-	65.217		-		-	
14. Obresti od zadolževanja	-	-		-		1.273	
15. Ostalo	-	-		-10.504		19.000	
SKUPAJ ODHODKI	216.261.636	237.819.823	110	270.401.131	114	313.417.856	116

Opomba: - ni podatka

Viri: Poslovna poročila ZZZS za leta 1999, 2000 in 2001.

2.3.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Vzajemna in Adriatic sta edina ponudnika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Kot je bilo že omenjeno, ima Vzajemna okoli 1,2 milijonov zavarovancev, Adriatic pa okoli 250 000. Sorazmerno s številom zavarovancev se gibljejo tudi prihodki oz. odhodki.

Tabela 3: Prihodki in odhodki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji za leti 1999 in 2000 v 1000 SIT

	Leto 1999 Vzajemna	Leto 1999 Adriatic	Leto 1999 SKUPAJ	Leto 2000 Vzajemna	Leto 2000 Adriatic	Leto 2000 SKUPAJ
PRIHODKI	38.654.892	6.325.035	44.979.927	42.214.046	7.986.705	50.200.751
- od premij	37.540.293	6.290.512	43.830.805	40.876.963	7.958.730	48.835.693
- od naložb	760.787	34.412	795.199	1.337.083	27.881	1.364.964
- ostali	6.419	111	6.530	-	94	94
- izredni	347.393	-	347.393	-	-	-
ODHODKI	35.488.099	5.192.249	40.680.348	41.503.777	7.276	41.511.053
- za škode	29.776.966	3.703.684	33.480.650	35.297.868	4.767	35.302.635
- obrat.stroški	2.045.488	1.287.471	3.332.959	2.883.863	1.663	2.885.526
- od naložb	18.819	184.960	203.779	190.096	110	190.206
- sprem.čist.tehn.rez.	850.000	-3.716	846.284	443.802	608	444.410
- ostali čisti zav.odh.	19.613	19.850	39.463	18.637	128	18.765
- sprem.izravn.rezerv.	587.449	-	587.449	2.669.511	-	2.669.511
- ostali odh.red.dela	577.956	-	577.956	-	-	-
- izredni	1.611.808	-	1.611.808	-	-	-

Opomba: - ni podatka

Vir: Poslovna poročila Vzajemne in Adriatica za leti 1999 in 2000.

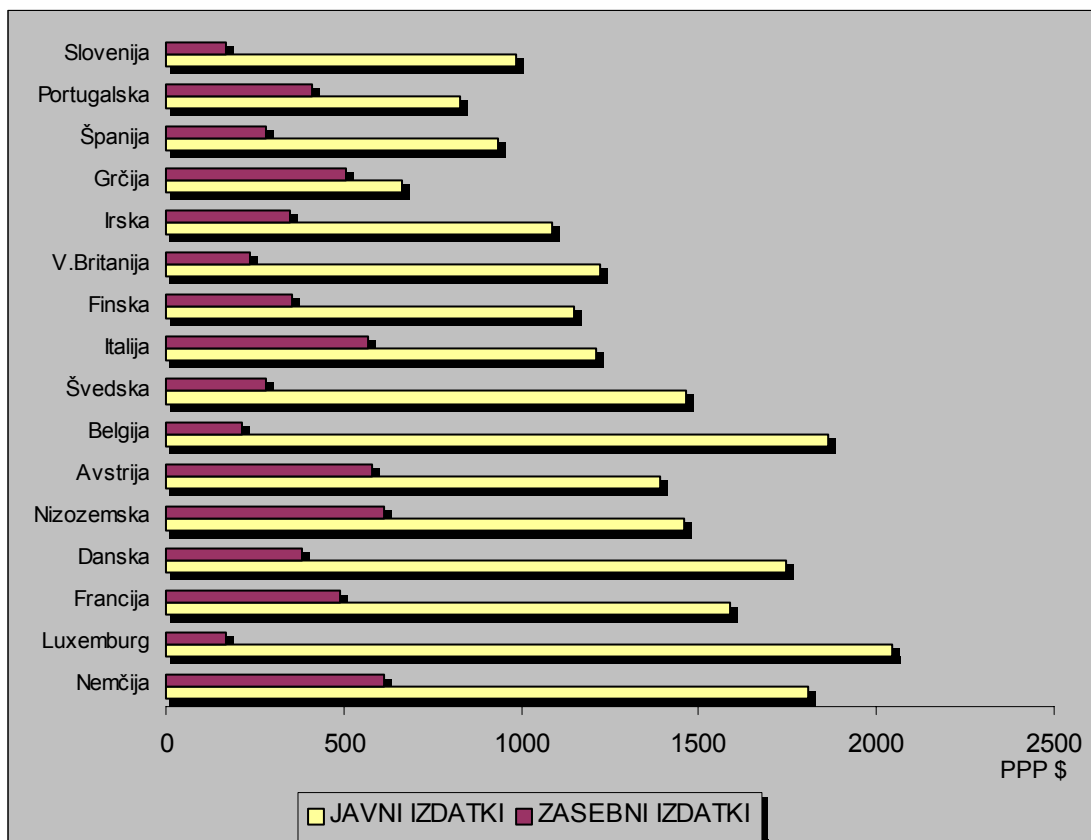
Podatki, zajeti v tabeli 3, so v nekaterih postavkah težko primerljivi, kajti Vzajemna in Adriatic ne vrednotita identično posameznih podatkov. Zanimivi so predvsem osnovni podatki, kot so prihodki od premij in naložb ter odhodki za škode, obratovanje in naložbe.

Po podatkih v tabeli 3 smo v Sloveniji v letu 2000 zbrali okoli 50 milijard tolarjev iz prostovoljnega zavarovanja, leto poprej pa skoraj 45 milijard, kar je 11,6% letna rast zbranih sredstev. Obe zavarovalnici beležita dobičke iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Odhodki so v obeh letih nižji od prihodkov, imajo pa trend naraščanja, kar je posledica širjenja poslovanja in povečevanja zavarovancev. Največji odhodki so škodni, kar je glede na namen zavarovanja razumljivo. Presenetljiv je podatek, ki velja za Vzajemno, in sicer, da odhodki za zdravila zajemajo v škodnih odhodkih slabih 40%, kar znaša približno 16 milijard tolarjev letno. Stroški oz. odhodki za zdravila beležijo tudi največji porast v vseh stroških. To je sicer "hvalevreden" podatek za proizvajalce zdravil, vendar zaskrbljujoč za vse zdravstvene zavarovalnice. Slovenci smo v porabi zdravil glede na prebivalca v samem svetovnem vrhu. V letu 2001 smo Slovenci s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem zbrali 12,5 odstotka vseh sredstev za zdravstvo,

z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pa 87,5 odstotkov sredstev. V članicah EU nimajo enotnega deleža, ki naj bi predstavljal javna in zasebna sredstva, vsaka članica ima malo drugačno politiko. V povprečju pa države članice EU z zasebnimi sredstvi financirajo okoli 20 do 25 odstotkov, z javnimi pa od 75 do 80 odstotkov sredstev. Po vstopu v EU se bomo morali čimbolj približati temu razmerju. Temu se bodo morale prilagoditi tudi zavarovalnice, ki se bodo morale pripraviti na hudo konkurenco. Zavarovalnice bodo morale predvsem pristopiti k drugačnemu izračunavanju premij, ki bodo morale upoštevati zdravstveno stanje posameznika. Velika pozornost bo potrebna pri izračunavanju na področju zavarovanju doplačil za zdravila, saj je nedvoumna razlika v porabi med zdravim in kroničnim bolnikom.

Manjši delež zasebnih sredstev, ki jih ljudje pri nas namenjajo za zdravstveno zavarovanje, je po eni strani predvsem posledica nižje gospodarske moči prebivalstva, ki si ne more privoščiti dodatnih prostovoljnih zavarovanj. Po drugi strani pa zlasti v zahodnih državah štejejo med zasebna sredstva za zdravstveno varstvo precejšnja sredstva, ki jih v zdravstvene zmogljivosti vlagajo cerkve, razne humanitarne organizacije in društva ter razni sponzorji in ustanovitelji zasebnih zdravstvenih zmogljivosti. Slika 5 prikazuje primerjavo razmerja med javnimi in zasebnimi sredstvi med Slovenijo in članicami EU.

Slika 5: Javna in zasebna sredstva za zdravstvo na prebivalca po kupni moči (v PPP dolarjih) v državah EU v primerjavi s Slovenijo za leto 1999



Vira: OECD Health Data; Saražin Klemenčič 2000.

3. PRIMERJAVA SLOVENIJE IN ČLANIC EU

3.1. PRIMERJALNI PODATKI SLOVENIJE IN ČLANIC EU

Po prikazanih podatkih lahko vidimo, da Slovenci zapravimo za zdravstvo več, kot smo sposobni plačati. Letni odhodki in prihodki ZZZS so v letu 2001 znašali več kot 300 milijard tolarjev. To so zelo velika sredstva, vendar nam na žalost povedo premalo. Na podlagi teh podatkov ne moremo ugotoviti, kako primerljivi smo s članicami Evropske unije. Pri primerjavi pa moramo biti previdni. Kot vemo, ima vsaka država različne demografske dejavnike, ki pomembno vplivajo na količino sredstev za zdravstvo.

3.1.1. DEMOGRAFSKI PODATKI

Tabela 4: Demografski podatki Slovenije in držav članic EU. Podatki o pričakovani življenjski dobi moških in žensk so za leto 2001, rodnost za leto 2000, naravni prirast je vzet kot pričakovano povprečje med letoma 2000 in 2005 ter delež populacije starejših od 65 let za leto 2000.

Država	Pričak. življ. doba (moški)	Pričak. življ. doba (ženske)	Rodnost (fertilnost)	Naravni prirast % (povp. 2000-2005)	% Populac. 65+
EU- 15	74,6	80,5	1,53	-0,18	-
Belgija	74,4	80,8	1,65	0,09	17,0
Danska	74,2	79,0	1,76	0,16	15,0
Nemčija	74,7	80,7	1,34	-0,04	16,4
Grčija	-	-	1,30	0,04	17,6
Španija	74,9	82,4	1,22	-0,02	17,0
Francija	75,0	82,5	1,89	0,36	16,0
Irska	73,9	79,1	1,89	0,96	11,3
Italija	-	-	1,25	-0,13	18,1
Luxemburg	74,0	81,2	1,78	1,20	14,4
Nizozemska	75,3	80,5	1,72	0,35	13,7
Avstrija	75,1	80,9	1,32	-0,10	15,5
Portugalska	72,0	79,1	1,54	0,13	15,6
Finska	73,8	81,0	1,73	0,07	14,9
Švedska	77,0	81,9	1,54	-0,13	17,4
Vel. Britanija	75,0	79,8	1,64	0,18	15,8
Slovenija	71,9	79,1	1,26	-0,12	14,1

Opomba: - ni podatka

Viri: Eurostat Yearbook 2002; Statistični letopis RS 2001; OECD Health Data.

Podatki v tabeli 4 prikazujejo osnovne demografske dejavnike, ki vplivajo na zdravstvo oz. na izdatke v zdravstvu. Kot je razvidno, je Slovenija v izbranih demografskih dejavnikih zelo podobna državam Evropske unije. Tako lahko vidimo, da je pričakovana življenjska doba moških državljanov EU 2,7 let daljša kakor moških v Sloveniji. Ženske v EU pa

živijo le 1,4 leta dlje kakor ženske pri nas. Med državami EU glede pričakovane življenjske dobe moških najbolj izstopata Portugalska, saj tam moški živijo le 72 let, in Švedska, kjer moški živijo 2,4 leta dlje od povprečja EU. Pričakovana življenjska doba je eden od kazalcev razvitosti neke družbe, kar Slovenijo uvršča na rep držav Evropske unije. Najbližja država ji je Portugalska, ki, kot vemo, spada med manj razvite države EU.

Naravni prirast nam pove, kakšna je razlika med številom živorojenih in številom umrlih na določenem območju v koledarskem letu, pove pa nam tudi, kakšno populacijo ima država (Statistični letopis RS 2002, str. 82).

Slovenija in EU imata starajočo se populacijo, saj je naravni prirast negativen. Države EU imajo v povprečju majhen ali celo negativen prirast. Najbolj izstopata Irska in Luksemburg, ki imata okoli 1% pozitivni prirast. Vedeti pa moramo, da nam naravni prirast ne pokaže pravega stanja glede povečevanja populacije. V državah EU je v zadnjem desetletju opazna močna neto migracija. Brez neto migracije bi se populacija v Nemčiji, Grčiji, Italiji, Švedski in ostalih državah EU zmanjševala. Slovenija v zadnjih letih ne beleži omembe vredne neto migracije. To je predvsem posledica stanja v gospodarstvu, ki ne omogoča velikih zaposlovanj .

