

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**VPLIV STARANJA PREBIVALSTVA NA PORABO
ZDRAVIL**

Ljubljana, maj 2004

MAJA STARC

KAZALO

1	UVOD	1
2	STARANJE PREBIVALSTVA	3
2.1	STARANJE PREBIVALSTVA V SLOVENIJI	4
3	POSLEDICE STARANJA PREBIVALSTVA	8
3.1	SPLOŠNE POSLEDICE STARANJA PREBIVALSTVA	8
3.2	POSLEDICE STARANJA PREBIVALSTVA ZA ZDRAVSTVO	9
3.3	VPLIV STARANJA PREBIVALSTVA NA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI	13
4	STARANJE PREBIVALSTVA IN PORABA ZDRAVIL	17
4.1	VZROKI POVEČEVANJA STROŠKOV ZA ZDRAVILA	17
4.2	PODATKI O PORABI ZDRAVIL IN TEŽAVE V ZVEZI S TEMI PODATKI	18
4.3	PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SLOVENIJI	20
4.4	POSREDNO UGOTAVLJANJE VPLIVA STARANJA PREBIVALSTVA NA PORABO ZDRAVIL	22
4.4.1	Poraba zdravil v odvisnosti od starosti	22
4.4.2	Kronične bolezni in dejavniki tveganja za kronične bolezni	24
4.5	NEPOSREDNO UGOTAVLJANJE VPLIVA STARANJA PREBIVALSTVA NA PORABO ZDRAVIL	29
4.5.1	Primerjava deležev receptov, stroškov za zdravila ter deležev starostnikov ..	29
4.5.2	Izdatki za zdravila in demografska struktura	29
4.5.3	Sočasno predpisovanje zdravil	31
4.5.4	Staranje prebivalstva in poraba zdravil v ZDA	32
4.6	VPLIV ZDRAVIL NA STARANJE PREBIVALSTVA	34
4.6.1	Načrtovana rodnost	34
4.6.2	Daljšanje življenjske dobe	35
5	POLITIKE V POVEZAVI S PORABO ZDRAVIL, ZDRAVSTVOM IN STARANJEM PREBIVALSTVA	37
5.1	POLITIKA NA PODROČJU ZDRAVIL	37
5.2	POLITIKA V ZDRAVSTVU	39
5.3	PREBIVALSTVENA POLITIKA	41
6	SKLEP	42
7	LITERATURA	44
8	VIRI	46
9	PRILOGE	

1 UVOD

V zadnjih desetletjih se zdravstveni sistemi po vsem svetu soočajo s povečanim povpraševanjem državljanov po zdravstvenih dobrinah in njihovi univerzalni dostopnosti. S tem se pojavljajo čedalje večji pritiski na povečevanje sredstev za zdravstveno varstvo. Eden izmed razlogov za to je zelo hiter napredek medicinske znanosti in tehnologije, hkrati pa postajajo ljudje vse bolj zdravstveno osveščeni. Aktivno iščejo informacije o tem, kako ohranjati in krepiti zdravje in še zlasti, kakšne možnosti jim v primeru bolezni nudijo medicina in spremljajoče znanosti. Drugi razlog za večje povpraševanje pa je naraščanje števila starejših prebivalcev, ki veliko bolj kot mlajši potrebujejo in uporabljajo zdravstveno varstvo, in naraščanje števila kroničnih bolnikov.

Namen diplomskega dela je predstaviti staranje slovenskega prebivalstva in posledice tega procesa, predvsem pa preveriti, kako se zaradi naraščanja števila starejših prebivalcev spreminja poraba zdravil. Staranje prebivalstva bo namreč prineslo pomembne spremembe v vzorcu zbolevanja in posledičnem povpraševanju po zdravilih. Namen je tudi opozoriti na problem naraščanja stroškov za zdravila pri nas, med drugim tudi zaradi staranja prebivalstva.

Za takšno temo diplomskega dela sem se med drugim odločila tudi zato, ker so vprašanja zdravstva pogosto v središču javne pozornosti, poleg tega pa v zadnjem času v Sloveniji spremljamo številne razprave o stanju zdravstvenega sistema, pripravljajo pa se tudi zdravstvena reforma. Razlogov za čedalje večje zanimanje javnosti za zdravje, zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje je več. Zdravje je namreč visoko na lestvici vrednot večine ljudi. Pri tem pa ni pomembno le dobro telesno in duševno zdravje, ampak tudi dejstvo, da raven kakovosti, stabilnosti in učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva vpliva ne le na zdravstveni, ampak tudi na materialni in socialni status posameznikov.

Izhodišča za proučevanje zdravstva in zdravstvenih sistemov so lahko zelo različna, od kazalcev zdravstvenega stanja prebivalstva, vprašanj učinkovitosti v zdravstvu, porabe sredstev za upravljanje zdravstvenega sistema, možnosti uvajanja učinkovitih modelov financiranja zdravstva in tako dalje. Pomembno merilo uspešnosti zdravstvenega sistema oziroma politike je tudi napredek v stopnji nadzora nad porabo sredstev za izdatke sektorja. Ker izdatki za zdravstvo v Sloveniji iz leta v leto naraščajo in znotraj teh naraščajo izdatki za zdravila, hkrati pa tudi delež zdravil med vsemi izdatki, me je zanimalo ali je lahko med drugim večja poraba zdravil posledica spremembe starostne strukture prebivalstva v zadnjih letih in spremembe v naravi zbolevanja prebivalcev.

Besedilo diplomskega dela v drugem poglavju obravnava proces in značilnosti staranja prebivalstva in predstavi staranje prebivalstva Slovenije z vidika nekaterih kazalcev, kot so delež starejših prebivalcev v celotnem prebivalstvu, indeks staranja in srednja starost prebivalstva. V tem poglavju je poudarjeno, da je za staranje prebivalstva bistveno upadanje rodnosti, ki je za Slovenijo značilno že vrsto let. Posledica tako nizke rodnosti je tudi negativni naravni prirastek v zadnjih nekaj letih. Pričakovano trajanje življenja v Sloveniji pa se podaljšuje. Demografske projekcije kažejo, da se bo trend staranja prebivalstva nadaljeval.

V tretjem poglavju diplomskega dela so predstavljene posledice staranja prebivalstva na splošno in v zdravstvu. Staranje prebivalstva namreč nakazuje slabšanje zdravstvenega stanja prebivalstva, s tem pa povečanje potreb po zdravstvenih storitvah. Naraščajoče razmerje med upokojenimi in delovno aktivnimi ljudmi pa po drugi strani zmanjšuje tako davčne prilive kot obseg plačanih premij za zdravstveno zavarovanje. V tem poglavju je prikazano tudi kako staranje prebivalstva vpliva na zdravstvo v Sloveniji.

V četrtem poglavju so najprej razčlenjeni vzroki, zaradi katerih se stroški za zdravila povečujejo, nato so opisani načini spremljanja porabe zdravil na splošno in v Sloveniji ter težave z uporabo podatkov, ki se nanašajo na porabo zdravil. Posredno je mogoče sklepati, da se bo poraba zdravil zaradi večanja deleža starejše populacije povečala, saj prebivalci v višjih starostnih skupinah porabijo več zdravil. Poleg tega na porabo zdravil vplivajo tudi vrste bolezni, za katerimi ljudje zbolevalo. Danes, ko delež tistih, ki umrejo zaradi nalezljivih bolezni, upada, prebivalci v povprečju umirajo kasneje in predvsem zaradi kroničnih, nenalezljivih bolezni, najpogosteje zaradi bolezni srca in ožilja. V tem poglavju so zato obravnavani tudi nekateri epidemiološki vidiki srčno-žilnih in duševnih bolezni ter tako imenovani dejavniki tveganja za kronične bolezni, ki tudi vplivajo na porabo zdravil. Če se bo trend staranja prebivalstva v Sloveniji nadaljeval, lahko pričakujemo, da bo vedno več ljudi uporabljalo zdravila za zdravljenje tovrstnih bolezni, s tem pa se bodo zviševali tudi stroški za zdravila.

Poleg tega je v četrtem poglavju prikazan vpliv staranja prebivalstva na porabo zdravil tudi s primerjavo deležev receptov in stroškov za zdravila starejšim osebam ter deležev starostnikov. Neposredno se vpliv staranja prebivalstva na porabo zdravil kaže tudi s tem, kako se spreminjajo izdatki za zdravila ob predpostavki, da se demografska struktura v določenem obdobju ne spreminja. Prikazano je tudi, kako se po starostnih skupinah predpisuje hkrati več zdravil in kako se vpliv staranja prebivalstva na porabo zdravil kaže v Združenih državah Amerike.

Zveza med starostjo in izdatki za zdravila je vzročno-posledična, zato je v enem izmed podpoglavij prikazano, kako so zdravila preko zmanjševanja rodnosti in daljšanja življenjske dobe vplivala na staranje prebivalstva. Ker je pozornost raziskovalcev in oblikovalcev zdravstvene politike usmerjena tudi v ukrepe, ki preprečujejo prehitro naraščanje stroškov za zdravila, med drugim tudi zaradi staranja prebivalstva, so v petem poglavju predstavljeni tudi nekateri izmed teh ukrepov. Besedilo je sklenjeno s sklepom ter s pregledom uporabljene literature in virov, na koncu pa so besedilu dodane še priloge.

2 STARANJE PREBIVALSTVA

V zadnjih nekaj desetletjih se je v gospodarsko razvitejših državah sveta zgodila ključna socialna sprememba. Življenjska doba ljudi se je v povprečju precej podaljšala, spremljal jo je znaten upad rodnosti. Zmanjšanje rodnosti in podaljšanje pričakovane življenjske dobe predvsem zaradi izboljšanja življenjskega standarda in zdravstvenih razmer sta se dolgoročno odrazila v spremembi starostne strukture prebivalstva razvitejših držav.

Na spremembe v številu prebivalstva po posameznih starostnih skupinah prebivalcev vplivajo rodnost, umrljivost ter preseljevanje prebivalcev med državami. V procesu staranja prebivalstva narašča delež starega prebivalstva med celotnim prebivalstvom, zato je staranje prebivalstva definirano kot povečanje deleža starega prebivalstva nad neko starostno mejo v celotnem prebivalstvu. Za starostno mejo sem v diplomskem delu večinoma upoštevala 65. leto starosti, ponekod pa tudi 60. leto starosti.

Demografski razvoj prebivalstva je potekal od tradicionalnega tipa obnavljanja, za katerega je značilna visoka raven rodnosti in smrtnosti, prek demografskega prehoda, ko sta se smrtnost in rodnost postopoma zmanjšali, do modernega tipa obnavljanja prebivalstva z nizko rodnostjo in smrtnostjo. V današnjih razvitih evropskih državah se je faza demografskega prehoda začela s padanjem smrtnosti v obdobju industrijske in agrarne revolucije. Proces modernizacije in s tem povečanje življenjske ravni, nova odkritja v medicini ter večja osebna in javna higiena so vplivali na znižanje smrtnosti. Rodnost se je na modernizacijo odzvala v manjši meri tako, da je bilo demografsko razmerje porušeno.

Po končanem demografskem prehodu se je uveljavil moderni tip obnavljanja prebivalstva. V današnjih razvitih državah sta se splošna stopnja smrtnosti in rodnosti znižali, zato se povečuje delež starih ljudi in zmanjšuje delež aktivne populacije. V modernem tipu obnavljanja prebivalstva je rodnost najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na staranje prebivalstva.

Na samo rodnost vplivajo številni dejavniki, ki jih lahko razdelimo na biološke, ekonomske, družbene, kulturne, antropološke in psihološke (Malačič, 2003, str. 115-116). Tako na primer na obseg rojevanja pomembno vplivajo: materialna življenjska raven, način proizvodnje, razdelitve, menjave in potrošnje, zaposlovanje žensk prek trga dela, naraščanje stroškov vzgoje otrok, uveljavitev norme nizkega števila otrok v družini in krajšanje časa, ki ga ženska posveti reprodukciji. Poleg tega vrednote rojevanja komaj še ostajajo v modernem sistemu vrednot, ki je preobremenjen z vrednotami ekonomskih in političnih zadev.

Smrtnost se je po končanem demografskem prehodu še naprej zniževala in se znižuje še danes. Na to kažejo predvsem spremenjena življenjska pričakovanja. Zaradi višje življenjske ravni narašča število oseb, ki doživijo visoko starost predvsem na račun manjše umrljivosti v zgodnjem otroštvu in v srednjem življenjskem obdobju, zato se podaljšuje življenjska doba.

V zadnjih desetletjih se je rodnost v nekaterih državah razvitega sveta znižala pod raven, ki še zagotavlja enostavno obnavljanje prebivalstva. V nekaterih državah se je pojavila celo depopulacija, ko več ljudi v enem letu v državi umre, kot pa se jih rodi. Če se bo takšno stanje nadaljevalo dlje časa, lahko pride celo do postopnega ugašanja prebivalstva.

Projekcije prebivalstva nekaterih razvitih držav, med njimi tudi Slovenije, nam kažejo, da bi ob nadaljevanju sedanje nizke ravni rodnosti in odsotnosti večjih priselitev prišlo že čez nekaj desetletij do pretiranega staranja prebivalstva. Delež starih bi se povečal celo čez 30 %, delež otrok pa bi padel pod 10%. Takšno stanje ne bi moglo nikjer dolgo trajati, saj bi se število prebivalstva zelo hitro zmanjševalo, porušena razmerja med starostnimi kontingenti pa bi ogrozila celotno družbeno in gospodarsko reprodukcijo (Malačič, 2003, str. 23).

2.1 STARANJE PREBIVALSTVA V SLOVENIJI

Tako kot v razvitejših državah se tudi v Sloveniji življenjska doba podaljšuje. S tem se povečuje delež najstarejše skupine prebivalcev v starosti 65 let in več. Osnovna značilnost demografskega gibanja v Sloveniji je nizka nataliteta in negativni naravni prirastek. Število mlajše populacije (od 0 do 14 let) je v upadanju, tako relativno kot absolutno. Prebivalstvo starejših skupin (65 let in več) hitro narašča s trendom še intenzivnejše rasti v prihodnosti. Prebivalstvo Slovenije že okrog 100 let spada med stara prebivalstva, ob nadaljnji nizki rodnosti pa se bo vse bolj približevalo fazi pretiranega staranja (Malačič, 2003, str. 24).

V Sloveniji je prišlo do naglega upada števila rojstev v drugi polovici osemdesetih let in v devetdesetih letih in sicer se je njihovo število zmanjšalo za eno tretjino. Po drugi strani je prišlo do povečevanja deleža starejših od 65 let, deloma na račun zmanjšanja deleža otrok, deloma pa tudi na račun podaljšanja pričakovanega trajanja življenja.

Demografsko gibanje se v Sloveniji bistveno ne razlikuje od demografskega gibanja razvitih evropskih državah. V primerjavi z drugimi evropskimi državami je bila Slovenija sredi osemdesetih let še med državami z relativno mladim prebivalstvom. Podobno, kot pri upadu rodnosti, je Slovenija tudi pri naraščanju deleža starejšega prebivalstva sledila vzorcu drugih podobnih držav na prehodu. V primerjavi z državami Evropske unije še vedno zaostaja v deležu starejših, vendar pa se že približuje državam, ki imajo okrog 15 % starostnikov.

Proces staranja prebivalstva v Sloveniji lahko prikažemo z nekaterimi relativnimi kazalniki starostne strukture. Ti so naraščanje odstotka starega prebivalstva, povečevanje indeksa staranja in rast srednje starosti prebivalstva.

- **Odstotki posameznih starostnih razredov v celotnem prebivalstvu**

Delež prebivalstva, mlajšega od 15 let, se iz leta v leto zmanjšuje, povečuje pa se delež ljudi, starih 65 let in več. Po podatkih, zbranih s popisi prebivalstva v obdobju 1953-2002 (Vertot, 2000, str. 14), je delež oseb, mlajših od 15 let, leta 2002 znašal 15,3% in se je glede na leto 1953 zmanjšal za 44,6% oziroma za 12,3 odstotne točke. To zmanjšanje je posledica dolgoletne nizke rodnosti, kar je privedlo do relativnega povečanja ostalih starostnih skupin. Po drugi strani je v letu 2002 delež prebivalcev, starih 65 let in več, znašal 14,7%, kar je 93,4% oziroma 7,1 odstotne točke več kakor ob popisu leta 1953, ko je ta delež znašal 7,6%. Delež starejših se je v opazovanem obdobju, torej od leta 1953 do leta 2002, povečeval neenakomerno, povprečno pa za 0,14 odstotne točke na leto. Če se bosta trenda zmanjševanja deleža oseb, mlajših od 15 let, in povečevanja deleža oseb, starih 65 let in več, nadaljevala, lahko pričakujemo, da bo delež starejših oseb kmalu presegel delež mlajših od 15 let.

Tabela 1: Prebivalstvo Slovenije po starostnih skupinah v obdobju 1953-2002, v %

Starostna skupina (leta)	1953	1961	1971	1981	1991	2002
0-14	27,6	27,3	24,1	23,0	20,6	15,3
65 in več	7,6	7,8	9,8	11,1	10,9	14,7

Vir: Popisi 1953-2002.

- **Indeksi staranja**

Indeksi staranja so definirani z razmerjem med številom starega prebivalstva in številom otrok. Gre za število ljudi v neki družbi, starih 65 let in več, na 100 otrok v starosti od 0 do 14 let. Po podatkih popisa v letu 2002 je znašal indeks staranja za to leto 96,3, medtem, ko je indeks staranja po podatkih popisa v letu 1953 znašal 27,5. Preprosto povedano to pomeni, da je bila v letu 1953 starostna struktura prebivalstva takšna, da so na enega starega človeka živele približno štiri mlade osebe, v letu 2002 pa se je to razmerje spremenilo že skoraj na ena proti ena.

Tabela 2: Indeksi staranja prebivalstva Slovenije v obdobju 1953-2002

	1953	1961	1971	1981	1991	2002
Indeksi staranja	27,5	28,6	40,7	48,3	52,9	96,1

Vir: Popisi 1948-2002.

- **Tehtana aritmetična sredina starosti prebivalstva**

Povprečna starost prebivalstva je po podatkih popisa v letu 2002 znašala 39,5 let in se je glede na popisne podatke o povprečni starosti v letu 1953, ko je znašala 31,1 let, povečala za 8,4 let. Primerjava podatkov o povprečni starosti prebivalstva, dobljenih s popisi v obdobju 1953-2002, kaže, da se je povprečna starost prebivalstva ves čas povečevala.

Tabela 3: Povprečna starost prebivalstva Slovenije v obdobju 1948-2002, v letih

	1953	1961	1971	1981	1991	2002
Povprečna starost (leta)	31,1	32,1	33,3	34,3	35,9	39,5

Vir: Popisi 1953-2002.

Upadanje rodnosti je za Slovenijo značilno že vrsto let. Število živorojenih otrok med leti 1991 in 2002 se je zmanjšalo z 21.583 (ali 10,8 živorojenih na 1000 prebivalcev) na 17.501 (ali 8,8 živorojenih na 1000 prebivalcev), torej za 19%. Kljub temu, da se je rodnost v letu 2000 prvič povečala, je v letu 2001 padla na najnižjo vrednost v obdobju od 1991 do 2002 (17.477 živorojenih ali 8,8 živorojenih na 1000 prebivalcev). To je tudi najnižja vrednost živorojenih v enem letu v Sloveniji nasploh. V letu 2002 se število živorojenih v primerjavi z letom 2001 ni bistveno povečalo. Splošna umrljivost se v obdobju od 1991 do 2002 ni bistveno spreminjala. V letu 2002 je znašala 9,3 umrlih na 1000 prebivalcev.

Za Slovenijo je značilno vztrajno upadanje naravnega prirastka, ki je posledica manjšega števila rojstev in ne povečane umrljivosti. Naravni prirastek je bil leta 1991 še pozitiven in je znašal 1,1 na 1000 prebivalcev, potem pa je Slovenija v letu 1993 prvič v svoji zgodovini dosegla depopulacijo. Negativni naravni prirastek se je ponovil tudi v letih od 1997 do 2002. V letu 2002 je bila vrednost naravnega prirastka kar $-0,6$ na 1000 prebivalcev. Na povečanje števila prebivalstva pri nas trenutno najbolj vpliva priseljevanje, saj živi v naši državi vsako leto več tujcev s stalnim in začasnim prebivališčem, beguncev in oseb z začasnim zatočiščem (Poslovno poročilo ZZZS, 2002).

Ker je splošna stopnja smrtnosti preveč odvisna od starostne strukture prebivalstva, se kot primernejši kazalnik smrtnosti uporablja življenjsko pričakovanje ob rojstvu. Pove nam, koliko let življenja lahko v povprečju pričakuje moški ali ženska ob rojstvu. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se v Sloveniji v zadnjih 11 letih enakomerno povečuje tako za moške kot za ženske in sicer približno za eno leto v štirih letih. Tako je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v obdobju 1990-1991 za moške znašalo 69,54 let in za ženske 77,38 let, medtem ko je v obdobju 2001-2002 ta vrednost narasla na 72,33 let za moške in 79,87 let za ženske. V prihodnosti se pričakuje povečanje življenjskega pričakovanja ob rojstvu za oba spola. Pri moških naj bi se ta kazalec do leta 2036 povečal na 76,4, pri ženskah pa na 83,1 leto (Malačič, 2003a, str. 177).

V Sloveniji približno 70% moških in 87% žensk živi več kot 65 let, kar je večji delež kot v ostalih tranzicijskih državah centralne in vzhodne Evrope, a manjši kot v zahodno evropskih državah in severno ameriških državah, kjer približno 80% moških in skoraj 90% žensk doživi 65 leto starosti (Egidi, 2003, str. 170).

Demografske projekcije Statističnega urada RS v letih 2005, 2010, 2015 in 2020 po srednji varianti kažejo, da se bo trend staranja slovenskega prebivalstva nadaljeval tako, da bo po statističnih napovedih v letu 2020 delež prebivalstva, starega 60 let in več, predstavljal že 26,6% vsega prebivalstva, torej bo mednje sodil približno vsak četrti prebivalec Slovenije. V letu 2002 je delež teh prebivalcev v celotnem prebivalstvu znašal 20,0%. Delež zelo starih (osebe stare 80 let in več) pa bo predvidoma znašal 4,7% celotnega prebivalstva.

V prilogi so v tabelah 1 in 2 prikazane tudi projekcije prebivalstva za starostne kontingente prebivalstva od 0 do 14, od 15 do 64 in 65 in več let za obdobje 2001-2036 (Malačič, 2003, str. 352-360). V tabeli 1 so prikazane projekcije prebivalstva v konstantni, nizki, srednji in visoki varianti ob predpostavki, da so neto migracije enake nič, torej gre za zaprto prebivalstvo, v tabeli 2 pa je upoštevana tudi hipoteza o migracijah. Proces staranja prebivalstva Slovenije po projekcijah 2001-2036 je v prvem primeru po vseh variantah zelo izrazit. Do leta 2011 se delež starih 65 let in več le malo poveča, do leta 2036 pa pri vseh variantah ta delež znaša okrog četrtno vsega prebivalstva. Za prebivalstvo s tako visokimi deleži starega prebivalstva lahko rečemo, da je pretirano staro prebivalstvo. Odstotek otrok in odstotek delovnega kontingenta sta pri vseh variantah leta 2036 bistveno nižja kot na začetku projekcijskega obdobja. Odstotek kontingenta otrok znaša po projekcijah v letu 2036 okrog 10%, odstotek delovnega kontingenta pa nekaj več kot 60%.

Ob upoštevanju pozitivnih neto migracij v našo državo se bo po projekcijah v tabeli 2 prebivalstvo Slovenije v projekcijskem obdobju 2001-2036 staralo počasneje. Po eni strani bo to posledica ugodnejše starostne strukture neto selitev v primerjavi z ostalim prebivalstvom, deloma pa tudi pozitivnega vpliva priseljevanja na rodnost prebivalstva. Kljub vsemu pa vpliv pozitivnih neto selitev večinoma ne bo bistveno zaustavil samega procesa staranja prebivalstva (Malačič, 2003a, str. 180). Nadaljevanje tega demografskega gibanja bo imelo vrsto negativnih posledic na številnih področjih, ne samo na področju zdravstva.

3 POSLEDICE STARANJA PREBIVALSTVA

3.1 SPLOŠNE POSLEDICE STARANJA PREBIVALSTVA

Ekonomika staranja prebivalstva je po mnenju mnogih še vedno področje, s katerim se ukvarjajo le demografi in specialisti na področju pokojnin. Spremembe v starostni strukturi populacije pa se čedalje bolj odražajo na večini področij, s katerimi se ukvarja ekonomija. To so predvsem področja dela oziroma delovne sile, razporeditve bogastva, vzorcev potrošnje, davkov in javnih izdatkov ter javne politike (Disney, 1998, str. 6).

Posledice staranja prebivalstva so številne in pomembne tako za posameznika kot družbo. Razdelimo jih lahko na ekonomske, družbene in kulturne. Staranje prebivalstva pomembno vpliva na strukturo in obseg proizvodnje, potrošnje, varčevanja in investiranja v družbi. Zaradi staranja prebivalstva se spreminja razmerje med aktivnimi in vzdrževanimi, povečuje se starost ob upokojitvi, podaljšuje obdobje šolanja in povečuje aktivnost žensk. Spremenjena starostna struktura vpliva tudi na politične razmere in volilne rezultate, saj se povečuje politični vpliv starejših ljudi (Malačič, 2003, str. 24).

Pričakovati je, da bo staranje prebivalstva v prihodnosti v razvitih državah pomembno vplivalo predvsem na nekatera področja socialne varnosti (Stropnik, 2000, str. 85):

- Starostno strukturo prebivalstva, predvsem aktivnega
- Trg dela (stopnjo brezposelnosti, migracije, plače ipd.)
- Delovanje pokojninskega sistema
- Zdravstveno varstvo
- Storitve na področju socialnega varstva (dolgotrajno nego starih in kronično bolnih)
- Izpostavljenost prebivalstva revščini in socialni izključenosti
- Obseg in strukturo stroškov socialnega varstva.

Pri tem je mogoče pričakovati, da bodo v prihodnje stroški socialne varnosti neprestano naraščali, saj se bodo izdatki za stare (predvsem za pokojnine, zdravstveno varstvo in dolgotrajno nego) povečevali veliko hitreje, kot se bodo zmanjševali izdatki za mlade in stroški v zvezi z brezposelnostjo (Stropnik, 2000, str. 89).

Staranje prebivalstva se kaže v večji obremenitvi aktivnega dela prebivalstva, ki preko prispevkov in davkov prispeva denar, iz katerega se financirajo različni programi socialnega in zdravstvenega varstva, pokojnin, izobraževanja itd. S tem denarjem se v Sloveniji krijejo tudi stroški zdravil, ki se predpisujejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Spreminjanje strukture vzdrževanega prebivalstva prikazujemo z deležem mladega (0-19 let) in starega prebivalstva (65 let in več) v aktivni populaciji (20-64 let). Ta delež je v Sloveniji konec leta 2002 znašal 57,0, pri čemer je razmerje mladi/aktivni znašalo 33,8, razmerje stari/aktivni pa 23,2.

Do leta 2020 naj bi se razmerje med vzdrževanim in aktivnim prebivalstvom povečalo na 68,9%, s tem, da se bo delež mladi/aktivni zmanjšal na 36,9%, delež stari/aktivni pa povečal na 32,0%. Slednje naj bi bilo predvsem posledica upokojitve številčnih povojnih generacij. Predvideva se, da bo koeficient stari/aktivni zlasti hitro naraščal v obdobju 2011-2020, v tem času pa bo predvidoma izginil vpliv manjšega števila rojstev na koeficient mladi/aktivni (Stropnik, 2000, str. 89).

Projekcije prebivalstva za Slovenijo po letu 2010 napovedujejo hitro padanje deleža prebivalstva, starega 20-59 let, to je prebivalstva v delovni dobi (Stropnik, 2000, str. 86). Zmanjševanje prebivalstva v delovni dobi se tudi v državah Evropske unije še nekaj časa ne bo poznalo na številu aktivnega prebivalstva. Nekaj rezerve je v današnjih brezposelnih, nekaj v obsežnem zaposlovanju žensk, nekaj pa v kasnejšem upokojevanju. Poleg tega so v delovni dobi še razmeroma številčne generacije iz 50-ih in 60-ih let.

3.2 POSLEDICE STARANJA PREBIVALSTVA ZA ZDRAVSTVO

Staranje prebivalstva nakazuje slabšanje zdravstvenega stanja prebivalstva in s tem povečanje potreb po zdravstvenih storitvah, zdravstvenih zmogljivostih in tudi finančnih sredstvih za zdravstveno varstvo populacije. Starostna struktura prebivalstva je pomembna za načrtovanje programov zdravstvenega varstva, saj so potrebe po zdravstvenih dobrinah in z njimi povezani stroški za osebe, starejše od 65 let, v povprečju bistveno višji kot pri ostalih starostnih skupinah. Najpomembnejši razlog za to je vzorec zbolevanja, ki je med mlajšimi ljudmi in starostniki precej različen. Medtem ko prvi zbolevalo predvsem za akutnimi boleznimi in je delež kroničnih bolnikov manjši, pa je med starostniki večina bolnikov kroničnih in zato potrebujejo dolgotrajno obravnavo.

V procesu staranja prebivalstva pa se povečuje delež starejših ljudi in s tem tudi kroničnih bolnikov, zato se stroški zdravljenja povečujejo na račun višjih stroškov zdravljenja kroničnih bolezni pri starih ljudeh. Vzroke daljšanja življenjske dobe in večjega števila kroničnih bolnikov je mogoče iskati predvsem v napredku zdravstva v razvitih državah, ki je skoraj odpravil hujše nalezljive bolezni, zato se je zmanjšalo število prezgodnjih smrti zaradi teh bolezni. Zdaj ljudje živijo dovolj dolgo, da zbolijo za kroničnimi boleznimi, ki so v zvezi s starostjo, in s tem povzročajo višje zdravstvene izdatke. Nekatere najdražje kronične bolezni se pojavljajo prav v visoki starosti. Po nekaterih ocenah so izdatki za zdravstveno varstvo 70-letnika dvakrat višji od povprečnih, izdatki za osebo, staro 80 let in več, pa kar štirikrat višji od povprečnih (Stropnik, 2000, str. 89).

V zdravstvenem statusu starejših ljudi je mogoče najti velike razlike, kar pomeni, da starost ni bolezen že sama po sebi. Na splošno pa posamezniki razumejo staranje kot slabšanje svojega zdravja. Hitrost staranja je različna od posameznika do posameznika in se včasih ne razvije počasi ampak kot posledica nenadnih fizičnih ali fizioloških dogodkov, kot so bolezen, smrt, upokojitev. Ljudje imajo tudi zelo različne percepcije o svojem zdravju. Pri proučevanju zdravstvenega statusa ljudi evropskih držav v letu 1995, je bilo ugotovljeno, da prebivalci evropskih držav zelo različno ocenjujejo svoje zdravje, (ne)zmožnosti za normalno opravljanje dnevnih aktivnosti in podobno (Egidi, 2003, str. 171-179).

Zdravstvena tveganja so povezana s starostjo, spolom, ekonomskim in socialnim standardom, individualno zdravstveno preteklostjo ter drugimi dejavniki. Ker so individualna tveganja po populaciji neenakomerno razpršena, temelji praktična predpostavka zdravstvenega varstva kot socialnega modela na ugotovitvi, da so izdatki za zdravstveno varstvo vselej zoženi na majhno število posameznikov. Tako na primer 80% vseh izdatkov v zdravstvu povzroča vsak trenutek samo 20% prebivalstva in polovico vseh stroškov povzroči okoli 5% celotne populacije (Keber, 2003, str. 51). Zanimive so ugotovitve nekaterih študij, da je približno 60% zdravstvenih stroškov posameznika zgoščenih v zadnjem letu življenja ne glede na starost ob smrti oziroma da polovica stroškov nastane v zadnjih dveh letih življenja. Iz tega izhaja, da je možno razmeroma preprosto oceniti vpliv demografskega dejavnika na zdravstvene stroške, saj ima število smrti največji vpliv na stroške zdravstva v nekem letu (Stropnik, 2000, str. 88). Porast stroškov zdravstvene dejavnosti na posameznika zaradi podaljšanja življenjske dobe pa je mogoče oceniti tudi kot seštevek stroškov preventive, ki omogoča daljše življenje, in naraščajočih stroškov zdravljenja v pozni starosti (Stropnik, 2000, str. 88).

V zvezi s staranjem prebivalstva in višjo pričakovano življenjsko dobo se je treba vprašati, ali je daljše življenje povezano z izboljšanjem kvalitete življenja in ali so zdravstvene spremembe, ki stojijo za daljšo pričakovano življenjsko dobo povezane tudi z boljšim fizičnim in mentalnim stanjem starejših (Disney, 1998, str. 268). Daljša življenjska doba sama nujno ne pomeni izboljšanja zdravstvenega stanja posameznika, ampak poveča verjetnost, da bodo posameznikova zadnja leta življenja povezana z degenerativnimi kroničnimi boleznimi in invalidnostjo.

Kazalci zdravstvenega stanja starejših ljudi na področju evropskih držav kažejo, da se je izboljšala kvaliteta preživetja v zadnjih dvajsetih letih predvsem pri tistih, starejših od 65, a mlajših od 85 let (Egidi, 2003, str. 187). To so pokazale tudi raziskave v ZDA in sicer se je zbolevanje v zadnjih nekaj desetletjih zmanjšalo za povprečno 1% med starimi ljudmi. Najpomembnejša dejavnika, ki sta pripomogla k temu, pa sta razvoj medicinske tehnologije in spremenjene življenjske navade prebivalstva. Ta trend bo v prihodnosti vplival na uporabo zdravstvene službe, lahko pa se pokaže tudi v kasnejšem upokojevanju ljudi (Cutler, 2001, str. 11).