Tretji kazalec prikazuje delež populacije starejših od 65 let. Tudi ta kazalec prikazuje stopnjo razvitosti neke države. Slovenija je tudi v tem pogledu na repu držav Evropske unije, saj imata le Nizozemska in Irska manjši delež populacije starejših od 65 let. Glede na to, da na izdatke v zdravstvu najbolj vpliva stara populacija, bo imela Slovenija v primerjavi s članicami EU manjše izdatke. Vendar to ne drži v celoti, saj moramo upoštevati še druge dejavnike.

Obravnavani demografski podatki nam v veliki meri pokažejo smer gibanja populacije v državah, ta pa je eden glavnih vplivov gibanja odhodkov oz. izdatkov v zdravstvu ter razvoja zdravstvenih storitev. Za zdravstvo se tako v Sloveniji kot v EU namenja iz leta v leto več sredstev. Ljudje v razvitih gospodarstvih namenjajo za zdravje čedalje večja sredstva. Tudi razvoj nacionalnih programov v Sloveniji in v članicah EU gre v smeri povečevanja sredstev. Vendar ne sredstev za zdravljenje, temveč za preventivo. Študije, ki jih je naredila WHO (svetovna zdravstvena organizacija), so pokazale, da se bolj splača povečevati sredstva za preventivno zdravljenje, saj naj bi bil učinek porabljenih sredstev boljši kakor učinek povečevanja sredstev za zdravljenje.

Značilnosti tako slovenskega kot evropskega demografskega gibanja so nizka rodnost in dokaj nizek naravni prirast. Nadaljevanje takšnega demografskega gibanja bo vodilo do še intenzivnejšega staranja prebivalstva, kar bo imelo veliko negativnih posledic na področju zdravstvenega varstva in gospodarstva. Posledica tega bo tudi večja poraba zdravil in naraščanje stroškov, ki jih države skušajo obvladati (Kogovšek Vidmar 2002, str. 24). Ugotovitve veljajo tako za Slovenijo kot članico EU. Razlika je le v tem, da članice EU nimajo problemov pri zagotavljanju sredstev na področju zdravstva.

Vsaka država članica EU ima različen socialno-zdravstveni sistem, vendar se nobena ne sooča s takšnim pomanjkanjem sredstev za zdravstvo kakor Slovenija. Razlika med drugimi članicami EU in Slovenijo je v tem, da se večina drugih držav poslužuje večjega deleža financiranja zdravstvenih storitev iz t. i. prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tega imamo sicer tudi pri nas, delež se mu v primerjavi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem sicer povečuje, vendar sta vrednost in količina zavarovanj še vseeno prenizki. Na ZZS sloni prevelik delež sredstev za financiranje, saj je ZZS odgovoren za plače zdravnikov, investicije v zdravstvo in splošen razvoj zdravstva.

3.1.2. ZDRAVSTVENE ZMOGLJIVOSTI

Zdravstvene zmogljivosti so tudi eden od ključnih pokazateljev razvojne stopnje zdravstva v določeni državi. Med kazalnike v tabeli, ki sledi, bi lahko vključili še dneve ležanja v bolnici, a to ugotovitev ne bi spremenilo. Število zdravnikov, zobozdravnikov in farmacevtov na določeno število prebivalcev nam pokaže tudi stopnjo šolske in gospodarske razvitosti družbe.

V Sloveniji v preteklih letih ni prišlo do večjih ali naglih sprememb na področju zdravstvenega kadra, prostorov in bolnišničnih postelj. Manjše spremembe zadnjih let so posledica obveznega prestrukturiranja določenih zmogljivosti na prednostne naloge, ki so zapisane v Strateškem razvoju slovenskega zdravstva.

Ob grobi primerjavi naših zmogljivosti s stanjem v državah EU, ki je vidna v tabeli 5, ugotovimo, da imamo nekaj manj zdravnikov na 100.000 prebivalcev. Pod zdravnike pa so zajeti tako kirurgi kot splošni zdravniki in ostali. Tudi število farmacevtov, ki v Sloveniji v letu 1998 znaša 35 na 100.000 prebivalcev, je majhno. Med članicami EU ima manjše število le Nizozemska, pa še ta zaradi njenega šolskega sistema. Imajo tudi višješolski študij, tako da je tam dejansko število farmacevtov višje, le da imajo drugačen naziv (Kogovšek Vidmar, 2000, str. 27). Podatek je malce presenetljiv glede na to, da imamo v Sloveniji dve farmacevtski podjetji, to sta Krka in Lek, ki sta v tem delu Evrope med največjimi generičnimi proizvajalci zdravil. Obe podjetji zglede sodelujeta s Fakulteto za farmacijo in tudi vsako leto razpišeta nove štipendije. Število zobozdravnikov pa je približno enako kakor v državah EU.

Tabela 5: Zdravstvene zmogljivosti Slovenije v primerjavi s članicami EU v letih 1998 in 1999

DRŽAVA	ZDRAVNIKI na 100.000 preb.	ZOBOZDRAVNIKI na 100.000 preb.	FARMACEVTI na 100.000 preb.	št. BOD na 1000 preb.	BOLN. POSTELJE na 1000 preb.
Nemčija	350	76	58	3,1	9,3
Luxemburg	290	60	69	3,3	8,0
Francija	303	68	100	2,4	8,7
Danska	335	92	453	1,6	4,6
Nizozemska	310	52	20	3,5	11,3
Avstrija	302	47	54	2,6	8,9
Belgija	390	68	145	2,4	-
Švedska	295	152	68	2,0	3,8
Italija	585	66	103	-	-
Finska	305	94	145	2,8	7,8
V. Britanija	180	32	40	-	4,2
Irska	220	46	75	1,1	3,8
Grčija	420	102	-	-	-
Španija	330	39	119	-	-
Portugalska	320	30	75	1,2	4,0
Slovenija	220	61	35	1,5	5,6

Opombe: - ni podatka; št. BOD - število sprejetih na bolnišnično zdravljenje na 1000 prebivalcev (leto 1999)

Viri: OECD Health Data; Statistični letopis RS 2001; Kogovšek Vidmar, 2000.

Na področju bolnišnične dejavnosti je število sprejetih na bolnišnično zdravljenje in število postelj na 1000 prebivalcev manjše kot v državah članicah Evropske unije. Ta podatek ne izkazuje naše nerazvitosti glede na ostale, temveč posledice dolgoletnih prizadevanj po racionalizaciji na področju zdravstvenega varstva (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001, str. 29). Dejansko število bolnišničnih postelj na 1000 prebivalcev je v Sloveniji večje. ZZZS letno zakupi oz. sklene pogodbo za približno 85% vseh postelj v bolnicah, v ta podatek niso vštete postelje socialnih zavodov (npr. Dom starejših občanov). Poleg teh postelj pa se Zavod dogovarja tudi z zdravilišči za programe rehabilitacije ter tako dodatno zagotavlja še okoli 800 postelj letno.

Posledica "racionalizacije na področju zdravstvenega varstva" je zaostalost v primerjavi s članicami EU. Racionalizacija pa je posledica neustreznega razmerja med prostovoljnimi in javnimi sredstvi za zdravstvo in posledica premalo zbranih sredstev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. T. i. racionalizacija v zdravstvenem varstvu se je začela na napačnem koncu. Eden velikih krivcev za pomanjkanje sredstev v zdravstvu je napačna politika. Prevelika sredstva se namenjajo za plače in t. i. reorganizacije, ki naj bi prinesle korist. Količina sredstev za zdravstvene namene se prav zaradi prej omenjenih stvari manjša. Posledice pa so nam znane. Čeprav je Slovenija ena bolj socialnih držav, se pojavljajo velike razlike med posamezniki. Sredstev, namenjenih za zdravstvo, se ne porabi učinkovito, zakaj do tega pride, pa lahko samo ugibamo.

3.1.3. EKONOMSKI KAZALCI

Razvitost družbe se ocenjuje tudi po makroekonomskem kazalcu BDP/prebivalca (bruto domači proizvod na prebivalca). BDP pa se lahko prikazuje po tekočih cenah ali po kupni moči. V mednarodnih primerjavah je smiselna primerjava po izravnani kupni moči (PPP). Izravnava kupne moči upošteva kupno moč denarnih enot posameznih držav (to pomeni, da z dano vsoto denarja, preračunano v posamezne denarne enote glede na izravnano kupne moči, kupimo enako košarico dobrin in storitev v vseh opazovanih državah) (Saražin Klemenčič, 2000a).

Zdravstveni sistemi v Evropi so različni. Vsi pa delujejo po podobnem principu. To je financiranje z javnimi in zasebnimi sredstvi. Bistvena razlika med sistemi pa je delež javnega in delež zasebnega financiranja. Tabela 6 prikazuje, kakšen je delež BDP in kakšna so absolutna sredstva, ki jih za zdravstvo namenjajo Slovenija in članice EU.

Tabela 6: Celotni izdatki za zdravstvo kot delež BDP, preračunano v PPP, in celotni izdatki za zdravstvo v \$, preračunano v PPP metodo. Podatki so za leto 1998.

Država	Delež od BDP (vsa sredstva)	Delež od BDP (javna)	Delež od BDP (zasebna)	PPP v \$ (vsa sredstva)	PPP v \$ (javna)	PPP v \$ (zasebna)
EU-povprečje	8,0	6,1	1,9	1698	1364	334
Slovenija	7,8	6,8	1,0 *	1154	987	167 *
Avstrija	8,2	5,8	2,4	1968	1388	580
Belgija	8,8	7,9	0,9	2081	1866	215
Danska	8,3	6,8	1,5	2133	1748	385
Finska	6,9	5,3	1,6	1502	1146	356
Francija	9,6	7,3	2,3	2077	1587	490
Grčija	8,3	4,7	3,6	1167	663	504
Irska	6,4	4,8	1,6	1436	1088	348
Italija	8,4	5,7	2,7	1783	1212	571
Luksemburg	5,9	5,4	0,5	2215	2044	171
Nemčija	10,6	7,9	2,7	2424	1808	616
Nizozemska	8,6	6,0	2,6	2070	1458	612
Portugalska	7,8	5,2	2,6	1237	828	409
Španija	7,1	5,4	1,7	1218	936	282
Švedska	8,4	7,0	1,4	1746	1463	283
Velika Britanija	6,7	5,6	1,1	1461	1224	237

Opomba:* - Pri prostovoljnih oz. zasebnih sredstvih niso upoštevana sredstva Adriatica, prav tako ne sredstva, ki jih namenjajo ljudje za zdravstvene namene iz lastnih sredstev
Vira: OECD Health Data 2000; Saražin Klemenčič 2000a.

Presenetljivo je, kako različne deleže BDP namenjajo posamezne države za zdravstvo. Povprečni delež BDP v Evropi znaša 8%, v Sloveniji pa je ta delež 7,8%. Največji delež BDP za zdravstvo namenjajo v Nemčiji, in sicer kar 10,6%, najmanjšega pa v Luksemburgu (5,4 %) in na Irskem (6,4 %). Slovenija je po deležu BDP, namenjenem za zdravstvo, v dokaj dobrem položaju in se enači s Portugalsko. Delež javnih sredstev v

celotnem deležu BDP, namenjenem za zdravstvo, nam pove tudi, kako socialna je država. Slovenija spada med bolj socialne države, saj je kar 6,8% BDP namenjenega iz javnih sredstev. Tako visoke in še višje deleže imajo le Belgija, Danska, Francija, Nemčija in Švedska. Glede "slovenske socialnosti" bo že pred vstopom in ob vstopu v EU še veliko govora. Razprave bodo zaradi čedalje večjega primanjkljaja v zdravstveni blagajni. Skupščina Zavoda je sprejela sklep, da zaenkrat še ne nameravajo krčiti pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Če bo to potrebno, jih bodo v prihodnje.

Če pogledamo, koliko sredstev, preračunanih v PPP \$ (pariteta kupne moči) na prebivalca porabi posamezna država, pa se slika popolnoma spremeni. Slovenija porabi oz. je v letu 1998 porabila 1154 \$ na prebivalca, povprečje v EU pa je bilo 1698 \$. Največ sredstev na osebo porabita Nemčija, in sicer 2424 \$, in Luksemburg 2215 \$, od tega Nemčija iz javnih sredstev prispeva 1808 \$, Luksemburg pa 2044 \$. Državi namenita za zdravstvo na osebo 2-krat več kakor Slovenija. Slovenija je po dolarjih na prebivalca, porabljenih za zdravstvo, na predzadnjem mestu pred Irsko, ki letno nameni 1167 \$. Med nam podobne države spadajo zopet Španija s 1218 \$ in Portugalska s 1237 \$.