Zaradi procesa staranja prebivalstva vse več ljudi zaradi telesne in duševne bolezni, invalidnosti in osamelosti ni sposobnih poskrbeti zase in potrebujejo tujo pomoč za opravljanje in vzdrževanje življenjskih funkcij, osebne higiene in nekaterih drugih dnevnih aktivnosti. K temu je prispevala tudi sprememba odnosov v družini, saj se njena tradicionalna vloga, ki je pomenila skrb za onemogle in bolne člane, vidno spreminja. Zaradi razpada družine in odseljevanja njenih mlajših članov ter zaradi aktivnega zaposlovanja žensk v preteklih desetletjih v družini ni oseb, ki bi nudile nego ostarelim članom družine (Toth, 2003, str. 91). Tako starejši ljudje in kronični bolniki pogosto potrebujejo dodatno obravnavo, na primer dolgotrajno nego in zdravljenje na domu, vključevanje drugih socialnih služb v skrb za ohranjanje ali izboljšanje kakovosti življenja takega bolnika. V zdravstvu in družbi nasploh se zato pojavljajo še stroški uvajanja programov, kot so podaljšano bolnišnično zdravljenje, nega v domovih za ostarele, storitve za starostnike na njihovem domu in podobno.

Iz podatkov evropskih držav o nezmožnosti za normalno opravljanje dnevnih aktivnosti je mogoče ugotoviti, da traja obdobje hude nezmožnosti, ko so ljudje popolnoma nesamostojni in so omejeni na svojo posteljo ali stol ali lasten dom, v povprečju 1-2 leti za moške, starejše od 75 let, in prav toliko za ženske, starejše od 85 let. Obdobje življenja z nezmožnostjo za normalne dnevne aktivnosti, kot so umivanje, oblačenje in podobno, pa traja 4-5 let, od katerih so 3-4 leta po 75 letu (Egidi, 2003, str. 186).

Staranje prebivalstva je pogosto navedeno med razlogi za naraščajoče stroške v zdravstvu. (Rejc, 2003, str. 45). Po nekaterih ocenah staranje prispeva manj kot polovico preteklega in prihodnjega naraščanja stroškov za zdravstvo v državah OECD. Približno ena tretjina prihodnjih izdatkov v zdravstvu bo zaradi staranja prebivalstva, preostali del naraščanja izdatkov pa bo zaradi naraščanja trenda večjega trošenja zaradi nove tehnologije in postopkov pri vseh starostih (Becker, 2004, str. 14).

Zaradi procesa staranja prebivalstva bo vedno več sredstev treba namenjati zdravljenju bolezni, povezanih s starostjo, hkrati pa naraščajoče razmerje med upokojenimi in delovno aktivnimi ljudmi zmanjšuje tako davčne prilive kot obseg plačanih premij za zdravstveno zavarovanje. Čedalje večje stroške zdravljenja in nege starostnikov bo moralo nositi aktivno prebivalstvo oziroma celotna družba, saj jih starostniki sami ne bodo mogli plačati (Stropnik, 2000, str. 88).

Ob predpostavki, da višina zdravstvenih izdatkov s starostjo narašča, potem sprotno kritje obveznega zdravstvenega zavarovanja s prispevki, ki so sorazmerni dohodku posameznika, povzroči, da mladi zavarovanci subvencionirajo starejše. V zameno za to lahko mladi zavarovanci pričakujejo, da bodo v prihodnosti, ko bodo dosegli določeno starost, prejeli neto transferje od takratnih mlajših generacij. Tak sistem ureditve lahko imenujemo medgeneracijska pogodba, ki ima pomembno vlogo tudi na področju zdravstva. Pomankljivost tega sistema je strah mladih zavarovancev, da generacije za njimi ne bodo želele prevzeti nase bremena financiranja njihove zdravstvene oskrbe (Prevolnik-Rupel, 2000, str. 72). Če se bo delež starih prebivalcev povečeval in se bo delež stroškov zdravstvene oskrbe starejših povečeval, to v prihodnosti ni tako nemogoče.

Avtorji, ki opozarjajo na nujnost nadzora nad rastjo stroškov v zdravstvu, za čedalje večje stroške ne krivijo le sprememb v starostni strukturi prebivalstva. Staranje prebivalstva je le eden izmed mnogih dejavnikov, ki bodo v prihodnosti vplivali na velikost stroškov v zdravstvu. Poleg demografskih sprememb na stroške vpliva tudi razvoj nove in dražje medicinske tehnologije, ki zahteva več denarja in več znanja, uspešna farmacevtska industrija, ki odkriva zdravila za bolezni, ki so do nedavnega veljale za neozdravljive, pojavljajo se tudi nove, za zdravljenje zelo zahtevne bolezni. Pričakovanja bolnikov se povečujejo in njihova poučenost je vedno večja.

V veliki meri je za pretirano rast stroškov kriva tudi odsotnost nadzora nad stroški (Rejc, 2003, str. 24). Poslanstvo zdravstvenih organizacij, zlasti če so to javni zavodi, je skrbeti za zdravje ljudi in ne za dobičkonosnost poslovanja. Poleg tega uveljavljeni storitveni sistem zdravstvenega varstva izvajalcev ne spodbuja h kontroli stroškov. Posamezne zdravstvene storitve se namreč plačujejo po vnaprej dogovorjenih cenah, zato je cilj zdravstvenih organizacij predvsem poslovati v čim večjem obsegu in realizirati čim več prihodkov, stroški, ki pri tem nastanejo, pa niso tako pomembni.

Stroški zdravstva so odvisni od učinkovitosti organizacije: neuspešna ali neučinkovita zdravljenja pomenijo izgubo sredstev in podaljšanje trajanja zdravljenja. Vpliv staranja prebivalstva na stroške zdravstva je izrazitejši pri neučinkovitemu sistemu (Stropnik, 2000, str. 88).

3.3 VPLIV STARANJA PREBIVALSTVA NA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI

V Sloveniji so demografske spremembe neugodne. Število prebivalcev v starostni skupini do 14 let se zmanjšuje, v starostni skupini nad 65 let pa povečuje. Ker so stroški za zdravstvo pri starostni skupini prebivalcev nad 65 let nekajkrat višji od povprečnih stroškov v predhodnih življenjskih obdobjih, bo nadaljevanje obstoječih demografskih trendov v prihodnosti pomenilo čedalje večjo obremenitev za zdravstvo. Poleg tega je treba upoštevati, da se v Sloveniji povečuje preživetje pri kroničnih boleznih, zato narašča število kroničnih bolnikov. V prihodnosti bo zato potrebna predvsem postopna usmeritev na programe za ostarele, kronično bolne osebe in njihove potrebe po dolgotrajni negi.

Po podatkih OECD je bilo v državah, v katerih so preučevali vpliv starosti na izdatke za zdravstvene storitve, ugotovljeno, da osebe, stare nad 65 let, potrošijo od 1,7 do 5 krat več sredstev za zdravstvene izdatke kot ostali prebivalci. V Evropi se ta koeficient giblje med 2,7 in 4,4. Za Slovenijo velja ocena, da so stroški za zdravstvene storitve na prebivalca nad 65 let 3,3 krat višji kot na prebivalca do 65 leta starosti, kar je približno enako evropskemu povprečju (Prevolnik-Rupel, 2000, str. 71).

Odhodki za zdravstvo v Sloveniji v zadnjih letih neprestano naraščajo, med drugim tudi zaradi staranja prebivalstva. Ker se v Sloveniji vztrajno povečuje delež najstarejše skupine prebivalstva v starosti 65 let in več, je iz izračunov Ministrstva za zdravje razvidno kako naraščanje števila starejših prebivalcev vpliva na povečanje stroškov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izračuni temeljijo na oceni, da so stroški zdravstvenih storitev na prebivalca, starejšega od 65 let, v povprečju 4,5-krat višji kot na povprečnega prebivalca, mlajšega od 65 let (Keber, 2002, str. 263).

Tabela 4 prikazuje izračun dodatnih odhodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) zaradi staranja prebivalstva. V izračunu so predpostavili, da število prebivalcev ostaja na ravni iz leta 1992 ter da izdatki za zdravstvene storitve naraščajo po enaki stopnji za vse prebivalce. S tem so v izračunu ohranili rast izdatkov zaradi vpliva staranja. Če se prebivalstvo Slovenije ne bi staralo in bi starostna struktura ostala na ravni iz leta 1992, teh odhodkov ne bi bilo.

Tabela 4: Delež starejših od 64 let v številu celotnega prebivalstva Slovenije, 1993-2002 ter povečani odhodki ZZZS zaradi staranja v stalnih cenah 2002

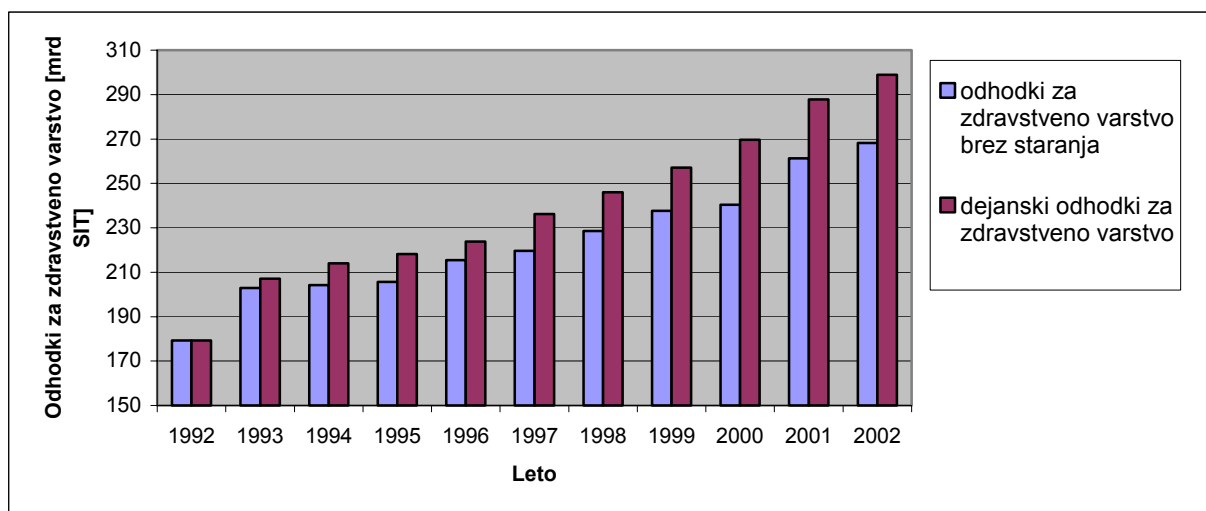
Leto	Delež starejših od 65 let	Odhodki – stalne cene
1993	11,81	2.241.849.165
1994	12,13	4.568.029.853
1995	12,51	7.978.669.544
1996	12,85	10.508.109.436
1997	13,22	13.404.647.514
1998	13,58	16.319.800.386
1999	13,85	19.631.431.757
2000	14,14	22.917.171.596
2001	14,47	27.240.395.131
2002	14,63	29.524.838.549

Vir: Izračuni Ministrstva za zdravje, 2003.

Na Ministrstvu za zdravje tudi predvidevajo, da bodo odhodki ZZZS zaradi staranja ostali na ravni okrog 30 milijard tolarjev (v stalnih cenah leta 2002) do leta 2007. Takrat se bodo začeli upokojevati ljudje, ki so bili rojeni v povojnem obdobju, ko je prišlo do izbruha rodnosti.

Odhodki ZZZS so zaradi staranja prebivalstva naraščali bolj, kot bi, če se struktura prebivalstva ne bi spremenila. Vpliv staranja prebivalstva na odhodke ZZZS prikazuje slika 1, iz katere je razvidno, da je bila stopnja rasti odhodkov ZZZS višja zaradi staranja prebivalstva. Odhodki ZZZS bi se v primeru, da se prebivalstvo ne bi staralo, v obdobju 1992-2002 povečali za približno 90 milijard SIT v stalnih cenah iz leta 2002. Ker pa se je starostna struktura prebivalstva spremenila, so dejanski odhodki za zdravstveno varstvo višji.

Slika 1: Rast odhodkov za zdravstveno varstvo v obdobju od 1992 do 2002, izražena v stalnih cenah v letu 2002 (milijarde SIT)



Vir: Izračuni Ministrstva za zdravje, 2003.

Za zdravstvo pa niso pomembni le izdatki, ampak tudi delovno aktivno prebivalstvo. V strukturi zavarovanih oseb so neugodni predvsem trendi nadaljnjega večanja deleža upokoјencev (Poslovno poročilo ZZZS, 2003). Od celotne populacije je bilo v letu 2001 aktivnega le 40,3% prebivalstva, kar pomeni, da je vsak aktiven zavarovanec vzdrževal še 1,48 neaktivnih zavarovanih oseb. To pomeni veliko obremenitev aktivne populacije pri vzdrževanju ravni socialne varnosti. V letu 2007 se bodo začele upokoјevati najštevilčnejše generacije izbruha rodnosti, torej ljudje, rojeni med letoma 1946 in 1965, zmanjševanje rodnosti pa bo s predvidenim zamikom vplivalo na manjše število zaposlenih, ki morajo financirati upokoјene. Na Ministrstvu za zdravje napovedujejo, da bodo brezposelni nadomestili izpraznjena delovna mesta, ki bodo po letu 2007 nastala zaradi upokoјevanja generacije izbruha rodnosti. Število zaposlenih v državi naj bi vse do leta 2007 naraščalo z realno stopnjo rasti več kot 1%, kar pomeni, da se bodo naraščajoči odhodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje zaradi staranja prebivalcev pokrivali s tekočimi prilivi prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje.

V Sloveniji se vpliv demografskih sprememb na uporabo zdravstvene službe kaže tako, da se zmanjšuje število otrok na izvajalca v zdravstvenem varstvu otrok in mladine. Število obiskov v dejavnosti splošne oziroma družinske medicine pa se po drugi strani povečuje. Glede na vzorec in značilnost obiskov bo postopoma naraščajoči delež starostnikov pomenil veliko dodatno obremenitev za zdravstveno službo. Število zavarovanih oseb na zdravnika v osnovnem zdravstvu se je spremenilo tako, da se je število prebivalcev na otroškega in šolskega zdravnika zmanjšalo, na splošnega zdravnika pa povečalo (Cukjati, 1999, str. 35).

Tabela 5: Število prebivalcev na zdravnika v osnovnem zdravstvu v letih 1996-1999 v Sloveniji

	1996	1998	1999	Indeks 99/96
Splošni	1.701	1.731	1.761	103,5
Otroški	923	905	884	95,8
Šolski	2.072	1.921	1.745	84,2

Vir: Cukjati, 1999, str. 35.

Le v treh letih je število prebivalcev in s tem obremenitev splošnega zdravnika narasla za 35%, obremenitev otroškega pa padla za 4,2%, šolskega celo za več kot 15%. Ob istem številu otroških in šolskih zdravnikov in ob postopnem zmanjševanju števila splošnih zdravnikov se je v Sloveniji tudi število rojstev zmanjšalo. Demografska projekcija v naslednjih desetih letih predvideva še dodatno zmanjšanje števila šoloobveznih otrok za skoraj 20%, na nekaterih območjih celo za več kot 30% (Cukjati, 1999, str. 36).

Ne le poraba zdravil, temveč tudi število pregledov in stroški laboratorijev so v veliki meri odvisni od števila kroničnih bolnikov in od števila kroničnih bolezni na posameznega kroničnega bolnika. Pri pacientih ene izmed splošnih ambulant so spremljali vse kronične bolezni, ki zahtevajo reden zdravniški nadzor in ugotovili, da se z naraščajočo starostjo in večanjem deleža kroničnih bolezni večata tudi število diagnoz na kroničnega bolnika in število diagnoz na bolnika po starostnih skupinah (tabela 6).

Tabela 6: Delež kroničnih bolnikov, število diagnoz na kroničnega bolnika in število diagnoz na pacienta po starostnih skupinah v Sloveniji

Starostne skupine v letih	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Nad 70
% kroničnih bolnikov	2,8	4,5	13,1	26,2	34,8	56,4
Št.diagnoz na kroničnega bolnika	1,1	1,4	1,7	2,0	2,6	3,1
Št.diagnoz na opredeljenega pacienta	0,03	0,06	0,22	0,52	0,90	1,75
Indeks na starost 21-30 let	100	200	730	1730	3000	5830

Vir: Cukjati, 1999, str. 36.