Pri primerjanju se moramo zavedati, da pri nas in najbrž tudi v tujini nimamo pravih evidenc o sredstvih, ki jih za zdravstvene storitve namenjajo ljudje sami. Po ocenah pri nas bi to skupaj s sredstvi Adriatica in Vzajemne lahko doseglo nadaljnjih 0,3 do 0,35 odstotkov bruto domačega proizvoda. Kljub temu pa to ne bi vplivalo na absolutni znesek, ki bi se povečal kvečjemu za nekaj 10 \$. To pa je še vseeno veliko manj kot v državah, ki sicer namenjajo za zdravstveno varstvo manjši delež BDP kot mi. Po vstopu v EU naj bi se gospodarska moč države in prebivalstva povečala, kar bo morda vodilo k večjim sredstvom, tako javnim kot zasebnim. Splošno prepričanje je, da se bo to tudi zgodilo. Irsko, Španija in Portugalska so z vstopom v EU postale zgodba o uspehu. Te države so po vstopu v EU zelo povečale gospodarsko moč. Posledično so se izboljšale tudi razmere v zdravstvu.

Sredstva, ki se vsakoletno namenjajo za zdravstvo, razdelimo na javna in zasebna. Javna so lahko sredstva, zbrana z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, sredstva iz državnega proračuna in sredstva iz občinskih proračunov. Sredstev iz državnega in občinskih proračunov v svojem delu nisem posebej obravnaval niti jih nisem nikjer vrednostno opredelil. Ta sredstva so v Sloveniji zelo majhna. V letu 2000 so znašala dobrih 6 milijard tolarjev oz. so predstavljala 0,17% BDP, leta 2001 pa dobrih 8 milijard tolarjev oz. 0,2% BDP. Sredstva so namenjena večinoma za prepotrebne investicije v zdravstvo ter za uvajanje novih zdravstvenih programov. Ocena je, da država in občine preko proračunov prispevajo 2% vseh letnih sredstev za zdravstvo (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001, str. 12). Glede tega moram poudariti, da je Slovenija med državami, ki iz državnega in občinskega proračuna najmanj prispevajo za zdravstvo. V tujini je ta odstotek tudi do nekajkrat višji.

Cilji slovenskega Strateškega razvojnega plana glede višine BDP, namenjenega za zdravstveno varstvo, so bili izpolnjeni le delno. Ciljnih 7% BDP ni bilo uresničenih. To je predvsem posledica gospodarskih gibanj in vladne politike do javnih financ. Skoraj v celoti pa je dosežen 1% delež BDP za zdravstveno varstvo iz zasebnih sredstev.

Z vstopom v EU bo potrebno prilagoditi oz. spremeniti tudi Strateški razvojni plan zdravstva. Tudi usmeritve, ki jih ima vlada RS, opredeljene v proračunskem memorandumu, po katerem naj bi se delež sredstev za zdravstvo v prihodnje znižal, niso ustrezne. Usmeritve so predvsem posledica trenutnega stanja v javnih financah. Država si je v preteklosti zadala prevelike naloge, ki jih zdaj ne more izpolnjevati. Sredstva za njihovo izpolnjevanje pa jemlje tudi zdravstvu (Toth, 2002).

Usmeritve vlade RS so presenetljive. Takšno načrtovanje ne upošteva dejstva, da v zadnjih nekaj letih oz. nekaj desetletjih v vseh državah EU sredstva za zdravstveno varstvo naraščajo hitreje ali vsaj enako hitro kakor BDP. To je predvsem posledica staranja prebivalstva in s tem povečanih potreb po zdravstvenih storitvah, zdravilih ter razvoju medicinske in

farmakološke znanosti in tehnologije. Zmanjšanje javnih sredstev za zdravstvo bi pri nas pomenilo stagnacijo in neprimerljivost z zdravstvom v EU. To bi vplivalo tudi na že obstoječo raven pravic in zdravstveno varnost prebivalstva. Razlike med prebivalci bi se povečale, kar bi lahko vodilo v nestabilnost države. Sprememba Strateškega razvojnega plana je prav zaradi takšnih "nepremišljenih usmeritev vlade" nujna. Nove rešitve bi omogočile razvoj zdravstva, kar bi nam ob vstopu v EU olajšalo primerljivost z državami na približno enaki gospodarski stopnji razvitosti.

Primerjava Slovenije s članicami EU nam je pokazala demografske trende, stopnjo razvitosti slovenskega zdravstva in vzroke zaostalosti slovenskega zdravstva z evropskim. Slovensko zdravstvo je v primerjavi z evropskim slabše razvito. Primerljivi kazalci kažejo, da zaostajamo ali se enačimo z najslabše razvitimi članicami EU. Kot je bilo že omenjeno, je zaostalost posledica racionalizacije na področju zdravstva in namenjanja premajhnih sredstev za zdravstveno varstvo. Velik vpliv na slabe razmere imajo tudi demografski trendi, ki niso sorazmerni z gibanjem sredstev, namenjenih za zdravstvo. Populacija v Sloveniji in tudi državah EU se stara, kar pomeni tudi večje izdatke za zdravstvene storitve in farmacevtske izdelke. Problem, s katerim se ukvarjajo tako Slovenija kot članice EU, je velik porast izdatkov za zdravila. V poglavju, ki sledi, bo prav zaradi omenjenih težav analiziran slovenski trg zdravil. Z analizo bodo izpostavljene rešitve, ki jih vzpostavlja ZZZS, ter problemi nasprotujočih si interesov na trgu zdravil med ZZZS in farmacevtsko industrijo.

4. TRG ZDRAVIL

4.1. ZNAČILNOSTI TRGA ZDRAVIL

Podrobnejša analiza trga zdravil in primerjava s članicami Evropske unije je posledica pomembnosti tega segmenta zdravstvenega trga v Sloveniji in drugod. Izdatki za zdravila se v vseh državah povečujejo, kar je predvsem posledica vse daljše življenjske dobe in z njo staranja prebivalstva, razvoja farmacevtske in medicinske znanosti ter s tem povezanega odkritja novih in vse dražjih zdravil. V ceni zdravil pa je predvsem konkurenčna prednost Krke in Leka, saj sta oba proizvajalca generičnih zdravil². Poraba zdravil predstavlja področje, kjer sovpadajo interesi farmacevtske industrije in javni interesi, ki jih v tem pogledu predstavlja zdravstvo.

Zaradi vse bolj naraščajočih stroškov za zdravila se predvsem v manj razvitih državah spodbuja predpisovanje generičnih zdravil. Generična zdravila se po sedanji slovenski zakonodaji smejo razvijati in registrirati po preteku patenta originalnega zdravila in po preteku dobe t.i. podatkovne ekskluzivnosti³. Po prejšnji pa sta lahko Krka in Lek razvijala in registrirala generična zdravila že pred samim iztekom patentnih pravic originalnega zdravila. Prejšnji zakon dobe podatkovne ekskluzivnosti sploh ni poznal. Tako sta oba lahko takoj nastopila z novim generičnim zdravilom in si s tem nabrala konkurenčne prednosti pred generičnimi proizvajalci iz zahodnih držav. Zaradi zaostrovanja naše zakonodaje se obe naši farmacevtski podjetji orientirata na vzhod, kjer takšna zakonodaja še ne velja. Predvideva pa se, da vzhodne države prav zaradi pomanjkanja sredstev za zdravstvo in slabega ekonomskega stanja še vsaj desetletje ali dve ne bodo onemogočale razvoja generičnih zdravil.

Posebnost slovenskega trga zdravil je, da pri nas še ni velikih razlik v cenah med generičnim in originalnim zdravilom. Vzrok je v velikem vlaganju naše farmacevtske industrije v razvoj (brain-generic proizvodi oz. generični farmacevtski proizvodi z dodano vrednostjo).

Veliko držav v EU se sooča s problemom rasti izdatkov za zdravila, vsaka pa ga skuša rešiti na svoj način. Nemčija in večina držav EU so se začele posluževati t.i. sistema referenčnih cen. Po tem sistemu se določi zgornja meja cene, ki jo plača obvezno zdravstveno zavarovanje in sicer za zdravila, ki vsebujejo isto substanco, podobno

² Generični proizvajalci so podjetja, ki so glede raziskovalnih kapacitet sicer sposobna raziskovanja in razvijanja novih substanc, vendar za to nimajo sredstev, saj njihova prodaja znaša med 25 in 300 milijonov USD. V teh podjetjih se predvsem ukvarjajo z izdelavo proizvodov, ki niso zaščiteni s patentom ali jim je patent že potekel, če pa uspejo razviti novo substanco, jo tržijo preko licenčnih partnerjev ali s skupnimi vlaganji z drugimi podjetji.

³ Doba podatkovne ekskluzivnosti je čas v katerem se generični proizvajalec pri registraciji svojega zdravila ne sme in ne more sklicevati na dokumentacijo potrebno pri registraciji originalnega zdravila.

substanco ali imajo podobno učinkovitost. Takšen sistem naj bi predvsem pospeševal predpisovanja cenejših oziroma generičnih zdravil. Države, ki takšen sistem vpeljujejo beležijo majhne pozitivne učinke. Pri nas ceno določa država, vendar tako v ZZS kot tudi v Krki zagovarjajo prehod na sistem referenčnih cen. S tem bi dolgoročno zmanjšali izdatke za zdravila.

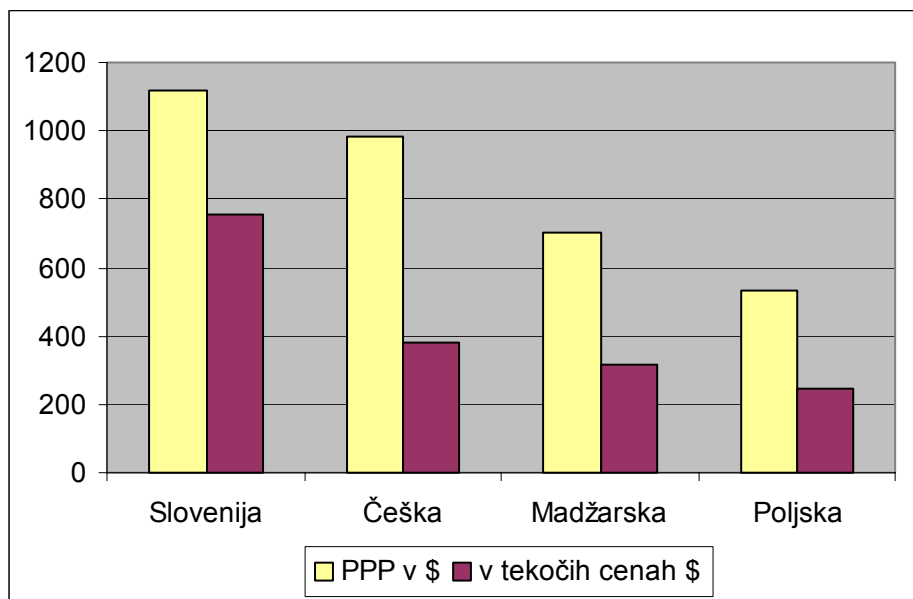
Cene zdravil pri nas se določajo na podlagi primerjalnih cen istega ali enakega zdravila v Franciji, Italiji in Nemčiji. Primerjalna cena se izračuna kot zmnožek ponderiranih cen v Franciji, Italiji in Nemčiji. Tako pri nas cena originalnih zdravil na debelo ne sme presegati 85% ravni primerjalne cene. Cena generičnega zdravila na debelo pa sme preseči 95% ravni primerjalne cene. V primeru, če v primerjalnih državah ni določenih generičnih zdravil, se za ceno generičnega zdravila pri nas lahko uporabi do 77,5% primerjalne cene originalnega zdravila.

Slovenska farmacevta v primerjavi s tujimi podjetji na slovenskem trgu izgubljata bitko. Delež slovenskih farmacevtov se na slovenskem trgu zmanjšuje. Tako sta Krka in Lek leta 1999 zavzemala 43% trga, tuja podjetja pa 57%. Leta 1996 je bil delež obrnjen, saj sta Krka in Lek beležila 58% delež v prodaji in tuja podjetja 42%. Iz tega lahko razberemo, da je slovenski trg lahko obvladljiv. Upad deleža slovenskih farmacevtov je potemtakem v prvi vrsti posledica odprtosti trga. Kako odprt trg imamo, pove podatek, da smo v letu 1999 imeli okoli 160 predstavništev in zastopstev tujih podjetij, kar sodi glede na majhnost Slovenije v sam svetovni vrh.

Slovenski trg nima vgrajenih mehanizmov vstopnih ovir, kakor jih ima večina evropskih držav. V evropskih državah je trg deklarativno in navidezno prost, dejansko pa je nepredušno zaprt. Poleg tega so registracijski postopki pri nas krajši kot v državah Evropske unije (Matko, 1999, str. 73).