Kurativna ambulanta, ki bi na primer oskrbovala paciente, stare le od 61 do 70 let, bi bila torej glede števila kroničnih bolezni tridesetkrat bolj obremenjena kot na primer ambulanta z enakim številom pacientov, ki bi bili stari le 21-30 let. Torej je pričakovati, da bo splošni zdravnik imel vse več pacientov z vse obsežnejšim in vse dražjim spletom kroničnih bolezni, hkrati pa bo pod vse večjim pritiskom racionalizacije predpisovanja zdravil in napotitev na sekundarno raven (Cukjati, 1999, str. 36).

Staranje prebivalstva je eden izmed vzrokov, da se izdatki za zdravstvo višajo. Med posameznimi segmenti zdravstvenega varstva pa se najhitreje povečujejo izdatki za zdravila. Tabela 7 kaže povprečne letne rasti izdatkov za zdravila, zdravstveno dejavnost in BDP v Sloveniji (Fürst, 2000, str. 20).

Tabela 7: Povprečne realne letne rasti vseh izdatkov za zdravila (iz obveznega in obeh prostovoljnih zavarovanj), zdravstveno dejavnost in BDP v Sloveniji v obdobju 1993-1999 (v %)

	Zdravila	Zdravstvena dejavnost	BDP
Slovenija	7,7	5,1	4,4

Vir: Fürst, 2000, str. 20.

Analiza vpliva staranja prebivalstva na možen razvoj deleža BDP, namenjenega za javne izdatke v zdravstvu, kaže, da bi se ob predpostavki nespremenjenega obsega pravic iz zdravstvenega zavarovanja skupni javni izdatki za zdravstvo od sedanjih 6,9% bruto domačega proizvoda povečali, v najboljšem primeru na 9% po letu 2030, v primeru povečanih izdatkov in neugodnega demografskega razvoja pa bi se približali 12% (Kraigher, 2003, str. 202).

4 STARANJE PREBIVALSTVA IN PORABA ZDRAVIL

4.1 VZROKI POVEČEVANJA STROŠKOV ZA ZDRAVILA

Stroški za zdravila se po eni strani povečujejo zato, ker se predpisuje več zdravil, hkrati pa se uporabljajo čedalje novejša in dražja zdravila. Z vse večjo porabo zdravil je čedalje večja tudi potreba po vrednotenju zdravil predvsem z vidika stroškov in analize dejavnikov, ki določajo porabo zdravil.

Med vzroke za večanje stroškov za zdravila lahko štejemo demografske dejavnike, spremenjen način življenja, razvoj na področju farmacije, povračilo stroškov za zdravila in pričakovanja pacientov.

- **Demografski dejavniki.** Ker se pričakovana življenjska doba nenehno daljša, narašča delež prebivalstva, starejšega od 65 let, in povprečna starost skupine ljudi nad 65 let. Stroški za zdravila starejših ljudi pa so praviloma višji od stroškov za zdravila mlajših ljudi. Stroški za zdravila se povečujejo, ker ljudje porabijo več zdravil in ker več ljudi uporablja zdravila. V ZDA predvidevajo, da staranje prebivalstva prispeva kar 20% k trendu naraščanja stroškov zdravil (Basch Scott, 2001).
- **Spremenjen način življenja** vodi do spremenjenega vzorca obolenj. Danes se struktura bolezni v razvitih državah sveta razlikuje od strukture bolezni v državah na nižji ravni razvoja in je odsev staranja prebivalstva, spremenjenih prehranjevalnih navad, življenjskega stila in ekonomskih sprememb.

- **Razvoj na področju farmacije.** Vedno močnejši postaja vpliv hitro razvijajoče se farmacevtske industrije, ki si skuša zagotoviti čim večji trg. Proces razvoja in testiranja zdravil postaja čedalje dražji in farmacevtska industrija vlaga ogromna sredstva, ki se ji lahko povrnejo le z visokimi cenami zdravil. Izjemno močna farmacevtska industrija odkriva nova in vse učinkovitejša zdravila za zdravljenje bolezni, ki jih do nedavnega ni bilo mogoče zdraviti z zdravili ali so veljale za neozdravljive. Tako se poraba zdravil povečuje tudi na račun zamenjave drugih vrst zdravljenja z zdravljenjem z zdravili (Lawton Burns, 2002, str.219). Ker sodobno zdravljenje številnih bolezni poteka v ambulantah namesto v bolnišnicah, krajšajo pa se tudi bolniški izostanki z dela, nekateri poudarjajo, da se na ta način večji stroški za zdravila lahko tudi hitro povrnejo.
- **Povračilo stroškov za zdravila** s strani nacionalnih zdravstvenih sistemov. Nekateri ekonomisti verjamejo, da je eden izmed pomembnih dejavnikov, ki prispevajo k povečevanju javnih sredstev, namenjenih za zdravila, tudi tako imenovani fenomen moralnega hazarda. Ta fenomen se pojavi, kadar uporabnikom zdravil ni treba neposredno plačati stroškov zdravljenja, tako nimajo ne uporabniki, ne izvajalci zdravstvenih storitev pobude za zmanjševanje stroškov v zdravstvu (Saltman, 2002, str.149). Kritje stroškov za zdravila in relativno majhna doplačila zdravil omogočata, da so tako uporabniki zdravil kot tudi zdravniki cenovno neobčutljivi (Findlay, 2001).
- **Pričakovanja pacientov so vedno večja**, ljudje bolj skrbijo za svoje zdravje, kot so pred časom.

V ZDA navajajo med vzroke večje porabe zdravil tudi bolj agresivno trženje, ki je namenjeno tako zdravnikom kot tudi porabnikom zdravil (Findlay, 2001). K večji porabi prispeva tudi večja dostopnost porabnikov do informacij, večja uporaba preventivnih storitev in večji obseg oglaševanja za zdravila, ki jih ne krije zdravstveno zavarovanje (Herman, 2001).

4.2 PODATKI O PORABI ZDRAVIL IN TEŽAVE V ZVEZI S TEMI PODATKI

Poraba (utilizacija) zdravil po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije pomeni distribucijo, trženje, predpisovanje in uporabo zdravil v družbi s poudarkom na medicinskih, socialnih in ekonomskih posledicah. Viri podatkov za spremljanje porabe zdravil so lahko:

- Podatki lekarn o izdaji zdravil (recepti, naročilnice, izdajnice, samozdravljenje)
- Podatki zdravstvenih zavarovalnic, ki zbirajo predvsem zaradi povračila stroškov za zdravila
- Podatki iz zdravstvenih kartonov
- Podatki farmacevtske industrije o proizvodnji zdravil
- Podatki veletrgovcev o prodaji

Podatki o porabi zdravil v Sloveniji so zbrani na podlagi avtomatske obdelave podatkov receptov. Te podatke zbira Inštitut za varovanje zdravja. V celoti se spremljajo podatki le o ambulantno predpisanih zdravilih, katerih plačnik je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Hkrati Inštitut za varovanje zdravja razpolaga tudi z nepopolnimi podatki o zdravilih, predpisanih na samoplačniške recepte. Podatkov o celotni porabi zdravil v Sloveniji ni na voljo, saj se na nacionalni ravni ne spremljajo podatki o zdravilih, izdanih brez recepta, in bolnišnične porabe zdravil.

S sprejetjem Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva je Inštitut za varovanje zdravja dobil zakonsko osnovo za spremljanje celotne porabe zdravil in postal upravljalec naslednjih zbirk:

- Evidenca zdravil na trgu,
- Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept,
- Evidenca porabe zdravil, izdanih brez zdravniškega recepta in
- Evidenca porabe zdravil v bolnišnicah.

Pričakujejo, da bo s tem mogoče spremljati celotno porabo zdravil na nacionalni ravni.

Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept, nastaja v lekarni, nato podatke o izdanih receptih pošiljajo lekarne mesečno na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja, kjer zbirajo podatke o:

- izdanem zdravilu,
- bolniku, kateremu je zdravilo predpisano (starost in spol bolnika in njegovo številko zavarovanja),
- predpisujočem zdravniku in
- vrsti in enoti zavarovanja.

Pri ugotavljanju porabe zdravil po starostnih skupinah sem se seznanila z nekaterimi problemi v zvezi s podatki o porabi zdravil. Osnovna merska enota za prikazovanje porabe zdravil je zdravniški recept. Pri razlagi podatkov o številu izdanih receptov pa moramo upoštevati, da zdravnik predpiše na en recept različno količino zdravil. Tudi vrednostno izraženi podatki o porabi imajo omejeno uporabno vrednost, ker imajo zdravila z enakimi ali podobnimi učinkovinami lahko zelo različne cene ali so uvrščene na različne liste. Poleg tega je treba pri časovni in mednarodni primerjavi upoštevati različne ravni cen.

V diplomskem delu je za prikazovanje porabe zdravil po starostnih skupinah uporabljena največkrat pogostost predpisovanja zdravil na 1000 prebivalcev, to je število receptov na število prebivalcev določene starostne skupine. Gre za podatke o porabi lastniških zdravil, predpisanih na receptnih obrazcih, in sicer ne glede na razvrstitev ali plačnika zdravil. Vključena so tako zdravila s pozitivne in vmesne liste kot tudi zdravila, ki niso na seznamih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem so zdravila s pozitivne liste tista, pri katerih se krije 75% stroškov iz obveznega zavarovanja, pri vmesni listi pa 25%.

Pri nas se za prikaz predpisovanja zdravil uporablja klasifikacija ATC (anatomsko – terapevtsko – kemična), po kateri so zdravilne učinkovine razvrščene v 14 skupin glede na to, za katere organske sisteme se zdravila uporabljajo (v skupino A so, na primer razvrščeni pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove, v skupino B pripravki za zdravljenje bolezni krvi in krvotvornih organov in tako dalje). To omogoča tudi pregled, za katere organske sisteme se zdravila v določeni starostni skupini najpogosteje predpisujejo.

Podatke o porabi zdravil sem v diplomskem delu ponekod izrazila tudi s standardno enoto DDD, ki označuje definiran dnevni odmerek. DDD na 1000 prebivalcev na dan se uporablja za analizo in primerjavo porabe zdravil. Uporabo te, tako imenovane metodologije ATC/DDD priporoča Svetovna zdravstvena organizacija, saj je tako mogoča tudi mednarodna primerjava porabe zdravil. Gre za klasifikacijo ATC, ki za prikazovanje porabe zdravil uporablja DDD. DDD je tehnična merska enota, ki so jo razvili, da bi se izognili pomanjkljivostim tradicionalnih merskih enot za prikazovanje porabe zdravil (na primer število receptov). Pri tem gre le za mersko enoto, ki pa nujno ne odraža priporočenega ali dejansko uporabljenega odmerka. Ponekod so v diplomskem delu uporabljeni tudi izdatki za zdravila.

4.3 PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SLOVENIJI

Zdravila, predpisana na recept, so v Sloveniji ena izmed osnovnih pravic, vključenih v zdravstveno zavarovanje in sicer se v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja smejo predpisovati zdravila, razvrščena na liste. Za zdravila iz pozitivne liste se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 75% vrednosti in 25% vrednosti za zdravila iz vmesne liste.

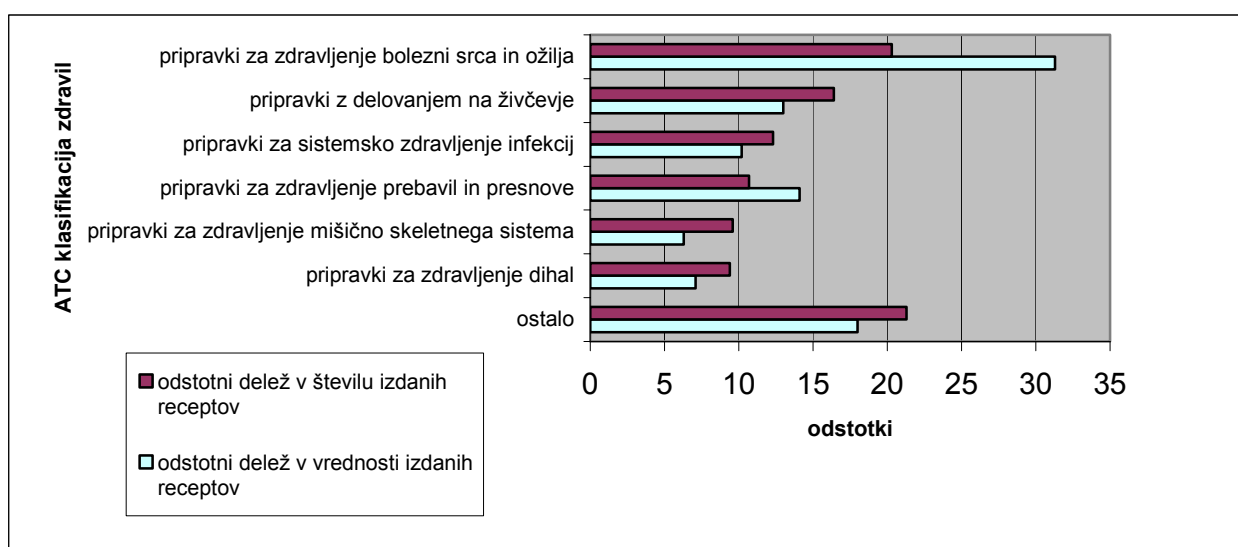
Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje so odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in lekarniško dejavnost v letu 2002 znašali 51,7 milijarde tolarjev, kar predstavlja 17,1% odhodkov za programe zdravstvenih storitev. Glede na predhodno leto so se nominalno povečali za 11,6%, realno pa za 4,1%, kar je najnižje povečanje v obdobju od 1998 do 2002. Njihova povprečna letna rast v obdobju od 1998 do 2002 je bila 7,6%. Celotna vrednost vseh receptov (obvezno prostovoljno zavarovanje ter doplačila) je znašala nekaj več kot 77 milijard tolarjev ali 13% več kot leto poprej. Celotni izdatki za zdravila (zeleni in beli recepti, naročilnice ter zdravila brez receptov, vendar brez bolnišničnih zdravil) pa so znašali še več, in sicer nekaj nad 82 milijard tolarjev ali približno 41.000 tolarjev na prebivalca. Iz javnih sredstev pa je šlo za zdravila in lekarniško dejavnost 25.881 tolarjev na prebivalca.

Število receptov se je v letu 2002 glede na predhodno leto povečalo za 2%. Poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih, se je povečala za 5,3%, kar je manj kot v predhodnem letu (7,7%). V letu 2002 so zdravniki v Sloveniji predpisali povprečno 6,53 recepta na prebivalca. Vsaj en recept je prejelo 71% celotnega prebivalstva. Povprečna vrednost recepta je znašala 5.903 SIT.

Največji delež vrednosti v letu 2002 zavzemajo zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja (32%), zdravila z delovanjem na živčevje (14%) in zdravila za zdravljenje bolezni prebavil in presnove (13%). Med vsemi učinkovinami je prevzel prvo mesto po vrednosti simvastatin (zdravilo za zdravljenje zvišanih vrednosti holesterola). Leta 2001 je prvih 50 učinkovin po vrednosti, ki jo zavzemajo med vsemi zdravili, preseгло indeks rasti 120 glede na predhodno leto. Teh 50 učinkovin predstavlja 59% delež izdatkov javnih sredstev (Poslovno poročilo ZZS, 2003, str.32).

Na sliki 2 je prikazana primerjava števila izdanih receptov in vrednosti izdanih zdravil v letu 2000. Iz slike je razvidno, da zavzemajo pripravki za zdravljenje bolezni srca in ožilja največji delež vrednosti, namenjene za zdravila. Prav tako se zanje predpiše največ receptov.

Slika 2: Primerjava števila izdanih receptov in vrednosti izdanih zdravil v Sloveniji v letu 2000



Vir: Interno gradivo Inštituta za varovanje zdravja, 2000.

V obdobju od 1992 do 2002 je število izdanih receptov na leto nihalo, medtem ko so stroški za zdravila kljub različnim ukrepom naraščali. Tudi vrednost izdanih zdravil in povprečna vrednost zdravil, predpisana na en recept, sta v tem obdobju stalno naraščali.

Nihanje v številu izdanih receptov sovпада z prerazdelitvijo zdravil na liste. Najnižje število izdanih receptov je bilo v letu 1996, ko so bile največje spremembe v razvrstitvi zdravil in dovoljeni količini zdravil, predpisanih na en recept. Število ambulantnih obiskov se v zadnjih desetih letih enakomerno povečuje, kar pa ni neposredno vplivalo na število predpisanih receptov. V obdobju 2000-2002 se je poraba zdravil, predpisanih in izdanih na prebivalca, povečala.

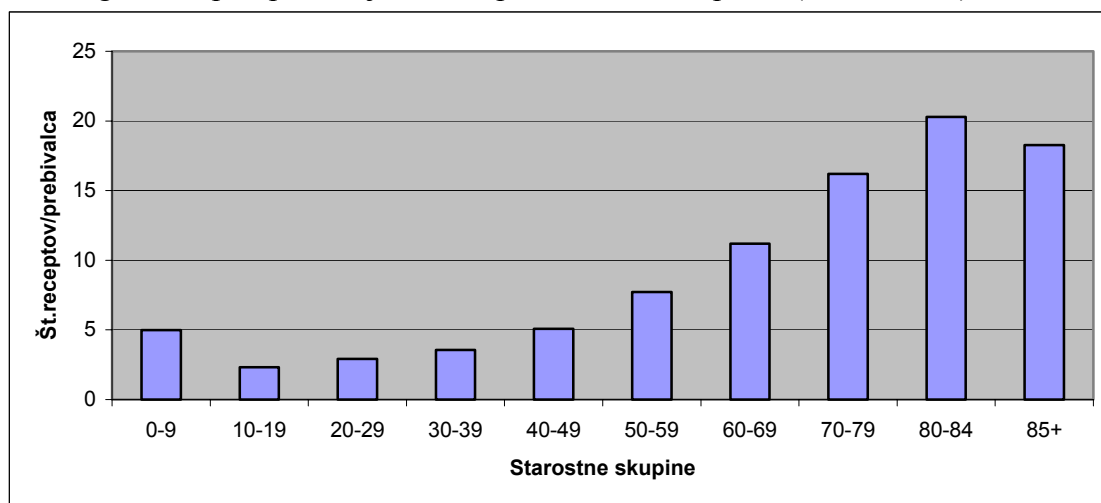
V obdobju od 1997 do 2002 je bila rast izdatkov za zdravila stalna in hitrejša od rasti sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Po izjemnem povečanju izdatkov za zdravila v letu 2001 (realna rast vseh izdatkov 17,4%, realna rast javnih izdatkov 14,3%), je bila rast v letu 2002 bistveno nižja (realna rast vseh izdatkov 5,7%, realna rast javnih izdatkov 4,1%). Rast izdatkov za zdravila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je bila manjša kot rast izdatkov za vsa zdravila. Razlog za to je oblikovanje list za razvrščanje zdravil, na podlagi katere se je del izdatkov za zdravila prenesel iz obveznega v dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Letne stopnje rasti izdatkov za zdravila v letih 1998 do 2002 so bile višje kot letne stopnje rasti bruto domačega proizvoda. Če se bo dosedanja rast izdatkov za zdravila nadaljevala, lahko v prihodnje ogrozi celoten sistem zdravstvenega zavarovanja in varstva v državi ter izvajanje drugih potrebnih zdravstvenih programov.

4.4 POSREDNO UGOTAVLJANJE VPLIVA STARANJA PREBIVALSTVA NA PORABO ZDRAVIL

4.4.1 Poraba zdravil v odvisnosti od starosti

Zaradi čedalje večjega števila starejših prebivalcev se v Sloveniji veča tudi število starejših bolnikov. To je razumljivo, saj so določene bolezni mnogo pogostejše v kasnejšem življenjskem obdobju. V tem podpoglavju sem ugotavljala, kako se število receptov spreminja po starostnih skupinah z namenom, da bi opozorila na večanje deleža starejših ljudi, ki naj bi v prihodnosti sprožilo potrebo po čedalje večjem predpisovanju zdravil.

Slika 3: Pogostnost predpisovanja zdravil po starostnih skupinah (za leto 2002)



Vir: Zdravstveni statistični letopis 2002, 2003.

Pogostnost predpisovanja zdravil na recept se s starostjo spreminja. Najpogosteje se zdravila predpisujejo bolnikom v starostni skupini 80-84 let.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je bilo v letu 2002 izdanih 12.583.735 receptov (Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji, 2003). Od tega je bilo največ receptov izdanih za zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja in sicer 21,6% vseh izdanih receptov. Na drugem mestu so pripravki z delovanjem na živčevje (17,1%), sledijo pripravki za sistemsko zdravljenje infekcij z (10,5%), pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove (10,3%) in pripravki za zdravljenje bolezni dihal (8,5%). Tudi starostnikom se najpogosteje predpisujejo zdravila, ki delujejo na bolezni srca in ožilja, nato zdravila za duševne motnje, sledijo zdravila, ki delujejo na bolezni mišičnokostnega sistema in vezivnega tkiva, kamor so uvrščeni tudi antirevmatiki.

Bolnikom, starim 60 let in več, je bilo predpisanih 44,4% vseh zdravil, medtem ko je delež teh ljudi v celotni populaciji sredi leta 2002 znašal le 19,9%. V prvem polletju leta 2003 je bil delež receptov izdanih za starejše od 59 let podoben, to je 44,6% (Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji, 2004).

Skupino zdravil za zdravljenje bolezni srca in ožilja sem podrobneje analizirala zato, ker je porast števila izdanih receptov glede na starost bolnikov največji. Poleg tega so bolezni srca in ožilja na prvem mestu glede vzroka smrti, zdravil pa se največ porabi ravno za te bolezni. Bolnikom, starejšim od 50 let je bilo predpisanih kar 71,1% vseh zdravil za zdravljenje bolezni srca in ožilja, medtem ko je delež teh ljudi v celotni populaciji sredi leta 2002 znašal le 19,9%. V povprečju je vsak človek, starejši od 59 let prejel 4,87 receptov za zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja. Povprečno število receptov za tovrstna zdravila na prebivalca, mlajšega od 60 let pa je znašalo le 0,5 recepta. V prvem polletju 2003 je bilo bolnikom, starejšim od 60 let, izdanih 71,6% vseh zdravil za zdravljenje bolezni srca in ožilja. V povprečju je samo v pol leta vsak bolnik, ki je bil star več kot 60 let prejel 2,70 recepta za zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja (podatki o številu prebivalcev nad 60 let se nanašajo na 31.12.2003, ker podatkov za 2003 še ni na voljo).

Če primerjamo število izdanih receptov za zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja po starostnih skupinah, lahko ugotovimo, da se s starostjo število izdanih receptov na prebivalca povečuje. Število izdanih receptov na prebivalca začne naraščati že v starostnih razredih 40-49 in 50-59 let. Glede na starostno skupino 40-49 let, kjer bolniki povprečno prejmejo 0,69 recepta, se število izdanih receptov v starostni skupini 50-59 let poveča na povprečno 2,48 recepta na prebivalca. S tem želim poudariti, da se prevalenca obolevanja za boleznimi srca in ožilja s starostjo povečuje, povečuje se poraba zdravil in s čedalje večjim deležem prebivalstva se bo povečevalo število tistih, ki jemljejo več zdravil, zmanjševalo pa tistih, ki ne porabijo toliko zdravil.

Tabela 8: Število izdanih receptov za pripravke za zdravljenje bolezni srca in ožilja na enega prebivalca po starostnih skupinah v Sloveniji v letu 2002

Starostne skupine	Število receptov na prebivalca
40-49	0,69
50-59	2,48
60-69	3,77
70-79	5,73
80-84	7,20
85 in več	6,15

Vir: Zdravstveni statistični letopis, 2002, 2003.

Tudi zdravila z delovanjem na živčevje se v veliki meri prepisujejo predvsem starejšim ljudem. 42,9% vseh receptov za pripravke z delovanjem na živčevje je bilo izdanih za bolnike, stare 60 let in več tako v letu 2002 kot v prvi polovici leta 2003. To pomeni, da je v letu 2002 v povprečju vsak prebivalec, starejši od 59 let, prejel 2,33 recepta, medtem, ko je bilo povprečno izdanih le 0,78 receptov za zdravila z delovanjem na živčevje, za osebe mlajše od 60 let. Več kot polovico vseh receptov za pripravke za zdravljenje bolezni prebavil in presnove je bilo predpisanih za ljudi starejše od 59 let in sicer v letu 2002 50,1%, v prvem polletju 2003 pa 52,1%.

4.4.2 Kronične bolezni in dejavniki tveganja za kronične bolezni

Starost je pogosto povezana s prisotnostjo kroničnih bolezni, ki zahtevajo določene zdravilske postopke in neredko tudi zahtevnejše oblike zdravljenja. Kronični bolniki morajo zaradi narave svoje bolezni pogosteje uživati zdravila, uporaba zdravil pri teh bolnikih pa je dolgotrajna ali celo doživljenjska. Zdravljenje starejših oseb z zdravili je zapleteno tudi zaradi prisotnosti več bolezni hkrati. Ker se kronične bolezni v starosti kopičijo in bolniki uporabljajo sočasno več zdravil, je jemanje najmanj ene vrste zdravila pri starejših osebah prej pravilo kot izjema.

Današnje zdravljenje kroničnih bolnikov je mnogo bolj uspešno kot nekoč, zato se njihovo življenje podaljšuje, njihov delež v prebivalstvu pa povečuje. S tem, ko se povečuje število starejših ljudi in kroničnih bolnikov, vedno več ljudi prejema zdravila, hkrati pa tudi bolniki zaradi uspešnejših metod zdravljenja z zdravili porabijo več zdravil. Zato ni presenetljivo dejstvo, da se je predpisovanje zdravil starostnikom v zadnjih letih v Sloveniji povečalo.

- **Zdravila za srce in ožilje**

Med najpogostejše kronične bolezni starejših ljudi spadajo bolezni srca in ožilja, hiperlipidemija, diabetes, artritis, depresija, rak, osteoporozo pri ženskem delu populacije in razjede na prebavilih (Steinberg, 2000). Najpogostejša bolezen med obolenji srca in ožilja je zvišan krvni tlak. To je množična bolezen za katero zboli vsak četrti do peti odrasel in zato pravimo, da je to ena od sodobnih epidemij. Visok krvni tlak je mogoče zdraviti z zdravili, ki jih mora bolnik redno jemati vse življenje. Tudi zdravljenje prevelike vsebnosti lipidov v krvi najverjetneje traja celo bolnikovo življenje, zato so stroški zdravljenja te bolezni upoštevanja vreden dejavnik (Barbič-Žagar, 1998, str. 131).

Bolezni srca in ožilja sodijo med najpogostejše v razvitem svetu in so glavni vzrok smrti pri prebivalcih, starejših od 64 let. To velja tudi za Slovenijo, kjer je umrljivost za temi boleznimi še nekoliko večja kot v razvitih evropskih državah. Tako je starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni obtočil v Sloveniji leta 1995 znašala 67,9, v Evropski uniji pa 55,5 na 100.000 prebivalcev. Bolezni srca in ožilja so v Sloveniji tudi najpogostejši vzrok za prvi obisk pri zdravniku družinske (splošne) medicine v starostni skupini nad 64 let. Med njimi je na prvem mestu zvišan krvni tlak (Zdravstveni statistični letopis, 2002).

V poznejšem obdobju življenja se dostikrat ni mogoče izogniti, da ne bi podpirali funkcije srca in žil in ohranjali zdravje tudi z zdravili. V Sloveniji ima najmanj polovica ljudi, starih 60 let in več, težave, če že ne bolezen, ki zahteva zdravljenje (Antolič, 1999, str. 6). Nekatere statistike tudi kažejo, da starejše osebe porabijo 80% vseh zdravil, ki jih predpisujemo za zdravljenje bolezni srca in ožilja (Poredoš, 1999, str. 28).

Veliko ljudi, tudi mlajših, potrebuje zdravila za zdravljenje dejavnikov tveganja, ki privedejo do bolezni šele čez več let. Visok tlak ima 20% ljudi med 25. in 65. letom starosti, neustrezno raven maščob v krvi skoraj polovica, zvečan krvni sladkor pa prav tako polovica ljudi pri 60. letih. Visok krvni tlak, visoke maščobe in sladkorna bolezen zahtevajo zdravljenje, ki traja do konca življenja (Antolič, 1999, str. 6).

Glede na te podatke je razumljivo, da se najpogosteje predpisujejo zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja in da se zanje porabi tudi največ denarja. V letu 1998 so ta zdravila predstavljala nekoliko več kot 18% vseh receptov in 27% vseh izdatkov za zdravila. Med prvimi desetimi substancami, razvrščenimi po vrednosti, jih je bilo kar pet iz skupine zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni.

Lipolitiki, zlasti pa statini, ki znižujejo raven lipidov, tudi holesterola, v krvi, so postali temeljna zdravila pri preprečevanju in zdravljenju srčno-žilnih bolezni. Statini sodijo v zadnjih letih med najpogosteje predpisana zdravila v Sloveniji, njihova celotna vrednost v letu 2002 je bila 6,3 milijarde SIT. Najpogosteje se predpisujejo v starostni skupini 60-69 let. Glede na dosedanje trende se bo poraba statinov še zviševala, kar pomeni, da bodo izdatki za ta zdravila še močno naraščali (Fürst, 2003, str. 145).

Iz strukture porabe zdravil za zdravljenje bolezni srca in ožilja po starostnih skupinah je razvidno, da je poraba najnižja v starostni skupini od 0 do 39 let, ko se zdravijo le redki bolniki z arterijsko hipertenzijo. V naslednjem obdobju pa se pojavi večina primerov zvišanega krvnega tlaka in koronarne srčne bolezni z vsemi zapleti ter druge bolezni srca in ožilja. Z zdravljenjem je potrebno preprečevati tudi tako imenovane dejavnike tveganja. Skupina od 40-69 let porabi skoraj 60% kardiovaskularnih zdravil, predstavlja pa 38% vsega prebivalstva. Bistveno večje nesorazmerje je v zadnji skupini – nad 70 let, kjer 8,5% prebivalstva porabi 37% kardiovaskularnih zdravil (Fürst, 2001, str. 34). Podatki, prikazani v tabeli 9, kažejo počasen premik porabe k najstarejši skupini, kar je glede na staranje prebivalstva razumljivo. Torej, če primerjamo porabo zdravil med posameznimi leti, lahko ugotovimo, da se deleži DDD po starostnih skupinah spreminjajo tako, da narašča poraba zdravil za srčno-žilne bolezni v starostnem razredu nad 70 let, med tem, ko se deleža porabe teh zdravil v DDD v starostnih skupinah 0-39 in 40-69 let v obravnavanem obdobju zmanjšujeta.

Tabela 9: Poraba zdravil za srčno-žilne bolezni v odstotkih DDD po starostnih skupinah v letih 1992-1998 v Sloveniji in povprečje tega obdobja. V zadnjem stolpcu so prikazani deleži, ki jih predstavljajo starostne skupine.

Starostna skupina	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1992-1998	Prebivalstvo (%)
0-39	4,2	4,0	3,8	3,1	2,9	3,2	3,1	3,4	53,9
40-69	60,2	60,0	59,6	59,0	57,9	59,2	59,5	59,2	37,6
70+	35,6	36,6	36,6	37,9	39,2	37,6	37,4	37,4	8,5

Vir: Fürst, 2001, str. 34.

Iz razčlenitve porabe zdravil po starostnih skupinah in spolu v tabeli 10 pa je razvidno, da se moškim pod 65. letom predpisuje več zdravil kot ženskam, v skupini od 65 do 69 ni razlike, nato pa dobijo več zdravil ženske. Skupina žensk med 70. in 74. letom porabi največ zdravil – 18,4%, predstavlja pa le 4,7% zavarovancev. Žensko prebivalstvo je namreč starejše od moškega, saj je pričakovana življenjska doba za ženske daljša in njihov delež po starostnih skupinah je v primerjavi z deležem moških večji.

Tabela 10: Poraba kardiovaskularnih zdravil v % DDD na starostno skupino v letu 1998

Starost	Moški	Ženske
do 29	0,9	0,6
30-34	0,9	0,6
35-39	1,8	1,3
40-44	4,3	2,7
45-59	7,4	4,7
50-54	9,8	6,5
55-59	13,0	9,7
60-64	16,1	13,7
65-69	17,3	17,3
70-74	13,3	18,4
75-79	7,5	11,1
80-84	4,9	8,1
85+	2,8	5,3
Skupaj	100,0	100,0

Vir: Fürst, 2001, str. 35.

- **Zdravila za duševne bolezni**

Ker so zdravila za zdravljenje duševnih bolezni druga najpogosteje predpisovana zdravila, tudi pri starejših osebah, sem v nadaljevanju skušala prikazati tudi porabo tovrstnih zdravil pri starejših osebah. Podatki se nanašajo na psihotropna zdravila, predpisana oskrbovancem v domovih starejših občanov, kjer so zbrani večinoma tisti, ki zaradi bolezni ali onemoglosti za opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti potrebujejo strokovno pomoč. V povprečju imajo težave na petih organskih sistemih in uživajo 6 do 7 različnih zdravil. Psihotropna zdravila so v domovih starejših občanov med najpogosteje predpisanimi. V mnogih domovih ima več kot polovica oskrbovancev najmanj eno duševno bolezen, dodatnih 10 do 20% oskrbovancev pa ima težave ali motnje, zaradi katerih potrebujejo zdravljenje s tovrstnimi zdravili. Najpogosteje predpisana psihotropna zdravila v domovih so iz skupine hipnotikov, antipsihotikov, antidepresivov in opioidnih analgetikov. Podatki iz enega izmed domov starejših ljudi kažejo na veliko porabo teh zdravil pri oskrbovancih: dve tretjini oskrbovancev dobivata hipnotike, 17% pa jih dobiva anksiolitike, opioidne analgetike prejema 21% oskrbovancev, 63% oskrbovancev pa uživa nesteroidne antirevmatike in analgetike (Kolšek, 2003, str. 42).