Upad tržnega deleža domačih farmacevtov je tudi posledica relativno dragih generičnih zdravil, deloma pa gre krivdo pripisati tudi našim zdravstvenim delavcem oz. zdravnikom, ki še vedno mislijo, da je originalno zdravilo neprimerno boljše. Neosveščenost zdravnikov je posledica premajhnega posvečanja pozornosti naših farmacevtskih podjetij na slovenski trg. Vemo, da je slovenski trg v primerjavi z npr. trgov Rusije veliko manjši. Glavni razlog pa je, kot je bilo že omenjeno, preveliko popuščanje naše politike pritiskom iz zahodnim držav. Vsa popuščanja so posledica približevanja EU. Ob primerjavi izdatkov za zdravstvo Slovenije s pridružitvenimi članicami smo Slovenci na prvem mestu. Zato me ne preseneča takšna zainteresiranost za slovenski trg in pritiski nanj. Slika 6 prikazuje izdatke za zdravstvo v Sloveniji in nekaterih kandidatkah za vstop v EU.

Slika 6: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji in nekaterih kandidatkah za vstop v EU v letu 1999



Opomba: Slika ne prikazuje podatkov za vse pridružitvene članice.

Vira: OECD Health Data; Saražin Klemenčič, 2000a.

Delež stroškov za zdravila v EU znaša različno od države do države posebej, v povprečju pa se giblje nekje od 10 do 25% vseh sredstev za zdravstvo. Vse države zato skušajo brzdati stroške za zdravila.

Brzdanje stroškov pa lahko poteka na dva načina, in sicer z (Kogovšek Vidmar, 2000, str. 42):

1. obvladovanjem cen zdravil oz. direktnim obvladovanjem in
2. obvladovanjem porabe zdravil oz. posrednim obvladovanjem (pri tem gre predvsem za omejitve pri predpisovanju zdravil, uvrščanje zdravil na liste z doplačilom ali celotnim plačilom).

Večina držav EU - med njimi je tudi Slovenija - uporablja oba sistema. Na eni strani gre za pritisk na proizvajalce zdravil, na drugi pa na zdravnike (kvote) in davkoplačevalce. Vse več držav se poslužuje predvsem razvrščanja zdravil na t. i. liste. V Sloveniji zdravila razvrščamo na:

1. **pozitivno listo – 50% vseh zdravil** ($\frac{3}{4}$ stroškov krije obvezno zavarovanje in $\frac{1}{4}$ stroškov dodatno zavarovanje),
2. **vmesno listo – 13% vseh zdravil** ($\frac{1}{4}$ stroškov krije obvezno zavarovanje in $\frac{3}{4}$ stroškov dodatno zavarovanje),
3. **negativno listo oz. nerazvrščena zdravila – 37% vseh zdravil** (vse stroške v celoti krije kupec sam).

Na pozitivno listo so uvrščena le zdravila, ki so strokovno utemeljena in ekonomsko opravičljiva ter nujno potrebna za zdravljenje določenih bolezni. Na vmesno listo so

uvrščena novejša zdravila, katerih učinkovitost še ni dovolj preverjena, na negativno listo pa spadajo cenejša in manj učinkovita zdravila.

Značilnost trga zdravil je tudi prepovedano oglaševanje zdravil, ki se izdajajo na recept, lahko se oglašuje le del t. i. zelenih zdravil oz. OTC-zdravila⁴. Podobne zakone imajo tudi po drugih državah v Evropi. Prosto oglaševanje vseh zdravil je možno le v Ameriki. S sprejemom Zakona o zdravilih je prosto oblikovanje cen možno le za t. i. OTC-zdravila, za cene ostalih zdravil pa mora dati soglasje ministrstvo za zdravstvo. Pred sprejetjem Zakona je na trgu zdravil vladal liberalizem pri cenah za zdravila, država pa je vodila (in vodi še sedaj) evidenco cen vseh zdravil, ki se prodajajo v Sloveniji. Posebnost Slovenije je, da nimamo strukturirano določene cene zdravil. V državah EU so v cenah točno določeni strukturni deleži cene, ki je sestavljena iz proizvajalčevega, veletrgovskega in lekarniškega deleža. Ob vstopu v EU se takšen način določanja cene zdravil ne bo dolgo obdržal.

Distribucija zdravil poteka pri nas - in tudi v tujini - preko distributerjev oz. veledrogerij. Država je postavila maksimalne marže, ki jih posredniki lahko zaračunajo proizvajalcem zdravil. Takšna praksa je tudi v tujini. Razlika med državami je v višini marže. Država je omejila tudi marže, ki jih zaračunavajo lekarne za svoje delo. Slovenske marže so med najnižjimi v Evropi. Lekarniške marže so tudi do 3-krat nižje kot v državah Evropske unije (slovenske lekarniške marže se gibljejo okoli 10%, medtem ko se v državah EU gibljejo od 25-40%). Nizke marže so predvsem posledica pritiska države na cene zdravil. Če bi država popustila pritiskom posameznim členom v verigi, bi s tem avtomatsko zvišala cene. Tega pa naš zdravstveni sistem ne bi prenesel.

V Sloveniji je državni zbor RS leta 1996 sprejel Zakon o zdravilih. Na podlagi tega je bil sredi leta 1996 ustanovljen Urad Republike Slovenije za zdravila, ki deluje kot organ v sestavi ministrstva za zdravstvo. Glavne dejavnosti Urada so: zagotavljanje sodobne farmakoterapije ob upoštevanju farmakoeconomiških načel, priprava dodatkov k Zakonu o zdravilih, posebno na področjih, ki še niso v skladu z evropskim pravom, priprava registra zdravil itd.

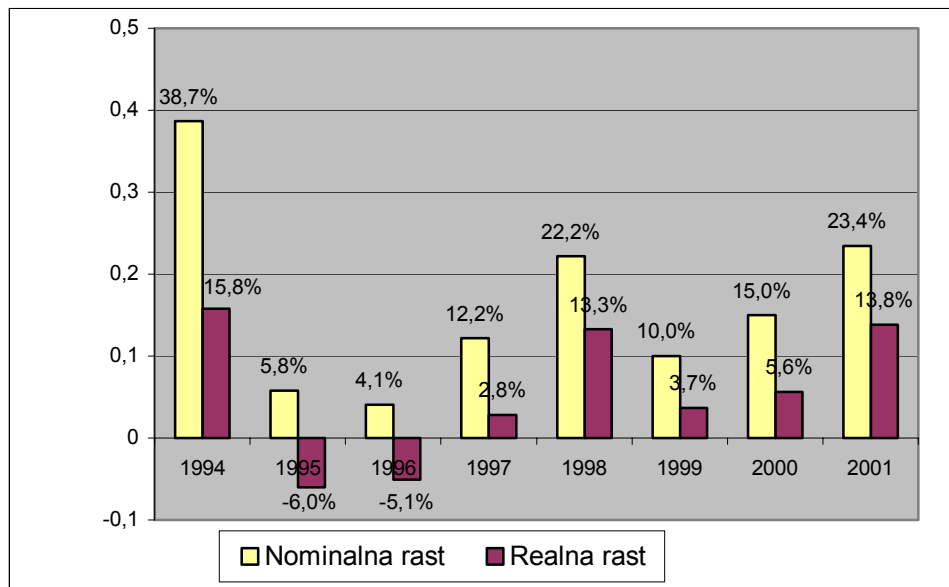
4.2. IZDATKI ZA ZDRAVILA

Pri primerjanju med državami moramo biti pozorni. Vsaka država nima v prometu enakega izbora zdravil, med državami se razlikujejo tudi velikost pakiranj, jakost zdravil, cene zdravil pa so nasploh med državami zelo različne. Raznolikost med cenami je posledica različnih veleprodajnih in lekarniških marž ter velikosti trga. Zaradi naštetega moramo pri primerjanju upoštevati vsebino in težo podatkov.

⁴ OTC-zdravila - over the counter zdravila - gre za zdravila, ki so večinoma naravnega izvora in so preverjeno kakovostna, učinkovita in neškodljiva. Lahko jih uporabljamo za samozdravljenje, ne da bi bil potreben posvet z zdravnikom, za njihov nakup pa ni potreben recept.

Slika 7 nam pokaže trend naraščanja stroškov za zdravila v Sloveniji med letoma 1994 in 2001. Na sliki sta lepo vidni realna in nominalna rast. Predvsem je opazen malo višji trend povečevanja izdatkov za zdravila v zadnjih letih. Visok porast je bil sredi devetdesetih let (1996 in 1997). Sledil je upad trenda rasti, ki pa se je zopet povišal v letu 2001 na 23% nominalno rast. Kot je bilo že večkrat omenjeno, so povečani izdatki za zdravila posledica pretirane uporabe zdravil, napredka farmacije, demografskih dejavnikov in vse dražjega razvoja zdravil, kar vpliva na vse višjo ceno.

Slika 7: Nominalna in realna rast izdatkov za zdravila od leta 1994 do 2001



Vir: Poslovna poročila ZZS za leta 1999, 2000 in 2001.

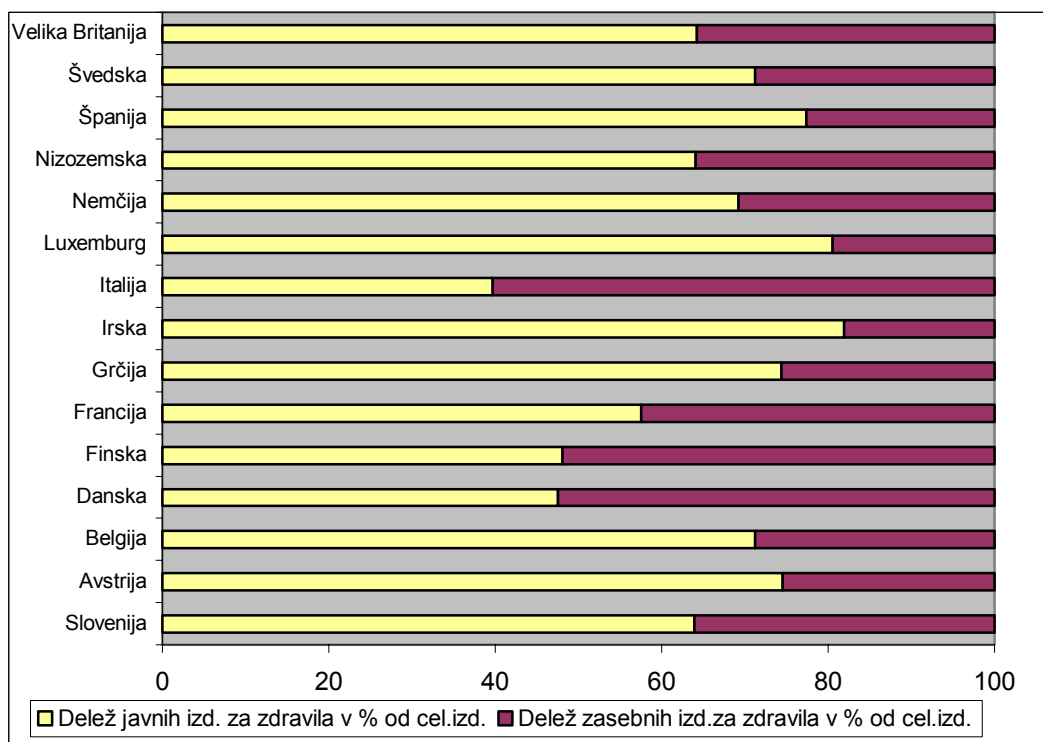
Tabela 7: Izdatki za zdravila, delež v celotnih stroških v % v Sloveniji in državah EU v letu 1998, izdatki za zdravila po kupni moči v \$ v Sloveniji in članicah EU v letu 1998, BDP po kupni moči v letu 1998

Država	Izd. zdravil %, Cel.izd.zdravstva	Rang	BDP (PPP) \$	Izd. za zdravila (PPP) \$
Slovenija	18,9	12	14.293	160
Avstrija	14,1	7	26.145	277
Belgija	16,5	10	23.805	318
Danska	9,2	1	25.702	197
Finska	14,7	8	21.793	221
Francija	21,9	14	21.758	447
Grčija	14,8	9	14.327	176
Irska	9,9	2	22.710	151
Italija	22,0	15	22.271	303
Luksemburg	12,3	4	37.567	277
Nemčija	12,7	5	22.953	300
Nizozemska	10,8	3	24.714	232
Portugalska	25,8	14	15.696	310
Španija	20,9	13	17.027	245
Švedska	12,8	6	21.855	230
Velika Britanija	16,7	11	22.119	235

Vir: OECD Health Data.