- **Dejavniki tveganja**

Nekatere bolezni se pogosteje pojavijo pri ljudeh z določenimi bolezenskimi stanji in dejavniki, ki povečajo verjetnost pojava teh bolezni in jih zato imenujemo dejavniki tveganja. Dejavniki tveganja so lahko posledica načina življenja in družbenih vplivov: kajenje, hrana z veliko nasičenimi maščobami in holesterola, prekomerna telesna teža in telesna nedejavnost. Te dejavnike lahko odpravimo s spremembo življenjskih navad (nefarmakološko ukrepanje). Drugi pa so posledica bolezenskih stanj: zvišan krvni tlak, zvišana serumska koncentracija holesterola in zvišana koncentracija krvnega sladkorja. Na te dejavnike, ki jih lahko popravimo le do določene mere, pa skušamo vplivati z nefarmakološkimi ukrepi in s predpisovanjem zdravil (Vodopivšek Jamšek, 1998, str. 56).

V slovenski raziskavi, v kateri so ocenjevali tveganje populacije za srčno-žilni dogodek v naslednjih 10 letih na podlagi dejavnikov tveganja (kajenje, arterijska hipertenzija, spol, starost in vrednosti celokupnega holesterola) so ugotovili, da s starostjo močno narašča delež tistih, ki dosegajo ali presegajo 20% ogroženost za nastanek srčno-žilnega zapleta v naslednjih 10 letih. Tako ima več kot ena tretjina populacije nad 60 let ogroženost vsaj 20%, v starostni skupini 50-60 let pa je enako ogroženih več kot petina.

Tabela 11: Število prebivalcev v posamezni starostni skupini in iz podatkov ZD Ljubljana ekstrapolirane vrednosti bolnikov z nivojem ogroženosti več kot 20%

Starostna skupina (let)	<40	40-50	50-60	60-70	>70
Število prebivalcev	1.040.407	306.258	239.970	196.582	187.845
Delež ogroženih (%)	0,3	3,7	21,0	36,7	38,2
Število oseb s tveganjem nad 20%	3.121	11.331	50.394	72.146	71.756

Vir: Fürst, Peklari, 2003, str. 149.

Večanje obsega predpisovanja zdravil pa včasih ni pravo kazalo potreb po zdravilih, kajti bolezni v starosti le niso toliko pogostejše, kot je pogosto jemanje zdravil. Iz tega sledi, da se starostnikom večkrat predpisujejo zdravila, ko ni jasnih indikacij in gre verjetno zgolj za poskus vplivanja na znake, ki so posledica povsem fizioloških procesov staranja (Poredoš, 1999, str. 27).

4.5 NEPOSREDNO UGOTAVLJANJE VPLIVA STARANJA PREBIVALSTVA NA PORABO ZDRAVIL

4.5.1 Primerjava deležev receptov, stroškov za zdravila ter deležev starostnikov

Tabela 12 prikazuje, kako so se v obdobju od leta 1987 do 1997 v Sloveniji spreminjali deleži receptov, stroškov za izdana zdravila na recept ljudem, starim 65 ali več let, ter deleži starostnikov. Iz tabele je razvidno, da so vsi deleži naraščali. V letu 1997 je 12,7% ljudi, starih 65 ali več let, povzročilo kar 36,9% stroškov, njim pa je bila predpisana skoraj ena tretjina vseh receptov.

Tabela 12: Deleži receptov, stroškov za izdana zdravila na recept ljudem, starim 65 ali več let, ter deleži starostnikov v Sloveniji v obdobju 1987 - 1997

Leto	% receptov	% stroškov	% prebivalcev
1987	27,4	31,3	10,3
1988	26,5	30,4	7,5
1989	25,4	28,2	10,6
1990	25,6	29,4	10,8
1991	26,9	31,5	11,1
1992	27,6	32,4	11,4
1993	27,1	31,9	11,7
1994	28,2	32,9	12,1
1995	28,9	34,7	12,5
1996	30,5	36,2	12,7
1997	30,7	36,9	12,7

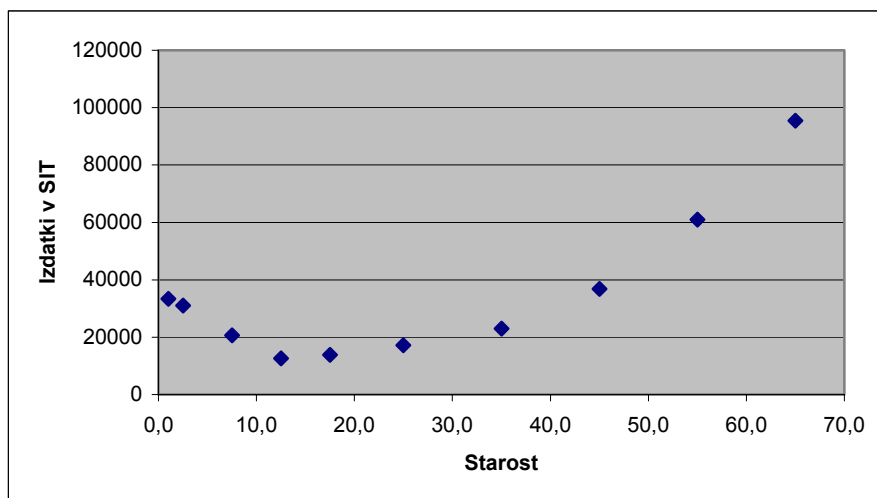
Vir: Frankič, 1999, str. 41.

4.5.2 Izdatki za zdravila in demografska struktura

V slovenski študiji Inštituta za ekonomska raziskovanja so ugotavljali, ali s starostjo naraščajo izdatki za zdravila. Te so izračunali iz podatkov o številu izdanih receptov po starostnih skupinah ter podatkov o povprečni vrednosti recepta po starostnih skupinah v obdobju 1992-1996. Podatki o izdatkih so deflacionirani z indeksom cen življenjskih potrebščin (1992=100).

Analiza izdatkov za zdravila kaže, da imajo mlajši zavarovanci tudi manjše ocenjene izdatke za zdravila. Iz slike je razvidno, da ti izdatki padajo do starosti 20 let, nakar začnejo naraščati. Ocenili so tudi, da so imeli zavarovanci, mlajši od 46,6 let leta 1992 nižje izdatke, kot znaša povprečje. Leta 1993 znaša ta prelomna starost za vse zavarovance 44,6 let, enako leta 1994, leta 1995 znaša 45,3 leta in leta 1996 znaša 45,81 let.

Slika 4: Izdatki za zdravila v odvisnosti od starosti zavarovancev v Sloveniji, izračun za leto 1996



Vir: Prevolnik-Rupel, 2000, str. 73.

Poleg tega so preverjali, do kakšne ravni so na razvoj izdatkov za zdravila vplivale spremembe v demografski strukturi. V ta namen so izračunali hipotetične izdatke za zdravila. Hipotetični so zato, ker so izračunani na podlagi predpostavke, da je demografska struktura v letih 1992-1996 ostala enaka, in sicer tisti iz leta 1992. Tako izračunani izdatki za zdravila so razvidni iz tabele. V tabeli 13 je prikazano število zavarovancev v letih 1992-1996, povprečni izdatki za zdravila na zavarovanca ter hipotetični povprečni izdatki za zdravila na zavarovanca, če bi bila starostna struktura zavarovancev v proučevanem obdobju ves čas stalna. Podatki so v SIT, upoštevana je raven cen v letu 1992. Iz tabele je razvidno, da so izdatki za zdravila v proučevanem obdobju 1992-1996 naraščali.

Tabela 13: Število zavarovancev v Sloveniji ter njihovi izdatki za zdravila v SIT (podatki so realni v cenah leta 1992)

	1992	1993	1994	1995	1996
Število zavarovancev	1.974.396	1.989.408	1.989.477	1.990.266	1.986.989
Povprečni izdatki za zdravila na zavarovanca	4.728	6.001	7.034	7.213	7.273
Hipotetični povprečni izdatki za zdravila na zavarovanca	4.728	5.965	6.933	7.121	7.190

Vir: Prevolnik-Rupel, 2000, str. 72.

Pri primerjavi skupnih izdatkov za zdravila za vse zavarovance so ugotovili, da so se skupni izdatki za zdravila od leta 1992 do 1996 povečali ob dejanski demografski strukturi za 54,8%, če pa bi ostala demografska struktura enaka kot je bila v letu 1992, bi izdatki za zdravila narasli za 53%. Spremembe v demografski strukturi so k porastu izdatkov za zdravila prispevale torej 1,8 odstotne točke.

Njihov izračun kaže, da obstaja med starostjo pacientov in izdatki za zdravila močna povezanost in da z višjo starostjo rastejo tudi izdatki za zdravila. Porast izdatkov za zdravila od leta 1992 do 1996 je velik, vendar je le v manjši meri posledica demografskih sprememb (Prevolnik-Rupel, 2000, str. 75).

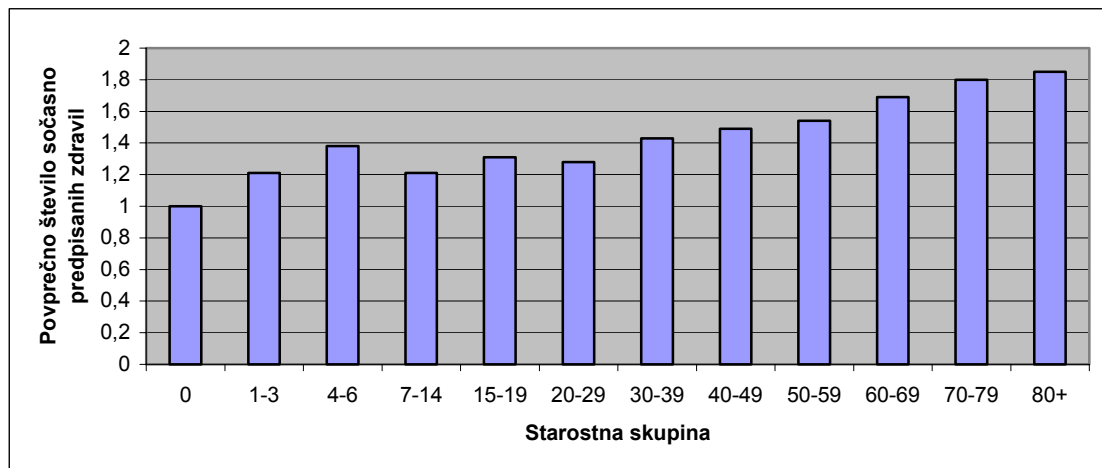
4.5.3 Sočasno predpisovanje zdravil

V slovenski raziskavi o porabi in hkratnosti predpisovanja zdravil so analizirali naključni vzorec izdanih zdravil na podlagi receptov v Centralni lekarni Ljubljana z namenom, da bi prikazali obseg sočasnega predpisovanja zdravil v ambulantah osnovnega zdravstvenega varstva. V vzorec se je uvrstilo 2345 receptov oz. 1489 bolnikov.

Ugotovili so, da imajo lastnosti bolnikov značilen vpliv na število sočasno predpisanih zdravil in sicer se s starostjo povprečno število sočasno predpisanih zdravil enemu bolniku veča. Ravno tako se veča tudi število različnih zdravil, predpisanih enemu bolniku. Hkrati so na podlagi Pearsonovega koeficienta korelacije ugotovili, da je v starejših starostnih skupinah večje tudi število bolnikov ($r = 0,6453$). Visoko pozitivno korelacijo so ugotovili tudi med starostjo bolnikov in številom izdanih receptov ($r = 0,7316$) ter starostjo bolnikov in številom izdanih zdravil na recept v Centralni lekarni Ljubljana ($r = 0,7316$). Ugotovili so, da je bilo največje število bolnikov z izdanim zdravilom v starostni skupini 60-69 let, nato presenetljivo 20-29 let, sledijo starostne skupine 40-49 let, 50-59 let in 70-79 let.

Največje povprečno število različnih zdravil so sočasno uporabljali bolniki v starostni skupini 60-69 let, povprečno 1,78 različnih zdravil. Največje število sočasno predpisanih zdravil je bilo osem in sicer so bila ta zdravila izdana bolnici, stari 67 let. Bolniki, ki so dobivali po šest ali več zavojčkov zdravil, večinoma prejemajo zdravila za zdravljenje kroničnih bolezni (kardiovaskularnih bolezni, bolezni prebavnega sistema), zlasti pa izstopajo bolniki s sladkorno boleznijo s 15 ali 20 zavojčki zdravil (Rupnik-Ravnihar, 1998, str. 48).

Slika 5: Povprečno število sočasno predpisanih receptov po starostnih skupinah v Sloveniji



Vir: Rupnik-Ravnihar, 1998, str. 46.

Na podlagi vzorca so ugotovili, da je bilo najpogosteje v kombinaciji z drugimi zdravili predpisano zdravilo za zdravljenje zvišanega krvnega pritiska Enalapril (Register zdravil RS, 2002) in sicer je to zdravilo najpogosteje nastopalo v kombinaciji z nekaterimi drugimi zdravili za zdravljenje zvišanega krvnega pritiska, antiagregacijskim zdravilom (acetilsalicilno kislino), hipolipemikom in kardiotonikom, kar kaže na sočasno predpisovanje zdravil pri težjih bolnikih s kombinacijo kroničnih bolezni, kot so zvišan krvni tlak, hiperlipidemija in motnje srčnega ritma. Druga najpogosteje v kombinaciji z drugimi zdravili nastopajoča zdravilna učinkovina je bila antiagregacijsko in antipiretično zdravilo acetilsalicilna kislina. Največkrat je bila v kombinaciji z antihipertenzivi, anksiolitiki, antirevmatiki in antiaritmiki (Rupnik-Ravnihar, 1998, str. 50).

4.5.4 Staranje prebivalstva in poraba zdravil v ZDA

V preteklih desetletjih so zdravstvene potrebe prebivalstva tudi v ZDA postopoma prehajale od akutnih h kroničnim boleznim. Danes so kronične bolezni najpomembnejši razlog bolezni, onemoglosti in smrti. Kronične bolezni ima skoraj polovica ameriškega prebivalstva in njihovo zdravljenje povzroča velik del stroškov v zdravstvu (Marlowe, 2003). Poleg tega postajajo stroški zdravil pomembno področje zaradi staranja prebivalstva, predvsem tako imenovane generacije izbruha rodnosti. Starejši del populacije povzroča več stroškov kot mlajši del, saj imajo več zdravstvenih problemov in hujše oblike bolezni.

V ZDA je plačevanje zdravljenja bolezni z zdravili za starejše ljudi zaradi specifične organizacije zdravstva osrednja tema politike, a je podatkov o dejanski porabi zdravil malo (Moxey, 2003). Literatura se omenjene teme loteva na različne načine in predvsem z namenom, da bi oblikovalce politike seznanili s potencialnimi možnostmi zmanjševanja stroškov zdravil. Nekateri raziskovalci se osredotočajo na stroške in plačila, druge pa bolj zanimajo demografski in klinični dejavniki, ki določajo razlike v porabi zdravil in posledično izdatkih za zdravila.

Kronične bolezni in starost pomembno vplivajo na porabo zdravil oziroma izdatke za zdravila (Mueller, 1997). Starejši ljudje porabijo 34% celotnih izdatkov za zdravila, čeprav predstavljajo le 12% populacije. Večji del zdravil porabijo osebe s kroničnimi boleznimi. Med prebivalci ZDA, starimi od 18-64 let, ima ena tretjina vsaj eno kronično bolezen in ti prispevajo k več kot dvema tretjinama izdatkov za zdravila v tej skupini. Med starejšimi od 64 let ima 36% vsaj tri različne kronične bolezni in v tej skupini predstavljajo 57% vseh izdatkov za zdravila (Mueller, 1997).

Primerjava 10% bolnikov v starostni skupini 18-64 let, katerih izdatki za zdravila so najvišji (79% teh ima vsaj eno kronično bolezen), z 10% bolniki v starostni skupini 64 let in več z najvišjimi izdatki (97% jih ima vsaj eno kronično bolezen) je pokazala, da so povprečni izdatki starejših ljudi skoraj 7 krat večji od tistih v skupini 18-64 let (Mueller, 1997).

Starejši ljudje z eno samo kronično boleznijo v povprečju porabijo več kot polovico manj denarja kot tisti, ki imajo vsaj tri različne kronične bolezni. Starejši z eno samo kronično boleznijo porabijo tudi več denarja kot tisti, ki so v starostni skupini 18-64 let in imajo eno samo kronično bolezen. Enako velja, če primerjamo starejše ljudi s tremi ali več boleznimi in odrasle ljudi s tremi ali več kroničnimi boleznimi (Mueller, 1997).

Najpogostejši kronični bolezni sta artritis in zvišan arterijski tlak, medtem ko so stroški zdravljenja na prebivalca s kronično boleznijo najvišji pri bolnikih s sladkorno boleznijo, emfizemom in srčnimi boleznimi. Pri ljudeh, starih 65 let in več ima 60% ljudi bolezen srca ali zvišan arterijski tlak (Mueller, 1997).

V ameriški raziskavi, ki se ukvarja s porabo zdravil pri starejših ljudeh, so ugotovili, da se je v letu 1996 58 % starejših ljudi zdravilo z zdravili iz vsaj 3 različnih skupin zdravil. Vsaj 70% ljudi je uporabljalo zdravila za kronično uporabo in skoraj 30% ljudi je jemalo tri ali več vrst zdravil za kronične bolezni. Hkrati so ugotovili, da kronične bolezni povečujejo porabo drugih vrst zdravil, ne le zdravil za specifične kronične bolezni. To so predvsem zdravila za zdravljenje bolezni prebavil (verjetno zaradi stranskih učinkov zdravil), antibiotiki in druga sredstva proti infekcijam, narkotiki oziroma analgetiki in sedativi. Poraba teh je večja pri ljudeh, ki imajo večje število kroničnih bolezni (Moxey, 2003).

V drugi raziskavi so za leto 1998 analizirali celotne stroške zdravil za ljudi, starejše od 64 let, z desetimi najpogostejšimi kroničnimi boleznimi starejših ljudi. Ugotovili so, da so starejši zavarovanci Medicare-a povprečno porabili 1.099\$ zdravil letno, od tega pa 18% ljudi ni kupilo niti enega zdravila na recept. Povprečni stroški za zdravila bolnikov s katerokoli od teh desetih kroničnih bolezni so znašali od 1600\$ do 3000\$, kar je do 200% več od povprečja za vse ljudi, starejših od 64 let (Steinberg, 2000).

Starejši ljudje v ZDA porabijo več zdravil, predpisanih na recept, kot kdajkoli prej. Stroški za zdravila za starejše ljudi so se v obdobju 1998-2001 povečali kar za 18,5%, medtem ko so se za mlajše od 65 let povečali za 15,6%. V letu 2001 je več kot 12% Američanov nad 65. letom starosti uživalo kar osem ali več različnih zdravil. Povečanje izdatkov za zdravila torej ni le posledica večjega števila starostnikov ampak tudi večje porabe zaradi večjega števila bolezni, izdatki pa rastejo tudi zaradi zamenjave starih zdravil z novimi, bolj učinkovitimi.

4.6 VPLIV ZDRAVIL NA STARANJE PREBIVALSTVA

Prav tako kot staranje prebivalstva vpliva na porabo zdravil, tudi poraba zdravil vpliva na spreminjanje starostne strukture prebivalstva in sicer zdravila:

- omogočajo zavestno uravnavanje rodnosti prebivalstva in
- podaljšujejo življenjsko dobo prebivalcev.

4.6.1 Načrtovana rodnost

Za sodobni tip reprodukcije prebivalstva, ki se je uveljavil v razvitih državah, je značilna uporaba različnih sredstev za zavestno omejevanje rojstev. V družbi se je oblikovalo načrtovanje družine in starševstva kot način življenja, ta pojav pa se je razširil tako rekoč na celotno prebivalstvo. K čedalje večji razširjenosti načrtovane rodnosti je prispeval razvoj učinkovitih sodobnih sredstev kontracepcije, vse bolj pa se je širilo tudi znanje o teh sredstvih in njihova uporaba. Tehnični napredek in raziskovalno delo zagotavljata nadaljnje izpopolnjevanje modernih kontracepcijskih sredstev (Malačič, 2003, str. 112).

Ljudje načrtujejo rojstva s pomočjo uporabe kontracepcijskih sredstev in splava. Med kontracepcijska sredstva spadajo tudi nekatera zdravila in sicer hormonski sistemski kontraceptivi, ki se v Sloveniji predpisujejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa je v Sloveniji v letu 2001 uporabljalo hormonsko kontracepcijo 88.517 uporabnic, kar predstavlja nekaj več kot 17% žensk v rodni dobi (gre za hipotetični izračun s predpostavko, da vse uporabnice jemljejo tablete 13 ciklusov). Uporabo drugih kontracepcijskih sredstev in metod ter njihov skupni vpliv na rodnost pa je težko spremljati. Navadno si pomagamo tudi z vprašalniki in anketami, ki se nanašajo na uporabo kontracepcijskih sredstev ali razširjenost poznavanja kontracepcije.

4.6.2 Daljšanje življenjske dobe

V številnih razvitih, pa tudi manj razvitih državah, je v 19. in 20. stoletju močno upadla smrtnost zaradi nalezljivih bolezni. Na zmanjševanje smrtnosti je zelo vplivalo izboljšanje življenjskih in higienskih razmer, poleg tega pa so bila v tem času odkrita specifična profilaktična sredstva za preprečevanje obolenja ter zdravila za zdravljenje določenih bolezni, kar je obolenje in umiranje za tovrstnimi boleznimi še bolj zmanjšalo. S temi ukrepi se je zmanjšala predvsem umrljivost mlajših, to pa je pomembno vplivalo na podaljšanje pričakovane starosti prebivalstva in spremenjeno patologijo prebivalstva.

Odkritje in razvoj antibiotikov je v dvajsetem stoletju v največji meri prispevalo k daljšanju življenjske dobe. Pred drugo svetovno vojno so imeli zdravniki na voljo le malo sredstev za zdravljenje infekcijskih bolezni, ki so bile vzrok smrti velikega dela prebivalstva (Phelps, 2003, str. 522). Odkritje antibiotikov in tudi cepiv je zmanjšalo število infekcijskih bolezni in smrti zaradi teh bolezni, cepiva in zdravila pa so odigrala pomembno vlogo tudi pri zmanjševanju stroškov za zdravstvo. Nekateri od teh proizvodov so namreč pripomogli k zmanjšanju smrtnih in tudi dragih bolezni. Na primer zaradi uporabe cepiv se je zmanjšala pogostost otroške ohromelosti, davice, oslovskega kašlja in rdečk. Nekatera zdravila so omogočila lajšanje bolečin, antibiotiki pa so zmanjšali umrljivost zaradi sifilisa, pljučnice in tuberkuloze, ki so v prejšnjih stoletjih v veliki meri prispevale k smrtnosti prebivalstva (Herzlinger, 1997, str. 214). Čedalje pomembnejša je postajala tudi kirurgija. Na tem področju je odkritje anestetikov omogočilo daljše in tudi bolj komplicirane operacije. Kombinacija anestetikov in antibiotikov je omogočila neprestano rast kirurških posegov in možnosti zdravljenja velikega števila bolezni (Phelps, 2003, str. 522).

S tem, ko se je tveganje za infekcijske bolezni zmanjšalo, so se bolezni in vzroki smrti spremenili. Daljše življenje je prineslo večje število srčnih bolezni, raka in kapi (Phelps, 2003, str. 524). Tako so novejša zdravila danes namenjena zdravljenju drugih bolezni, kot so arteroskleroza, visok krvni pritisk, emfizem in želodčne razjede (Herzlinger, 1997, str. 215).

Tehnologija, ki je na voljo za izboljšanje zdravja se je v zadnji četrtini stoletja bistveno izboljšala in spremembe v prihodnosti naj bi še precej presegle te, ki so se zgodile v tem obdobju (Phelps, 2003, str. 521). Do nedavnega je bilo odkrivanje novih zdravil bolj naključen kot sistematičen proces. Danes je za zdravljenje bolezni na voljo cela paleta učinkovin, zdravila pa postajajo glede na druge metode zdravljenja relativno pomembnejša. Potreba po kirurških posegih se je zaradi novih zdravil zmanjšala, saj lahko nekatera zdravila zdravijo bolezni z enako ali večjo učinkovitostjo in manjšimi stranskimi učinki, pogosto pa tudi nižjimi stroški. To so na primer zdravila za želodčne razjede, žolčne ali ledvične kamne, povečano ščitnico, odstranjevanje krvnih strdkov, odstranjevanje plakov na koronarnih arterijah itd. Z razvojem novih zdravil se povečuje tudi število bolezni, ki so bile do nedavnega neozdravljive in jih je danes s sodobnimi zdravili mogoče delno ali povsem pozdraviti (multipla skleroza, nekatere vrste raka, srčne bolezni in druge). S tem pa se na račun večjega trošenja v zdravstvu povečuje kakovost življenja (Phelps, 2003, str. 524).

Uporaba zdravil zmanjšuje število in stroške operacij. Stroški zdravljenja želodčne razjede v ZDA so v letu 1997 znašali 900 dolarjev na pacienta, medtem ko je stala operacija 30.000 dolarjev (Herzlinger, 1997, str. 215). Zdravila za zniževanje ravni maščob v krvi lahko preprečijo ali celo zdravijo bolezni koronarnih arterij. Povprečno stanejo takšna zdravila med 1.300 in 4.000 ameriških dolarjev in so stroškovno učinkovitejša od posegov, ki zdravijo te bolezni (na primer koronarna angioplastika). Poleg tega zdravila za zdravljenje duševnih bolezni kot je shizofrenija znižujejo povprečne stroške zdravljenja za približno 23.000 dolarjev na leto, saj ta nedavno razvita zdravila bolnikom omogočajo, da lahko živijo izven bolnišnic in s tem zmanjšajo zasedenost bolniških postelj v psihiatričnih bolnišnicah za 25 % (Herzlinger, 1997, str. 215). Tudi izdatki za zdravila proti depresiji so se v zadnjem desetletju povečali, a se je zdravljenje teh bolezni v bolnišnicah tako zmanjšalo, da so se celotni stroški na bolnika zmanjšali. Ta zdravila so zelo pripomogla k večji kakovosti življenja bolnikov. Veliko ljudi, ki se zdravi za hudo depresijo, namreč zdaj lahko razmeroma dobro dela in živi doma (Becker, 2004, str. 14).

V ZDA so nova zdravila pomembno prispevala k zmanjšanju smrtnosti odraslih ljudi v zadnjih dveh desetletjih. To so potrdile raziskave, pri katerih so ugotavljali kako učinkovitejša novejša zdravila, kljub temu, da so dražja, zmanjšujejo stroške zdravstva, na primer zaradi manjšega števila hospitalizacij, manjšega števila izostankov z dela in podobno. Ta zdravila hkrati zmanjšujejo tudi smrtnost in obolevnost prebivalstva. Prebivalci so pripravljene plačevati še večji napredek v daljšanju pričakovane življenjske dobe in izboljšave v kakovosti življenja (Lichtenberg, 2001, str. 241). V prihodnosti se bo delež izdatkov za zdravila med vsemi izdatki verjetno zelo povečal. Zdravila, ki odložijo začetek bolezni ali omilijo hude bolezni, pa bodo zmanjšala drag in neproduktiven čas v bolnišnicah, v domovih za ostarele ter čas, ki ga svojci bolnikov namenijo za nego bolnika (Becker, 2004, str. 14).

Prispevek učinkovitejših zdravil bo postal še pomembnejši v naslednjih nekaj desetletjih, ko bodo iznašli nove načine zdravljenja Alzheimerjeve bolezni, bolezni srca in ožilja, raka, diabetesa, nevroloških bolezni kot je Parkinsonova bolezen. Boljše razumevanje DNA in genoma bo pospešilo razvoj postopkov zdravljenja in vodilo do novih zdravil, ki bodo bolj po meri posameznikov (Becker, 2004, str. 14).

Vzročno-posledična zveza med starostjo in zdravstvenimi izdatki je kompleksna. Staranje prebivalstva je odvisno od zdravstvenega varstva, saj je glavni namen tega varstva podaljšati trajanje življenja, kar pa ima posledice za starostno strukturo prebivalstva. Na drugi strani pa je zdravstveno varstvo odvisno od staranja prebivalstva, saj je treba zagotoviti zdravstveno oskrbo za naraščajoče število starostnikov (še zlasti zelo starih). Staranje prebivalstva je tudi vzrok za naraščanje zdravstvenih stroškov na prebivalca, povečani obseg zdravstvene nege pa ima za posledico staranje prebivalstva (Stropnik, 2000, str. 88).

5 POLITIKE V POVEZAVI S PORABO ZDRAVIL, ZDRAVSTVOM IN STARANJEM PREBIVALSTVA

5.1 POLITIKA NA PODROČJU ZDRAVIL

Obvladovanje stroškov za zdravila je postalo v razvitih državah osrednje vprašanje zdravstvene politike. Zadnja desetletja je bilo samoumevno, da se novi terapevtski postopki in zdravila samodejno vključujejo v zdravstveno zavarovanje. Takšen razvoj pa postaja čedalje bolj vprašljiv. Ker med izdatki za zdravstvo najhitreje naraščajo tisti za zdravila, je potrebno postaviti meje, do kod naj sega družbena solidarnost (Fürst, 2001a, str. 31).

Države uvajajo vrsto ukrepov, s pomočjo katerih naj bi omejili stroške zdravil. Načini obvladovanja stroškov za zdravila se običajno delijo na tiste, s katerimi država poskuša z ekonomskimi prijemi obvladovati cene, in na tiste, s katerimi skuša obvladovati porabo – predpisovanje zdravil. Uspešnejše so države, ki uvajajo več fleksibilnih regulacijskih mehanizmov v kombinaciji (Košir, Bagari, 2000, str. 19).

Ukrepi, s katerimi v razvitih državah brzdajo rast stroškov za zdravila, so naslednji:

- **Omejitve zdravil** ali zdravstvenih indikacij za zdravila, ki jih je mogoče predpisati na recept ali za katera zavarovalnice povsem ali delno povrnejo stroške nakupa. To so pozitivne liste zdravil (stroške povrnejo samo za zdravila z liste), z negativnimi seznamami zdravil (zdravila, pri katerih stroškov ne povrnejo) ali z letnimi vsotami, ki jih zdravniki porabijo za predpisovanje zdravil.
- **Državni nadzor cen** farmacevtskih izdelkov. Možen je neposredni nadzor cen, zamrznitev cen za določeno obdobje, določitev referenčnih cen, ko zavarovalnica povrne stroške za nakup določene skupine zdravil samo do določene višine cene, razliko pa doplača bolnik, in primerjava cen med državami.
- **Predpisovanje generičnih zdravil** ali možnost zamenjave generičnih zdravil med seboj. Pri konceptu generičnih zdravil je poudarek na razlikovanju med izvirnimi oziroma inovativnimi zdravili in kopijami teh zdravil s popolnoma enakim učinkom. Slednja zdravila imenujejo generična, po pomenu besede, značilen za rod, vrsto. Pri izvirnih zdravilih proizvajalec odkrije novo učinkovino, razvije postopek za njeno proizvodnjo in končno ugotovi njeno učinkovitost v laboratorijskih razmerah, pri živalih in pri ljudeh. Pri generičnih zdravilih pa proizvajalec izumi le izvorni postopek za izdelavo te učinkovine. Pri tem odpade dolgotrajni postopek iskanja zdravila in tudi njegovega preizkušanja. Zato so generična zdravila praviloma cenejša in imajo popolnoma enak učinek kot originalna zdravila, če ima enake lastnosti tudi osnovna surovina, ki poleg učinkovine tvori zdravilo. Vsako zdravilo ima tako generično ime, ki se nanaša na samo učinkovino, ki jo zdravilo vsebuje, in zaščiteno ime, odvisno od podjetja, ki ga izdeluje. Ukrepi pa spodbujajo zdravnike, naj predpišejo cenejša zdravila, ali pa celo navedejo generična imena zdravil namesto zaščitene imen, da bi lahko farmacevt zamenjal predpisano obliko zdravila za (naj)cenejšo različico istega zdravila.

- **Doplačilo pri stroških** predpisanega zdravila, ko bolnik plača ali določen delež cene ali določeno stalno vsoto za en omot ali kombinacijo obojega.
- **Sistem za kontrolo letnega dobička** proizvajalcev zdravil, ki jih predpisujejo v državi. Ko je dobiček večji od državno postavljene meje, je treba zvišati obdavčenje ali uporabiti druge kompenzacijske mehanizme.
- **Načini registracije novih zdravil** vplivajo na dosegljivost zdravil in s tem posredno na porabo zdravil.

Vse pomembnejši dejavniki za zniževanje stroškov postaja tudi samozdravljenje (Budihna, 1999, str. 65), to je zdravljenje manjših zdravstvenih težav z zdravili, ki jih bolnik sam nabavi in sam plača, ker jih je možno nabaviti brez recepta. S prerazvrščanjem zdravil za samozdravljenje je mogoče ohranjati sredstva za nova zdravila, ki so nujno potrebna (Fürst, 2001, str. 31). Samozdravljenje v razvitih zahodnih deželah v zadnjih 15 letih močno narašča. V povezavi s tem se pojavlja vprašanje, v kolikšni meri lahko to vpliva na dostop starejših ljudi do teh zdravil, predvsem tistih z nižjimi dohodki.