Tabela 7 prikazuje, da je Slovenija pri izdatkih za zdravila glede na celotne stroške za zdravstvo na zelo visokem mestu. Pri nas so v letu 1998 izdatki za zdravila znašali 18,9% vseh izdatkov za zdravstvo. Večji odstotek imajo le še Francija, Italija, Portugalska in Španija. Drugim državam EU pa se odstotek izdatkov za zdravila giblje od 10 do 15 % vseh izdatkov za zdravstvo. Izdatki za zdravila so v vseh državah veliki. Kako posamezna država pokriva oziroma kakšen je delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravila Slovenije in članic EU, pa lahko vidimo na sliki 8. Slika nam pokaže, da smo v Sloveniji glede deleža javnih in zasebnih izdatkov za zdravila v povprečju članic EU. Slovenci namenimo dobrih 60% izdatkov iz javnih in slabih 40% iz zasebnih sredstev. Podoben delež imajo Francija, Nemčija, Velika Britanija, Nizozemska in Belgija. Najbolj socialne države so Irska, Španija, Luksemburg, Avstrija in Grčija, ki namenjajo 80% javnih in 20% zasebnih sredstev. Najmanj socialne pa so Italija, Danska in Finska, saj iz javnih sredstev namenjajo le 40% izdatkov za zdravila.

Slika 8: Delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravila v Sloveniji in državah EU v letu 1998

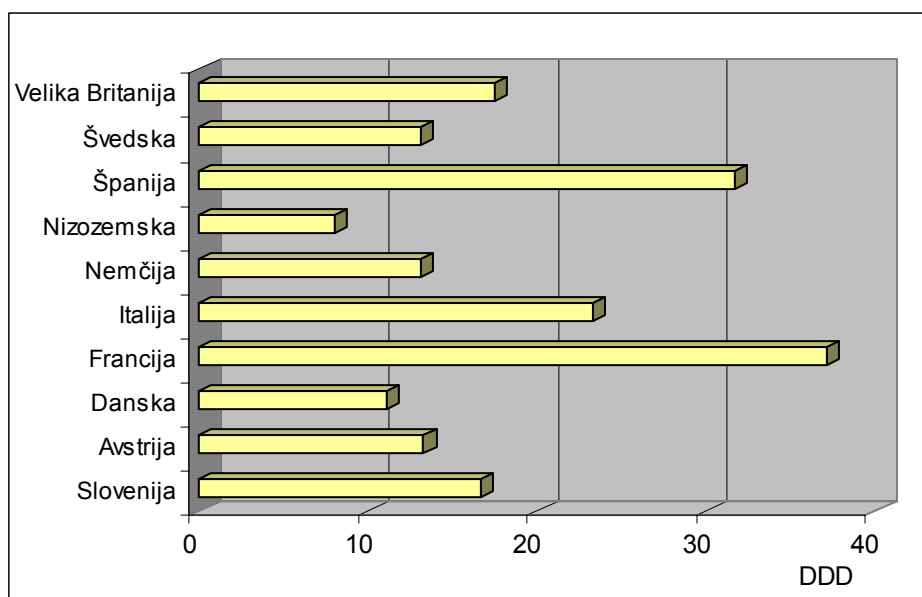


Vir: OECD Health Data.

Zakaj imamo Slovenci tako velike izdatke, je težko odgovoriti, možnih vzrokov je več. Eden od njih je ta, da ima skoraj vsako gospodinjstvo v Sloveniji t. i. domačo lekarno (sem lahko štejemo zdravila, ki so ostala od prejšnjih zdravljenj in zdravila brez recepta), v zadnjih letih pa je v Sloveniji prav tako zelo opazen porast definiranih dnevni odmerkov (DDD) (to pomeni, da je bila ne glede na število receptov in škatel predpisana večja količina zdravil). Dnevni definirani odmerki (DDD) so se samo v letu 2001 povečali za 7,7%. To je predvsem posledica tega, da zdravniki predpišejo prevelike količine zdravil.

Trditev, da čim večji je bruto domači proizvod na prebivalca, tem večji naj bi bili tudi izdatki za zdravila na prebivalca, je dokaj logična. Če pa pogledamo tabele in slike, lahko vidimo, da ta trditev ne drži vedno. V tabeli 7, ki prikazuje izdatke za zdravila glede na celotne izdatke za zdravstvo, vidimo, da je v deležu izdatkov za zdravila Slovenija pred državami, ki imajo večji BDP (to so npr. Avstrija, Belgija, Finska.). Do podobne ugotovitve lahko pridemo, če pogledamo sliko 9. Definirani dnevni odmerki v ambulantni porabi so v Sloveniji večji kot v nekaterih državah z večjim BDP. To pomeni, da zdravniki v Sloveniji predpišejo prevelike količine zdravil. Vzrok je predvsem v prehitri in pretirani porabi zdravil v Sloveniji.

Slika 9: Ambulantna poraba antibiotikov v izbranih evropskih državah v letu 1998 v DDD



Vir: Zdravstveno varstvo, 2001.

Kot sem že omenil, gredo trendi v zdravstvu v to smer, da se zdravnikom omejuje število predpisanih receptov oz. zdravil. Velik razlog za porast izdatkov za zdravila pa je tudi v spremembi strukture predpisanih zdravil. Vse bolj se predpisujejo zdravila, ki so dražja od njihovih substitutov oz. nadomestkov. Tu mislim predvsem na premajhno porabo generičnih zdravil. Nekatera nova zdravila izjemno uspešno prodirajo na trg, nekatera celo ne glede na omejitve predpisovanja. Njihov uspešen prodor na slovenskem trgu zdravil pa gre pripisati preveč odprtemu trgu.

Analiza trga zdravil nam zopet pokaže nasprotje interesov med ZZZS in našo farmacevtsko industrijo. Na eni strani je ZZZS, s problemi zagotavljanja sredstev za nemoteno oskrbo z zdravstvenimi storitvami, na drugi strani pa farmacevtska industrija, ki skuša izdatke zdravil še povečati. S podobnimi problemi se srečujejo tudi države članice EU. Razlika je le v tem, da te države lažje zagotavljajo izdatke za zdravila, saj absolutno zberejo več prostovoljnih oziroma zasebnih sredstev.

Največja težava je v tem, da naša država ne določi jasno določenih ciljev zdravstva in farmacevtske industrije. Delim mnenje s tistimi, ki zagovarjajo še strožjo zaščito domače farmacevtske industrije. Strožja zaščita in vzpodbujanje uporabe generičnih zdravil bi imelo dva pozitivna učinka. Prvi bi zmanjšal izdatke za zdravila, drugi pa povečal deleže obeh slovenskih farmacevtov na domačem trgu. Zavedati se moramo, da je naša farmacevtska industrija posredno in neposredno velik neto plačnik v zdravstveno blagajno. Z boljšo zaščito bomo naši farmacevtski industriji pred vstopom v EU omogočili doseganje večjih dobičkov, kar bo vplivalo na njeno hitrejšo rast. Ne smemo pozabiti, da bomo ob vstopu v EU deležni prostega pretoka blaga, storitev, ljudi in kapitala. To bo v veliki meri vplivalo na obe farmacevtski podjetji, ki morata vstop pričakati čim uspešnejši in močnejši.

5. FARMACEVTSKA INDUSTRIJA

5.1. ZNAČILNOSTI FARMACEVTSKE INDUSTRIJE

Farmacevtska industrija je bila v večini držav sprva ustanovljena predvsem za proizvodnjo zdravil za domači trg. Posebnost panoge je bila v tem, da se je povpraševanje po zdravilih z razvojem družbe povečevalo. Tako so zdravila postala pomemben predmet mednarodne trgovine.

Izhajajoč iz osnovne delitve farmacevtske industrije obstajajo v praksi naslednje vrste farmacevtskih podjetij (Možina, 1998, str. 10):

- vodilna podjetja, ki se ukvarjajo s precej raznovrstnimi dejavnostmi, zato lahko ponudijo več palet storitev in izdelkov,
- generična podjetja, katerih konkurenčna prednost izhaja predvsem iz politike cen, zaradi česar je njihova promocija usmerjena v poudarjanje komercialnih prednosti - njihovi izdelki so kopije originalnih zdravil,
- prvovrstna podjetja, ki produktno izhajajo iz bazičnih raziskav in imajo odlične stike z razvojnimi podjetji in institucijami,
- podjetja, specializirana za sistemski nadzor bolezni - ta se specializirajo na določeno bolezen ali skupino bolezni,
- trajne ali začasne strateške povezave med podjetji - takšne oblike podjetij so predvsem opazne v nekaj zadnjih letih, kar je posledica konsolidacije na farmacevtskem trgu.

Farmacevtski trg pa lahko segmentiramo glede na (Matko, 1999, str. 61):

- tip proizvoda: originalna in generična zdravila,
- tip bolezni: kronične in akutne bolezni,
- terapevtske skupine: zdravila na recept, OTC-zdravila, zdravila glede na terapevtsko skupino.

Za nas je predvsem pomembna delitev farmacevtskega trga na originalna in generična zdravila. V prihodnje se bom bolj posvetil primerjavi naše generične farmacevtske industrije s svetovno oz. evropsko farmacevtsko industrijo.

Raziskovalno-razvojna dejavnost je za farmacevtsko industrijo osnovnega pomena. Z raziskavami in razvojem novih zdravil pa so povezani veliki stroški. Farmacevtska industrija je, če primerjamo delež sredstev za raziskave in razvoj, med vodilnimi poleg proizvajalcev letal, elektronike in računalniške opreme, kemične industrije in biotehnologije (Matko, 1999, str. 38). Podjetja v povprečju namenjajo od 10 do 25 odstotkov prihodkov za raziskave in razvoj. Slovenska farmacevta sta v tem pogledu dokaj skromna. Krka v zadnjih letih temu namenja okoli 10 odstotkov, Lek pa okoli 12 odstotkov

sredstev svojih letnih prihodkov. To je razumljivo, saj ne smemo pozabiti, da sta obe podjetji generična proizvajalca.

Farmacevtska industrija je v Evropski uniji relativno majhna panoga, saj je v njej zaposlenih približno 600.000 delavcev. Zato pa je toliko bolj pomembna. Podjetja iz EU proizvedejo manj kot polovico najbolj prodajanih zdravil v svetu, so pa tudi eden glavnih virov novih zdravil. Med desetimi največjimi farmacevtskimi korporacijami najdemo kar štiri evropske. V zadnjih letih so evropska podjetja v povprečju nekoliko izgubila svoje tržne deleže. To je posledica prevzemanj in povezovanj s strani ameriških korporacij, ki so trenutno močnejše kakor evropske.

Evropski farmacevtski trg je v letu 2001 predstavljal 23,4 odstotkov svetovnega trga, kar pomeni 82,4 milijard \$ zdravil. Največje proizvajalke farmacevtskih izdelkov v EU so Velika Britanija, Francija, Nemčija in Švica, ki sicer ni članica EU, ampak jo vseeno štejemo zraven. Posebnost evropskega farmacevtskega trga je v tem, da je celotna farmacevtska industrija usmerjena k zagotovitvi maksimalne možne zaščite zdravja prebivalstva ter k prostemu pretoku zdravil med državami. Prav zaradi tega skušajo posamezne države članice uskladiti posamezne nacionalne smernice in uredbe z evropskimi. To samo po sebi še ne prinaša večjega povpraševanja, je pa dobra vzpodbuda za svobodno in konkurenčno poslovanje znotraj EU.

5.2. SLOVENSKA IN EVROPSKA FARMACEVTSKA INDUSTRIJA

Naša farmacevta sta bolj lokalno usmerjeni podjetji. To pomeni, da sta bolj podvržena lokalnim vplivom na poslovanje. Dodane vrednosti so dosti nižje kakor pri velikih farmacevtskih podjetjih. Vsak od njiju ima nekaj trgov, ki so za podjetje ključnega pomena. Krkini najpomembnejši trgi so ruski in trgi ostalih vzhodnih držav. Lek pa se poleg vzhodnih držav osredotoča tudi na ameriški trg, kjer je v zadnjem letu zabeležil več kot 200-odstotno rast prodaje in prihodkov. Med farmacevtskimi podjetji EU najdemo tako velika oziroma svetovna kot majhna oz. lokalna farmacevtska podjetja. Dobičkonosnost med podjetji je različna, v povprečju pa se giblje od 6 odstotkov do 30 odstotkov prodaje. Svetovni proizvajalci dosegajo večje, lokalni pa manjše profitne stopnje. Vedno več podjetij, tudi v Evropi, se združuje in postaja veliko svetovno znano podjetje, ki svoje proizvode trži po celem svetu in se prilagaja vsakemu trgu. V tabeli 8 je prikazanih deset največjih evropskih farmacevtskih podjetij v letu 2001.

Tabela 8: Primerjava 10 največjih evropskih farmacevtskih podjetij s slovenskima farmacevtskima podjetjema v letu 2001

Podjetje	Država	Prihodki v mio USD	Tržni delež		
			Svet	Sev. Amerika	Evropa
GLAXOSMITHKLINE	Velika Britanija	24.575	7,0	63,3	22,9
ASTRAZENECA	Velika Britanija	16.051	4,6	62,6	27,2
NOVARTIS	Švica	14.065	4,0	50,1	28,4
AVENTIS	Francija	12.242	3,5	40,8	38,0
ROCHE	Švica	9.730	2,8	46,6	30,2
BAYER	Nemčija	6.147	1,7	48,7	27,1
BOEHRINGER INGEL	Nemčija	4.936	1,4	43,4	27,1
SANOFI-SYNTHELABO	Francija	3.983	1,1	7,3	72,4
SCHERING AG	Nemčija	3.061	0,9	22,5	42,5
NOVO NORDISK A/S	Danska	2.070	0,6	24,2	49,9
KRKA	Slovenija	294,6	0,08	-	-
LEK	Slovenija	282,3	0,08	-	-

Opombe: Evropo sestavljajo: članice EU, Belorusija, Bolgarija, Češka, Madžarska, Latvija, Litva, Poljska, Ruska federacija, Slovaška, Slovenija, Švica in Ukrajina.

Severno Ameriko sestavljajo: Združene države Amerike in Kanada.

Prihodki za Krko in Lek so preračunani v dolarje po povprečnem srednjem letnem tečaju BS (242,79 SIT = 1 USD) v letu 2001.

- ni primerljivega podatka, oba naša farmacevta objavljata bolj razdrobljene podatke

Viri: Letni poročili Krke in Leka za leto 2001; Pharmaceutical Market World Review, 2002; Lastni izračuni za Krko in Lek.

Tabela 8 nam pokaže, kako majhni sta slovenski farmacevtski podjetji. Do primerjave tržnega deleža v Evropi in Severni Ameriki in v ostalih podjetjih nisem imel dostopa. Obe podjetji svoje trge delita nekoliko drugače. Krka in Lek sta lokalna proizvajalca, saj je njuna prodaja najvišja prav v določenih državah. Oba sta prisotna predvsem v vzhodni, srednji in jugovzhodni Evropi, medtem ko so njuni deleži v zahodni Evropi, ZDA in ostalem svetu dokaj majhni. Njun zelo pomemben trg je Slovenija, saj oba skupaj obvladujeta nekaj več kot 40% trga. Oba farmacevta nimata enakih dolgoročnih usmeritev in strateških trgov.

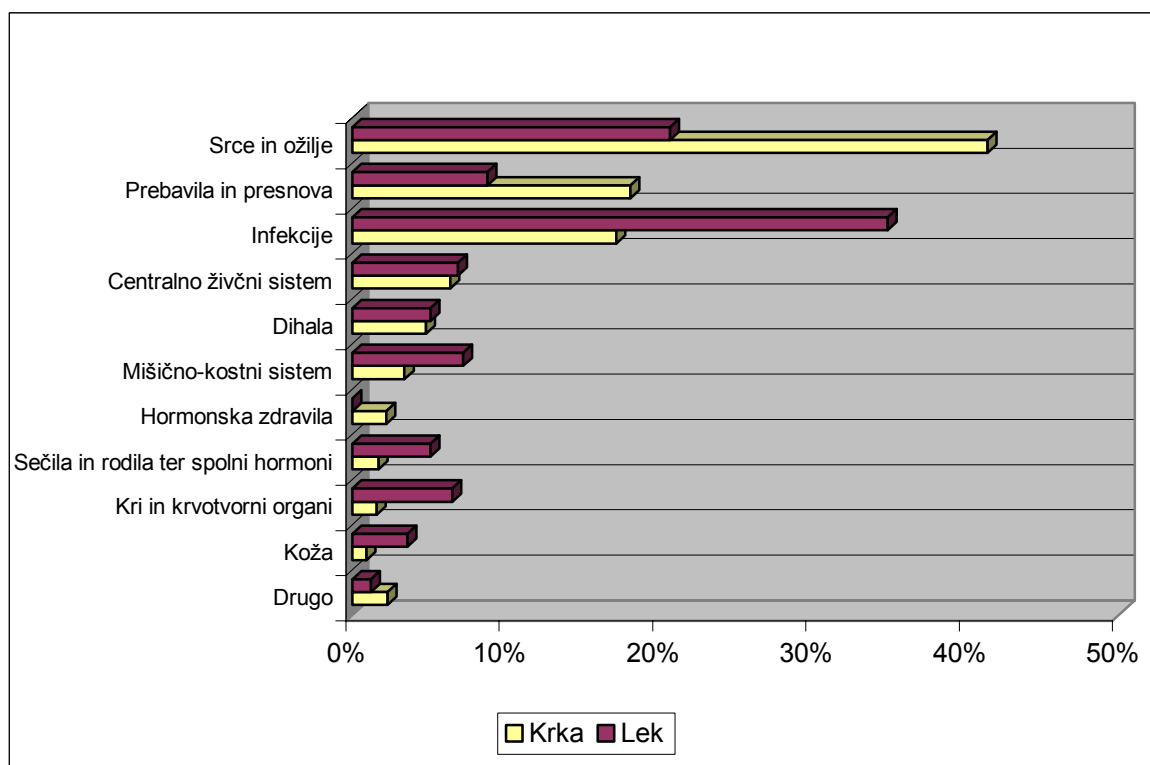
Krka na trgih nekdanje Sovjetske zveze dosega zavidljive rezultate. Največji in najdonosnejši je trg Ruske federacije, kjer je Krka v letu 2001 imela kar 45% rast prodaje. Če upoštevamo, da je farmacevtski trg zrasel v povprečju za 15%, nam to pove, kako pomemben in uspešen je trg Ruske federacije za Krko. Zelo pomembna je tudi srednja Evropa, kjer sta najpomembnejša poljski in češki trg. Poljski trg je zelo zanimiv, saj gre za državo, ki se hitro razvija, posledično pa je s tem večja tudi poraba zdravil. Krka je v Varšavi konec leta 2001 odprla nov proizvodno-distribucijski obrat, s čimer si je pridobila status domačega proizvajalca. To pa prinaša ugodnosti pri pridobivanju dovoljenj za promet z zdravili. V zahodni Evropi, ZDA in ostalem svetu Krka ne dosega boljših

rezultatov kakor prejšnja leta. Lansko leto je Krka v to regijo prodala za 3,8 milijarde dolarjev zdravil (15,6 milijonov USD), daleč najboljši delež v tej regiji pa ima trenutno trg Evropske unije. Krka je v preteklih letih skušala povečati prodajo v tej regiji. Osredotočila se je predvsem na trga ZDA in zahodne Evrope. Vemo, da je poraba zdravil v teh državah najvišja. Krkin adut za uspešen prodor predvsem na trg ZDA je bil enalapril oz. zdravilo Enap, to je zdravilo za urejanje krvnega pritiska, ki je bil dosti cenejši od originalnega zdravila. Po poteku patenta Mercku so se cene zdravila v ZDA znatno zmanjšale, s tem je Krka izgubila cenovno konkurenčnost in se še bolj osredotočila na trg zahodne Evrope.

Če pogledamo, kakšna je poraba na evropskem trgu, vidimo, da je največje povpraševanje po zdravilih za prebavila, sledijo zdravila za znižanje holesterola, zdravila za živčni sistem, analgetiki, zdravila za mišično-kostni sistem in urološka zdravila. Na sliki 10 vidimo prodajo zdravil za humano uporabo po indikacijskih skupinah v letu 2001. To nam pove, kako so razvite posamezne indikacijske skupine v Krki in Leku. Najboljše rezultate dosega Krka pri zdravilih za bolezni srca in ožilja (predstavljajo kar 41,1% vse prodaje zdravil za humano uporabo) z zdravilom ENAP, sledijo zdravila za bolezni prebavil in presnove, zdravila za infekcijske bolezni, zdravila za živčni sistem, zdravila za bolezni dihal z 4,8% deležem med celotnimi zdravili za humano uporabo ter ostala, ki dosegajo manjše deleže.

Lekova struktura prodaje glede na indikacijske skupine je malo drugačna, a vseeno precej podobna, saj se proizvodni asortiman naših farmacevtskih podjetij precej podvaja. Lek dosega najboljše rezultate pri zdravilih za infekcijske bolezni z njihovim paradnim zdravilom AMOKSIKLAV, sledijo zdravila za bolezni srca in ožilja (predstavljajo 20,7% vse prodaje zdravil za humano uporabo), zdravila za bolezni mišično-kostnega sistema, zdravila za živčni sistem, zdravila za bolezni krvi, zdravila za dihala, zdravila za sečila in rodila s 5,1% deležem. Vse navedeno nam pokaže slika 10.

Slika 10: Prodaja zdravil za humano uporabo po indikacijskih skupinah v letu 2001 za Krka in Lek



Vira: Poslovni poročili Krke in Leka v letu 2001.

Če primerjamo strukturo porabe zdravil v Evropi in linijo proizvodov naših farmacevtov, ugotovimo, da oba proizvajata zdravila, po katerih je v Evropi dobro povpraševanje. Krka lahko doseže velike uspehe pri prodaji zdravila Enap, ki je zdravilo za bolezen srca in ožilja. Povpraševanje po takšnih zdravilih je v Evropi na drugem mestu. V letu 2001 se je v EU prodalo za 3,7 milijarde dolarjev takšnih zdravil. Dobre rezultate dosega Krka tudi z zdravili za bolezen prebavil in presnove (zdravilo Utop), povpraševanje po takšnih zdravilih je v Evropi na prvem mestu. V letu 2001 se je porabilo za 3,8 milijarde dolarjev takšnih zdravil.

Lek dosega najboljše rezultate z zdravili za infekcije (predvsem antibiotik Amoksiklav), letna prodaja v letu 2001 se mu je povečala kar za 30%. Zanimivo je, da dosega Lek lepe prodajne uspehe s to skupino zdravil, čeprav se njihovo povpraševanje na evropskem in ostalih trgih ne povečuje. To pomeni, da ima Lek dobro in učinkovito zdravilo, ki je cenovno zelo ugodno. Druga najuspešnejša skupina zdravil so zdravila za bolezen srca in ožilja, po katerih je zelo veliko povpraševanje v Evropi.

Po vstopu v EU bosta Krka in Lek pridobila večji trg. Od vsakega posebej pa je odvisno, ali bosta to znala izkoristiti. Odvisno je tudi od tega, kako bosta podjetji izkoristili čas pred vstopom v EU. Farmacevtska industrija se v zadnjem času zelo koncentrira. Podjetja se

povezujejo, nastajajo velika mednarodna podjetja, ki so finančno zelo močna. Konsolidacija podjetij je posledica cenovnih pritiskov in manjšanja zdravstvenih blagajn. Krka in Lek bosta morala, če bosta hotela ostati na trgu, prevzemati manjša podjetja na svojem interesnem področju.

S prevzemom manjših podjetij bosta:

- postala večji podjetji, njuna velikost jima bo omogočala lažje spopade s pritiski na cene in dajala večjo pogajalsko moč,
- v zelo kratkem času bosta pridobila status domačega proizvajalca z že razvejano prodajno mrežo, kar jima bo omogočalo hiter in uspešen vstop na določen trg .

Tega sta se lotili obe podjetji, vendar vsako na svoj način. Krka se je sprva predvsem posvetila organski rasti. Pred kratkim je odprla proizvodno-distribucijski center na Poljskem, v Novem mestu je postavila enega najsodobnejših obratov za proizvodnjo tablet, v kratkem sledijo še odprtja novih proizvodno-distribucijskih centrov v Rusiji in na Hrvaškem. V zadnjem času se Krka strateško povezuje tudi z nekaterimi farmacevtskimi podjetji v Srbiji, tako da je možno v kratkem pričakovati tudi kakšen prevzem oz. nakup podjetja v Srbiji. S tem bi se Krka uspešno vrnila na svoj nekdanji trg, kjer sta njeno ime in kakovost že dobro znana. S prevzetjem še enega farmacevtskega podjetja v Nemčiji, kot je bilo že večkrat objavljeno, bi tako izboljšala svoj položaj na nemškem in s tem posredno tudi na evropskem trgu.

Lek pa je izbral drugačno pot. Njegova dolgoročna strategija rasti temelji na prevzemih manjših podjetij. Lek je tudi javno objavil namero, da bo vsako leto pregledal od štiri do pet manjših podjetij in eno ali dve tudi prevzel. V letu 2001 je prevzel dve podjetji, Argon na Poljskem in Pharma Tech v Romuniji. Katera pot je boljša, bo pokazal čas. Vsaka ima dobre in slabe strani. Tako na primer pri gradnji ali ustanavljanju novih podjetij podjetje lažje vzpostavi nadzor, splošno prepričanje je, da je izgradnja cenejša kakor nakup. Slaba stran postavitve novega podjetja, pa je počasen vstop na trg in draga gradnja prodajne mreže. Po mojem mnenju je najboljša srednja pot, to je kombinacija ene in druge. Vse kaže na to, da sta se tega zavedli tudi obe naši farmacevtski podjetji. Krka z mogočimi nakupi, Lek pa z izgradnjo nove tovarne v Romuniji.

Ob skupini globalno usmerjenih podjetij bo v prihodnosti uspelo preživeti le nekaj učinkovitim generikom. Generična podjetja s tržnimi nišami in konkurenčnimi prednostmi, kot so izdelava zdravil z dodano vrednostjo in stroškovna učinkovitost, bodo v bodoče najuspešnejša. Takšna sta tako Krka kot Lek. Oba imata dobro oz. konkurenčno linijo proizvodov in oba sta dokaj stroškovno učinkovita, čeprav menim, da imata v tem pogledu še oba rezerve. Če ju primerjamo z velikimi svetovnimi in evropskimi generiki, imata oba slabše kazalce. V primerjavi s srednjevropskimi generiki dosejata povprečno donosnost. Če pogledamo s stališča dobičkonosnosti in rasti dobička, pa sta naša farmacevta v samem vrhu, tudi v primerjavi z velikimi generiki. Njuno uspešnost gre pripisati predvsem dobrim in učinkovitim izdelkom in dobri prodajni mreži. Krkina prodajna mreža v državah

nekdanje Sovjetske zveze velja za njeno glavno prednost pred velikimi tekmeci. Kako uspešni bosta podjetji v prihodnje, je odvisno samo od njiju. Trendi govorijo samo njima v prid. Na evropskem trgu farmacevtskih izdelkov se povpraševanje po generičnih zdravilih povečuje, ocenjuje se, da je v letu 2001 ta znašal okoli 10 milijard dolarjev. Največja trga v tem pogledu sta Nemčija in Velika Britanija. Delim mnenje s tistimi, ki menijo, da vstop Slovenije v EU na poslovanje Krka in Leka ne bo veliko vplival. Obe podjetji že sedaj poslujeta in prodirata na zahodne trge, vstop v EU jima bo le olajšal poslovanje na teh trgih. Sedaj morata podjetji za pridobitev dovoljenja za promet z zdravilom v vsaki državi posebej predložiti potrebno dokumentacijo. Trend v EU pa gre v to smer, da bo registracijske postopke v EU vodila osrednja evropska agencija za zdravila EMEA (European Agency for the Evaluation Medical Products). To bo pocenilo in olajšalo pridobitev dovoljenja za promet in vstop na posamezne trge.

Krka in Lek lahko v prihodnje postaneta tarči prevzemov, vendar brez soglasja vodstev podjetij to ne bo možno. Dolgoročno bi bilo za obe podjetji lažje, če bi si našli strateškega partnerja ali če bi se med seboj povežalo več srednjevelikih generikov. Tako bi bili podjetji še bolj zavarovani pred mogočimi prevzemi.

Iz vsega lahko sklepamo, da bo prihodnjih nekaj let ključnih za razvoj in obstoj naših farmacevtskih podjetij. Generična podjetja imajo zaradi velikih primanjkljajev v zdravstvenih blagajnah, velike možnosti za svojo rast. Njihova rast in njihovi dobički, pa zmanjšujejo deleže in dobičke originalnih proizvajalcev zdravil. Zato se bodo ta podjetja v bodoče še bolj posluževala možnosti za onemogočanje razvoja generičnih zdravil, ki jim jih nudi pravno okolje. Z priključevanjem Slovenije v EU se spreminja tudi naše pravno okolje, kar onemogoča razvoj domače farmacevtske industrije in to predvsem v času, ko se obe podjetji pripravljata na soočenje z hudo evropsko konkurenco.

5.3. PRAVNO OKOLJE FARMACEVTSKE INDUSTRIJE

Ker je farmacevtska industrija ena najdonosnejših industrij, je zato tudi tako regulirana. Področje zdravil ureja in spremlja cela vrsta predpisov, zakonov, standardov, priporočil in smernic. Vse strožja je tudi dokumentiranost in nadzor proizvodnih procesov, skladiščenj in registracije zdravil. Z razvojem farmacevtske industrije in s tem tudi zdravil se je vse bolj povečeval pomen državnih institucij, ki so povezane s farmacevtsko industrijo.

Države imajo svoje urade, ki skrbijo za nadzor nad proizvodnjo, registracijo in prodajo zdravil. Najbolj znana sta ameriška FDA (Food and Drug Administration) in evropska EMEA (European Agency for the Evaluation Medical Products). V Sloveniji se s tem ukvarja Urad za zdravila Republike Slovenije.

5.3.1. PATENTNA ZAKONODAJA

Razvoj novih zdravil je povezan z velikimi stroški, časovno pa traja od 10 do 15 let. Prav zaradi tega hočejo originalni proizvajalci zdravila zaslužiti za čas veljavnosti patenta čimveč. Originalni proizvajalec - originator - ima za čas veljavnosti patenta monopolno pravico nad proizvodnjo in trženjem zdravila. To mu prinese nadpovprečne zasluge. Patent daje lastniku 20-letno ekskluzivno pravico uporabe snovi ali postopka v državi, kjer je bil patent prijavljen in podeljen. Leta 1992 je EU uvedla certifikat o dodatni zaščiti (SPC-supplementary protection certificate), ki podaljšuje patentno zaščito zdravila za največ 5 let. Tako lahko patenti trajajo 25 let.

V povezavi z zdravili je možno patentirati (Matko, 1999, str. 53):

- aktivne učinkovine in substance,
- novo področje uporabe zdravila,
- farmacevtsko obliko,
- nov ali izboljšan proces izdelave.

Glede na navedene možnosti patentiranja pa poznamo več vrst patentov (Matko, 1999, str. 53):

- **PRODUKTNI PATENT** – zaščitimo produkt (substanco). Podjetje navadno prijavi produktni patent takoj, ko z novo molekulo dobi zadovoljive rezultate.
- **INDIKACIJSKI PATENT** – zaščitimo uporabo zdravila za natančno določene indikacije (npr. za zdravljenje psihosomatskih motenj).
- **PROCESNI PATENT** – zaščitimo proizvodni postopek proizvodnje zdravila. V razvitih državah inovativna podjetja običajno prijavijo procesni patent sočasno s patentiranjem kemične sestave zdravila (produktivnim patentom).
- **FORMULACIJSKI PATENT** – zaščitimo zunanji videz, sistem delovanja zdravila, izboljšanje lastnosti zdravila oz. alternativne oblike doziranja. Gre za uspešno strategijo podaljševanja življenjske dobe originalnih zdravil, katerih letna prodaja presega 100 milijonov dolarjev:
 - o proizvodnja zdravil z edinstvenim zunanjim videzom – inovativno podjetje radikalno spremeni zunanji videz zdravila pred potekom produktnega patenta,
 - o nov sistem delovanja zdravila – originalni proizvajalec podaljša npr. sproščanje aktivne substance iz zdravila s pomočjo visokih tehnoloških sistemov delovanja zdravila (takšni sistemi so za generike predragi),
 - o izboljšanje lastnosti delovanja zdravila – s pomočjo novejših tehnologij pri proizvodnji, kar zaradi velikih kliničnih testiranj potegne za sabo velike stroške R&R,
 - o proizvodnja alternativnih oblik doziranja in/ali embaliranja – inovativno podjetje s tem zadovolji večje število tržnih segmentov in omeji generično

penetracijo. Računati pa mora z dodatnimi stroški in problemi pri razvijanju zahtevnejših oblik doziranja (v tekoči obliki, v obliki inhalatorjev ipd.).

- IZOMERNI PATENT – originalni proizvajalec pri zdravilih z več izomeri (optični aktivni centri) loči izomere in jih patentira. Na podlagi patentiranih izomerov razvije novo zdravilo, ki je izboljšana oblika predhodnega (npr. novo področje uporabe zdravila).

Razvite države imajo zakonodajo, ki zgoraj omenjene patente v celoti priznava. Manj razvite države in do nedavnega tudi Slovenija pa vseh patentov niso priznale. Takšne države ponavadi priznavajo procesni oz. procesno-zaščitni patent in ne produktne zaščite. Tako se farmacevtska industrija v takšnih državah razvija predvsem na račun patentne zaščite. Do nedavnega je bilo tako tudi pri nas, 31. marca 2002 pa je pri nas stopil v veljavnost t. i. zakon podatkovne ekskluzivnosti. Podatkovna ekskluzivnost je bistven del zakonodaje na področju zdravil v EU. Slovenija je bila k sprejetju takšne zakonodaje zavezana s podpisom pridružitvenega sporazuma. Do 31. marca leta 2002 sta naša farmacevta lahko registrirala zdravila, za katera sicer velja evropska regulatorna zaščita. Proizvajalec generičnega zdravila se je pri registraciji pred uveljavitvijo podatkovne ekskluzivnosti lahko skliceval na dokumentacijo originalnega zdravila. Teoretično je lahko to naredil že takoj po tem, ko je bilo originalno zdravilo registrirano v Sloveniji ali EU, sam pa je moral z lastnim zmanjšanim delom dokumentacije dokazati, da je zdravilo zelo podobno originalu po sestavi, jakosti in učinkovitosti. To je farmacevtskim podjetjem zelo pocenilo in skrajšalo čas razvoja in registracije zdravila. Sprejetju tega zakona sta Krka in Lek močno nasprotovala. Posledica podpisa bodo večji razvojni stroški in manjša konkurenčnost podjetij, in to predvsem na domačem trgu. Posledice tega bodo vidne v nekaj letih, lahko pa z gotovostjo trdimo, da se bosta naša farmacevta v prihodnosti bolj posvečala vzhodnim trgom in vlagala vanje, ker tam takšna zakonodaja ne bo sprejeta še vsaj desetletje ali dve. Tako bosta podjetji investirali, rasli in zaposlovali v tujini in ne doma v Sloveniji. V obeh podjetjih so prepričani, da bi ta zakon morali uveljavljati šele po vstopu v EU in ne prej. To bi jima prineslo še večje možnosti razvoja pred samim vstopom v EU, kar posledično pelje tudi k večjemu razvoju v Sloveniji. Ne smemo pozabiti, da naša farmacevta skupaj neposredno zaposlujeta več kot 5000 ljudi, posredno pa je od farmacevtske industrije in njenih vlaganj, sponzorstva, donatorstva in drugega odvisnih precej več ljudi.

5.3.2. REGISTRACIJA ZDRAVIL

Registracija zdravil je postopek, v katerem se zdravilu ocenijo kakovost, učinkovitost in varnost. V novejšem času pa se oceni tudi njegova farmakoekonomska evalvacija. Na osnovi pozitivne ocene pridobi zdravilo dovoljenje za promet in postane dostopno nacionalnim zdravstvenim sistemom kot registrirano zdravilo (Primožič, Lešnjak, 1997, str. 135).

Registracijske postopke v Sloveniji vodi Urad RS za zdravila. Pri nas je v veljavi t. i. nacionalni registracijski postopek, po katerem se registrira zdravilo za potrebe države in v skladu s posebnostmi njene zakonodaje. Vsa potrebna dokumentacija in vzorci se oddajo Uradu RS za zdravila in ta potem po točno določenih pravilih in v točno določenem časovnem roku oceni, ali je vloga odobrena ali ne. Urad sestavi komisije, od katerih ima vsaka svojo nalogo pri ocenjevanju zdravila. Običajno so v komisijah neodvisni in ugledni strokovnjaki s področja farmacije, medicine, kemije in biologije.

EU je v preteklih letih razvila dva modela registracijskega postopka zdravila:

1. CENTRALIZIRANI registracijski postopek in
2. DECENTRALIZIRANI registracijski postopek.

V centraliziranem registracijskem postopku osrednja evropska agencija za zdravila (EMA) izvede vrednotenje novega zdravila. Države članice EU pa so dolžne uveljaviti to dovoljenje oz. registracijo zdravila tudi na svojem ozemlju. Pri decentraliziranem postopku pa ena od držav članic preko svoje agencije za zdravila prevzame vlogo vrednotenja novega zdravila. To počne tudi v imenu vseh ostalih. Druge članice so po končanem vrednotenju dolžne upoštevati mnenje države, ki je vodila postopek vrednotenja. V primeru, da se ostale članice z ugotovitvami vrednotenja ne strinjajo, prevzame vlogo arbitraže osrednja evropska agencija za zdravila. V EU je v veljavi sicer tudi nacionalni postopek, vendar se ta postopek že skoraj ne uporablja več.

6. SKLEP

Ni dvoma, da proces priključevanja Slovenije EU vpliva na njeno gospodarsko, socialno in politično okolje. Slovenija bo z vstopom v EU delno izgubila tudi svojo neodvisnost. Ko država ali pa tudi podjetje postane del nečesa večjega, se njeni prejšnji cilji in usmeritve poenotijo z vsemi ostalimi.

Problemi v zdravstvu so obstajali že pred našo osamosvojitvijo, po njej in po pristopu k pogajanju o priključitvi EU pa so postali še očitnejši. Naše zdravstvo se je začelo zavedati, da je glede razvitosti precej za članicami EU. Zaostalost je predvsem posledica premajhnega preteklega investiranja in primanjčovanja sredstev. Očitno primanjčovanje sredstev v zdravstvu je postalo opazno v zadnjih nekaj letih, ko Zavod ne zbere dovolj sredstev za nemoteno poslovanje. Obvezna prispevna stopnja je dovolj velika, tako da ob smotrni porabi sredstev ne bi smelo prihajati do primanjčujaja v zdravstveni blagajni. Eden glavnih krivcev za nastale razmere v zdravstvu je, da država nima jasnih stališč in ciljev v zdravstvu. Tako lahko povemo, da bo morala naša država v prihodnje jasno opredeliti svoja stališča in cilje v zdravstvu. Problem primanjčovanja denarja za investicije v

zdravstvu bo lahko rešljiv tudi skozi pridobitev sredstev iz skladov EU. To bo veliko lažje ob jasnih ciljih in stališčih vlade oziroma države.

Glede obsega in financiranja pravic iz zdravstvenega zavarovanja pa smo Slovenci celo v boljšem položaju kakor državljani EU. Po priključitvi se bomo v veliki meri izenačili z njimi. Z gotovostjo lahko trdimo, da se bodo po vstopu Slovenije v EU povečala sredstva, potrebna za doplačila zdravstvenih storitev in farmacevtskih izdelkov. Vpliv doplačil bo opazen predvsem pri srednjem in nižjem sloju ljudi, ker si ne bodo mogli privoščiti vseh zdravil in storitev v zdravstvu. Tako lahko rečemo, da bo "zdravje" domena dovolj premožnih ljudi. Moramo vedeti, da so gospodarske razmere v tujini bolj naklonjene manj socialnemu zdravstvenemu sistemu. Na udaru bosta tudi obe naši zdravstveni zavarovalnici. Obe se bosta morali pripraviti na hud in oster boj z mednarodno konkurenco, kar bo prineslo "svež veter" v zavarovalniške vode. Njuni produkti bodo še preciznejša dodatna zavarovanja. Tudi t. i. princip solidarnosti, po katerem še poslujeta tako Vzajemna kot Adriatic, bo v bodoče spremenjen, saj je velika razlika v porabi sredstev med zdravim in bolnim zavarovancem.

Približevanje EU bo vplivalo tudi na naši farmacevtski podjetji. Ker sta obe podjetji generična proizvajalca zdravil, se bosta obe poleg običajne konkurence na trgu soočali tudi s hudimi pritiski s strani večjih farmacevtskih podjetij. Postavlja se vprašanje, kako se bosta obe podjetji pripravili na mogoče prevzeme ali strateška sodelovanja ter kako močni in uspešni bosta ob pristopu v EU.

Dolgoročno bosta obe podjetji najverjetneje postali tarča ali sovražnega prevzema ali namernega strateškega povezovanja. Obe podjetji bosta zanimivi predvsem zaradi njune prodajne in marketinške mreže. Krka velja za podjetje, ki ima najboljšo prodajno in marketinško mrežo na trgih nekdanje Sovjetske zveze. Lek pa ima poleg dobre prodajno-marketinške mreže v srednji Evropi še dobre prodajne rezultate v Ameriki in zahodni Evropi. Za obe podjetji in njuno okolico bi bilo najboljšo, če bi dolgoročno ohranili svojo samostojnost. Samostojnost bosta podjetji ohranili ali kot dela večjih, med sabo povezanih, vendar neodvisnih podjetij, ali kot del velikega podjetja, ki se mu je podjetje priključilo s strateško povezavo. Menim, da bi bilo za državo in ljudi, ki so odvisni od farmacevtske industrije, najbolje, če bi se med sabo povezala generična podjetja v našem delu Evrope (npr. Pliva – Krka – Lek - Gedeon Richter). S tem bi nastalo, pogojno rečeno, veliko generično podjetje, ki bi bilo učinkovito. Podjetje bi lažje konkuriralo velikim tekmečem, vsa podjetja pa bi s tem ostala samostojna. Takšno podjetje bi zlahka postalo prvo farmacevtsko podjetje srednje in vzhodne Evrope. To pa je zelo velik in potencialen trg.

Poglavitno za podjetji je, da pričakata pristop Slovenije v EU čimbolj močni in prodajno uspešni. Njuna uspešnost pa je odvisna tako od razmer na njunih tujih trgih kot tudi od slovenskega trga. Razmere pri nas pa niso tako ugodne, kakor bi Krka in Lek želela. Slovenija predvsem v luči približevanja EU sprejema zakonodajo, ki omejuje naši podjetji v njunem razvoju in rasti. Zaradi sprejemanja zakonodaje pa naša država pospešuje

pridobivanje dovoljenj in pospeši uvrščanje njunih zdravil na eno izmed list. Država bi morala v bodoče vzpostaviti farmacevtski trg, ki je navidezno in deklarativno prost, dejansko pa zaprt. To bi posledično povečalo prodajo našima farmacevtoma.

Vstop Slovenije v EU bo v splošnem pogledu vplival na razmere pri nas pozitivno. Na zdravstvo sam vstop v EU po ugotovitvah naj ne bi imel posebnega vpliva. Trendi in pomanjkanje sredstev niso posledica priključevanja Slovenije v EU. Slaba stran bodo še večja doplačila za zdravstvene storitve in farmacevtske izdelke, kar pa bi se ob takšnem pomanjkanju sredstev v zdravstvu zgodilo v vsakem primeru. Povečana doplačila s strani zavarovancev, pa lahko v veliki meri vplivajo tudi na porabo generičnih zdravil, saj bo vsak skušal doplačati najbolj ekonomično zdravilo. To pa so večinoma generična zdravila, ki so praviloma cenejša in enako učinkovita kakor originalno zdravilo.

Vpliv na farmacevtsko industrijo je po eni strani negativen, po drugi pa pozitiven. Dobra stran je predvsem večji evropski trg, poenoteno in cenejše poslovanje ter poenotena registracija zdravil. Države EU predstavljajo velik potencialni trg za generične proizvajalce kot sta Krka in Lek predvsem zaradi tega, ker se bodo stroški zdravstvenega zavarovanja v Evropi v prihodnjih letih višali hitreje kot finance za njihovo pokrivanje. Prav tako je pomembno dejstvo, da se v prihodnjih nekaj letih iztečejo patenti nekaterih zdravil, ki so tržne uspešnice. Tako bodo generična podjetja, ki bodo hitra in učinkovita imela velike priložnosti za rast in razvoj. Med takšna podjetja pa štejem Krka in Lek.

Slaba stran priključevanja pa so vse ostrejši pogoji razvijanja, registracije in prodaje zdravil ter s tem posledično potrebni večji stroški razvoja in raziskovanja. Negativna stran je tudi možen sovražen prevzem s strani tujih multinacionalk.

Na strani države je, da našima farmacevtskima podjetjema v največji možni meri olajša poslovanje doma ter odlaša s sprejetjem zakonodaje, ki bi še bolj omejevala razvoj novih generičnih zdravil. Zaradi velikih priložnosti, ki jih bosta podjetji imeli ob vstopu v EU, bosta morala podjetji v predpristopnih letih oblikovati močne blagovne znamke, ki bodo v očeh kupcev na evropski ravni vzpostavile ugled slovenskih farmacevtskih podjetij. Vzpostavitev splošno znanih močnih blagovnih znamk, pa je možna le ob veliki rasti in doseganju zavidljivih dobičkov. To pa je lažje dosegljivo s pomočjo države.

Približevanje in vključevanje Slovenije v EU je ključnega pomena. Menim, da bo Slovenija z vstopom v EU pridobila več kakor pa izgubila. Moramo pa se zavedati, da nam sam vstop v EU prinese samo priložnosti. Kako pa bomo takšne priložnosti izkoristili, pa je odvisno predvsem od nas samih. Naloga države je, da v tem predpristopnem času podjetjem pomaga pri pripravljanju na soočenje z prostim pretokom blaga, storitev, kapitala in delovne sile.

7. LITERATURA

1. Bagari Nevenka: Vloga farmakoeconomike pri vrednotenju in reimbusiranju novih zdravil. Copenhagen: World Health Organisation, 1999. 6 str.
2. Cunder Sašo: Slovenska farmacevta še vedno poceni. Finance, Ljubljana, 30.7.2002, str. 5.
3. Fúrst Jurij: Posebnosti predpisovanja antibiotikov v Sloveniji v primerjavi z nekaterimi drugimi državami. Zdravstveno varstvo, Ljubljana, 40 (2001), 10-12, str. 373-375.
4. Health Care in Transition-Slovenia. Copenhagen: World Health Organisation, 1996. 44 str.
5. Kdo je kdo v Evropski uniji. Ljubljana: Informacijski center Delegacije Evropske unije, 2002. 23 str.
6. Kogovšek-Vidmar Tatjana: Položaj, vloga in smeri razvoja lekarniške farmacije v slovenskem zdravstvenem sistemu. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije, 2000. 106 str.
7. Kumar Andrej, Bovha Simona, Aristovnik Aleksander: Mednarodna ekonomika - vaje. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2000. 129 str.
8. Matko Milena: Celovita ocena Krke, tovarne zdravil, d.d. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 140 str.
9. Možina Damjan: Trendi farmacevtskega marketinga v svetu. Novo mesto: Izobraževalni center Krke d.d., 1998. 17 str.
10. Novaković Aljoša: Sodobne težnje farmacevtske industrije v svetu in Sloveniji. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1997. 63 str.
11. Primožič Stanislav, Lešnjak Marija: Dobra evaluacijska praksa (GPR) - odgovornost sodobnih regulatornih organov. Farmacevtski vestnik, Ljubljana, 1997, 48, str. 133-142.
12. Saražin Klemenčič Ksenija: Kje smo - analiza izbranih kazalcev, povezanih z zdravstvenim varstvom v Sloveniji in nekaterih drugih državah v letih 1995-1999. Bilten Ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, Ljubljana, 16 (2000), 9, str. 206-211.
13. Saražin Klemenčič Ksenija: Kje smo - analiza izbranih kazalcev, povezanih z zdravstvenim varstvom v Sloveniji in nekaterih drugih državah v letih 1995-1999. Bilten Ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, Ljubljana, 16 (2000a), 10, str. 230-235.
14. Smrekar Tanja: Nad Lekom oblak prevzema. Finance, Ljubljana, 28.5.2002a, str. 3.
15. The development of the Slovenian Health Insurance System in the perspective of accession to the EU-increasing efficiency and containing costs. B.k.: Phare-Consensus programme, 1999. 68 str.
16. Toth Martin: Uresničevanje strateškega razvojnega programa obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji - ekonomski vidiki. Bilten Ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, Ljubljana, 18 (2002), 2, str. 48-51.

8. VIRI

1. Eurostat yearbook 2002. [URL: <http://europa.eu.int/Public/datashop/print-catalogue>]
2. Interna gradiva Krke, tovarne zdravil.
3. Letno poročilo za leto 1999. Ljubljana: Vzajemna, 2000. 29 str.
4. Letno poročilo za leto 2000. Ljubljana: Vzajemna, 2001. 40 str.
5. Letno poročilo za leto 2001. Ljubljana: Lek, 2002. 50 str.
6. Letno poročilo za leto 2001. Novo mesto: Krka, 2002. 62 str.
7. Nacionalni program zdravstvenega varstva RS (Uradni list RS, št. 49/2000).
8. OECD Health Data. [URL: <http://www.who.dk/hfad>]
9. Poslovno poročilo za leto 1998. Ljubljana: ZZZS, 1999. 94 str.
10. Poslovno poročilo za leto 1999. Ljubljana: ZZZS, 2000. 91 str.
11. Poslovno poročilo za leto 2000. Ljubljana: ZZZS, 2001. 84 str.
12. Poslovno poročilo za leto 2000. [URL: http://www.adriatic.si/nov_splet/okvir.htm]
13. Poslovno poročilo za leto 2001. Ljubljana: ZZZS, 2002. 99 str.
14. Pravilnik o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo (Uradni list RS, št. 67/2001).
15. Statistični letopis RS 2001. Ljubljana: Statistični urad RS, 2001. 661 str.
16. The Pharmaceutical Market World Review 2002. London: IMS, 2002. 650 str.
17. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 101/1999, št. 70/2000, št. 7/2002).