Države vplivajo na porabo zdravil tudi tako, da razvijajo doktrine za racionalno porabo zdravil. Eden izmed takšnih pristopov je na primer koncept stroškovne učinkovitosti, ki primerja stroške in učinke dveh ali več vrst zdravljenja in omogoča določitev strategije zdravljenja, ki bo ob najmanjših stroških prinesla največjo klinično korist (Barbič-Žagar, 1998, str. 134).

Pomemben je tudi pravilen vpogled o porabi zdravil pri izbrani populaciji, na osnovi katerega je mogoče načrtovati ustrezne ukrepe, med drugim tudi za izboljšanje zdravljenja z zdravili in s tem kakovosti življenja (Rupnik Ravnihar, 1998, str. 52). Sočasno jemanje večih vrst zdravil namreč ne pomeni nujno boljšega zdravja, ampak se posebej pri starejših osebah večja verjetnost interakcij med zdravili (Moxey, 2003). Čeprav so zdravila najučinkovitejša metoda zdravljenja kroničnih bolezni, njeno koristnost v starosti večkrat pomembno zmanjšajo zapleti, ki spremljajo kronično jemanje (Poredoš, 1999, str. 27).

Izboljšanje zdravstvenega stanja z zmanjšanjem tveganja za kroničnimi boleznimi s spremembo življenjskega stila, saj slabe življenjske navade povzročajo visoke stroške za zdravstvo, manjšo produktivnost delavcev in velike posredne stroške. Velik del populacije z nižjim tveganjem za kronične bolezni je mogoče obvarovati pred nekaterimi kroničnimi boleznimi s preventivnimi ukrepi, kot so uravnavanje telesne teže, promocija zdrave prehrane, odvajanje od kajenja in podobno (Marlowe, 2003).

Starostna skupina starejših ljudi ni homogena skupina in bi različni ukrepi zmanjševanja porabe zdravil nanjo različno vplivali. Treba je narediti tudi različne socioekonomske študije zdravstvenega statusa, da bi oblikovalci politike poznali področja, kjer je v največji meri mogoče vplivati na porabo zdravil (Moxey, 2003).

Za obvladovanje izdatkov za zdravila so se v Sloveniji doslej uporabljali predvsem administrativni ukrepi, kot so omejevanje števila receptnih obrazcev, omejevanje predpisane količine zdravil na recept, liste zdravil. Aktivno politiko na področju razvrščanja zdravil vodi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Na področju zdravil je prišlo v zadnjih desetih letih do velikih sprememb. Leta 1991 so bile uvedene pozitivna, vmesna in negativna lista. Za nekatera zdravila je veljala omejitev predpisovanja z natančnim opisom, kdaj je možno zdravilo predpisati. Leta 1993 je bilo v Sloveniji ustanovljeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, s čimer je prišlo do dolgoročne razbremenitve javnih sredstev. Leta 1996 je bil sprejet prenovljeni sklep o razvrstitvi zdravil na liste, ki je natančneje določil kriterije za razvrstitev zdravil na pozitivno in vmesno listo in skupine zdravil, ki jih ni mogoče predpisovati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem ukrepom se je do danes seznam zdravil še zožil. V prihodnosti načrtujejo poiskati ustrezne rešitve še na področju oblikovanja cen zdravil, večje preglednosti predpisovanja zdravil (uvedba elektronskega recepta na kartici zdravstvenega zavarovanja) ter določanju limitov za zdravila na recepte za izvajalce (Košir, Bagari, 2000, str. 5).

5.2 POLITIKA V ZDRAVSTVU

Do sedaj obravnavani ukrepi za zmanjševanje porabe zdravil so le del celotne zdravstvene politike. V okviru te politike pa je potrebno tudi razmisliti, kako je mogoče povečane potrebe v zdravstvu financirati. Po eni strani bo namreč večje število starih in zelo starih ljudi zahtevalo večje izdatke za zdravstveno varstvo in nego starejših, po drugi strani pa se bo glede na pričakovano zmanjšano število delovno sposobnega prebivalstva pojavil problem zadostne gospodarske rasti in ustrezne delitve, ki bi omogočala kritje teh povečanih izdatkov.

Eno izmed načel zdravstva je univerzalna dostopnost, kar pomeni, da mora biti zdravstveno varstvo dostopno vsem in mora upoštevati potrebe ljudi ne glede na njihovo starost. Tisti, ki imajo večje potrebe, dobijo več, kot tisti, ki potrebujejo manj. To načelo torej upošteva, da so tudi tisti, ki glede na svoj materialni položaj prispevajo relativno manj, deležni enake zdravstvene oskrbe kot tisti, ki prispevajo relativno več. Pri zbiranju sredstev na temelju solidarnosti zbirajo denar vsi državljani v sorazmerju s svojimi prihodki. Breme stroškov se z bolnih prenese na vse, torej tudi na zdrave. Problem, ki pri tem nastane v zvezi s staranjem prebivalstva pa je, da je med bolniki čedalje več takšnih, ki uporabljajo zdravstvene storitve, čedalje manj pa tistih, ki jih plačujejo.

V Sloveniji je zdravstvo organizirano tako, da velja sistem sprotnega prispevnega kritja, ki poveča možnosti potrošnje starejših generacij, ki niso prispevale v sistem. Ob zmanjšanju rodnosti in zniževanju smrtnosti, katerima smo priča v zadnjem času v večini razvitih držav, pa se pojavijo resni problemi tega sistema (Sambt, 2003, str. 187). Ker stroški v zdravstvu rastejo s starostjo zavarovancev, bo treba v Sloveniji odgovoriti na vprašanje, iz kakšnih virov bo krito povečanje teh stroškov od sedanjih 6,9% na preko 10% bruto domačega proizvoda (Kraigher, 2003, str. 203).

Na financiranje zdravstva pa je potrebno gledati dolgoročno in ne le z vidika presežka ali primanjkljaja v enem letu. Generacijski računi se ukvarjajo z medgeneracijskimi odnosi in sicer z ekonomskega oziroma finančnega vidika. Metoda generacijskih računov omogoča ugotavljanje dolgoročnih posledic trenutne politike ob upoštevanju prihodnjega demografskega razvoja in pokaže, kakšne bodo posledice obstoječih politik na vplačila in izplačila med posamezniki in državo, tako za živeče generacije, kot tudi za prihodnje generacije. V ozadju je prisotno vprašanje pravičnosti in dopustnosti prelaganja finančnih bremen na prihodnje generacije. Rezultati oblikovanja generacijskih računov za Slovenijo kažejo, da medčasovno proračunsko ravnotežje v Sloveniji ni zagotovljeno in da so razlogi za takšno stanje v prvi vrsti demografski. Možni ukrepi so zmanjševanje izdatkov države oziroma transferjev posameznikom in/ali povečevanje davčnih obremenitev. Pri zdravstveni oskrbi so možnosti zniževanja izdatkov precej omejene, usmerjene so v glavnem na dodatno obremenitev posameznikov s temi izdatki (Sambt, 2003, str. 192).

Na temelju analize stanja porabe vrste zdravil se nakazuje še en mehanizem, s katerim bi bilo mogoče zmanjšati izdatke za zdravila. Gre za tista, razmeroma draga zdravila, ki se uporabljajo za preprečevanje dejavnikov tveganja srčno žilnih bolezni, kot so na primer statini za znižanje ravni lipidov v krvi ali zdravila za preprečevanje zvišanega krvnega tlaka. Glede na to, da lahko z načinom življenja bistveno vplivamo na zmanjšanje dejavnike tveganja, bi morala zdravstvena politika ne le stimulirati take dejavnosti, ampak jih upoštevati pri solidarnem zagotavljanju sredstev za zdravstveno zavarovanje. Gre za način življenja z uživanjem pravilne in uravnotežene prehrane, z gibanjem, izogibanjem kajenju ali pretiranemu uživanju alkoholnih pijač ter odpravljanjem stresa. Prebivalstvo bi bilo potrebno stimulirati tudi tako, da bi tisti, ki skrbijo za zdravje manj prispevali v zdravstveno blagajno kot drugi. Najti bi bilo treba le mehanizem, ki bi zagotavljal pravično uveljavljanje teh pravic. Tak način ne bi bil novost pri zavarovalni politiki, saj v nekaterih razvitih zahodnih državah že danes zavarovalnice zahtevajo višje premije za nezgodno zavarovanje voznikov pri tistih skupinah, ki povzročijo največ prometnih nesreč.

5.3 PREBIVALSTVENA POLITIKA

Problemov, ki izhajajo iz neugodnih demografskih gibanj v današnjih razvitih državah in se kažejo med drugim tudi v naraščajočih stroških zdravil in zdravstvene dejavnosti nasploh, se je treba lotiti tudi z vidika prebivalstvene politike. Ker je rodnost v razvitih državah dandanes zelo nizka in je v večini držav padla že pod raven, ki še zagotavlja dolgoročno nemoteno reprodukcijo, je za prebivalstveno politiko razvitih držav značilno, da daje velik poudarek predvsem rodnosti prebivalstva. V teh državah je tradicionalno reproduktivno zavest zamenjala sodobna reproduktivna zavest, za katero je značilno, da posamezniki in družine pri odločanju o rojstvih otrok v glavnem upoštevajo le svoje individualne motive, norme, načrte, ideale in cilje, medtem ko so interesi družbe, ki se kažejo v dolgoročno nemotenem obnavljanju prebivalstva, zanemarjeni (Malačič, 2003, str. 307).

Prebivalstvena politika vpliva na rodnost tako, da skuša ustvariti razmere, v katerih bodo ljudje pripravljene prostovoljno roditi otroke. V ta namen lahko uporablja ekonomske ukrepe, ki znižujejo stroške družine z rejo, vzgojo in izobraževanjem otrok ter ukrepe, ki poskušajo olajšati zaposleni ženski združiti reproduktivno funkcijo z zaposlitvijo na trgu dela. Sem spadajo otroški dodatki, plačilo stroškov zdravstvenih pregledov med nosečnostjo in po rojstvu otroka, brezplačno zdravstveno varstvo mater in otrok, denarna pomoč v času nosečnosti, ob porodu in v prvih letih življenja otroka, subvencioniranje otroškega varstva, zagotavljanje brezplačnega šolanja in ugodnih kreditov za nadaljnje izobraževanje otrok, podaljševanje ali ohranjanje dolžine polno ali delno plačanega porodniškega dopusta, zagotavljanje plačanega bolniškega dopusta v času bolezni otrok in podobno. Sodobne razvite države lahko uporabljajo tudi razne davčne olajšave za družine z otroki, pri čemer običajno učinek teh olajšav progresivno narašča s številom otrok (Malačič, 2003, str. 308).

Po drugi strani lahko prebivalstvena politika skuša doseči zastavljene cilje tudi z neekonomskimi ukrepi, s katerimi vpliva na oblikovanje reproduktivnih norm, ki zagotavljajo dolgoročno nemoteno reprodukcijo prebivalstva. Del teh ukrepov se nanaša tudi na uporabo kontracepcijskih sredstev in odnos do splava in sterilizacije. V večini razvitih držav se je izkazalo, da s prepovedjo kontracepcijskih sredstev in splava ne morejo povečati rodnosti, zato teh ukrepov ne uporabljajo (Malačič, 2003, str. 308).

Pomemben del prebivalstvene politike je izobraževanje o načrtovanju družine, poudarjanje pomena družinskega življenja in potomstva v vrednostnem sistemu prebivalstva ter seznanjanje prebivalstva s posledicami prenizke rodnosti. Na splošno je potrebno prebivalstveno politiko eksplicitno objaviti ter seznaniti prebivalstvo z osnovnimi načeli, na katerih temelji, in s cilji, ki jih poskuša doseči, ter z razlogi, zaradi katerih je takšna politika potrebna (Malačič, 2003, str. 308).

Nizko rodnost je deloma mogoče nadomestiti tudi z večjim priseljevanjem, a mnoge razvite države kljub izrazito nizki rodnosti vodijo omejevalno politiko priseljevanja. Razlog tiči v naraščajočem nasprotovanju priseljevanja tujcev, ki je ponekod danes že tako močna, da povzroča družbene neredne in pridobiva politični vpliv (Malačič, 2003, str. 309).

Demografske razmere v Sloveniji zahtevajo oblikovanje in dosledno izvajanje celovite prebivalstvene politike. Slovenija kljub neugodnim demografskim gibanjem še vedno nima jasno oblikovane prebivalstvene politike. V preteklih desetletjih so bili v naši državi sprejeti le posamezni nepovezani in delni ukrepi, ki pa niso imeli neposrednih demografskih ciljev, ampak so bili v prvi vrsti usmerjeni k doseganju socialnih in ekonomskih ciljev. Sem spadajo predvsem otroški dodatki, porodniški dopust, brezplačno zdravstveno varstvo otrok, sofinanciranje otroškega varstva, paket opreme za novorojenčka, število družinskih članov ali otrok kot kriterij za dodeljevanje stanovanjskih pravic in posojil, dolžine dopusta in podobno (Malačič, 2003, str. 312).

Naraščajoči demografski problemi in motnje v reprodukciji prebivalstva v današnjih razvitih državah bodo v prihodnosti torej pripeljali do resnih problemov na številnih področjih. Takšni trendi, ki se bodo po napovedih demografov nadaljevali, bodo v prihodnjih letih pomembno vplivali na ekonomsko, socialno in zdravstveno podobo države. Pomenijo hkrati veliko odgovornost in tudi izziv za celotno državo.

6 SKLEP

Nacionalni sistemi zdravstvenega varstva so v razvitih državah pod pritiski ekonomskih, demografskih in socialnih sprememb. Diplomsko delo se osredotoča na vpliv demografskih sprememb, to je procesa staranja prebivalstva v teh državah, na zdravstvo, predvsem pa na porabo zdravil.

Staranje prebivalstva nakazuje čedalje večjo porabo zdravil v prihodnosti. Obstajajo različne ocene o tem, v kolikšni meri bo ta proces vplival na večanje porabe zdravil in zviševanje stroškov za zdravila, pri tem pa je treba upoštevati, da bodo na porabo zdravil poleg demografskih dejavnikov vplivali tudi številni drugi dejavniki, med katerimi je najpomembnejši razvoj novih zdravil.

Ni presenetljivo, da ljudje v višjih starostnih skupinah porabijo več zdravil kot mlajši in v primerjavi z njimi povzročajo višje stroške. Poraba zdravil je v teh starostnih skupinah večja predvsem zato, ker imajo starejši ljudje po eni strani več bolezni, za katere prejemajo različna zdravila, po drugi strani pa je narava teh bolezni takšna, da zahteva dolgotrajno jemanje zdravil. Med najpomembnejše bolezni, tako z vidika porabe kot stroškov za zdravila za starejše ljudi, spadajo bolezni srca in ožilja. Zaradi naraščanja števila starejših in v povprečju bolj bolnih ljudi pa se bo v prihodnosti skozi čas povečevala poraba zdravil, s tem pa se bo povečeval delež stroškov za zdravila starejših prebivalcev med vsemi stroški za zdravila. Ta pojav je bil v Sloveniji viden že do sedaj.

V povezavi z naraščajočimi stroški za zdravila, tako zaradi demografskih kot tudi drugih dejavnikov, se pojavljajo vprašanja financiranja teh stroškov v prihodnosti. S tovrstnimi problemi se ukvarjajo različne politike, ki bodisi neposredno omejujejo predpisovanje in porabo zdravil, ali pa se ukvarjajo z zagotavljanjem in prerazporejanjem sredstev za zdravstveno dejavnost. Politike, ki se ukvarjajo s tem področjem morajo biti skrbno oblikovane in dosledno izvajane, saj se bodo problemi staranja prebivalstva v prihodnosti še zaostriili. Po eni strani bo zahtevalo večje število starih in zelo starih ljudi večje izdatke za zdravstveno in socialno varstvo, po drugi strani pa se bo zmanjšalo število delovno sposobnega prebivalstva, ki s prispevki skrbi, da so zdravila dostopna vsem ljudem, tudi tistim, ki porabijo sorazmerno več, kot prispevajo za zdravila. V zvezi s staranjem prebivalstva pa ne gre pozabiti na prebivalstveno politiko, ki lahko z dosledno izvedenimi ukrepi omili motnje v reprodukciji prebivalstva in na ta način dolgoročno zmanjša možnost resnih problemov na številnih področjih, tudi na področju zdravstva.

Strokovnjaki pravijo, da je maksimalna dolžina življenja že dolgo nespremenjena. Človeštvo je uspelo z razvojem v zadnjih stoletjih povečati srednje trajanje življenja, a njegove zgornje meje brez revolucionarnih odkritij, morda celo na področju zdravil, ne bo mogoče premakniti. Danes je veliko bolezni mogoče zdraviti, smrt posameznika oddaljiti v višjo starost, vendar smrti in smrtnosti ni mogoče odstraniti.

7 LITERATURA

1. Antolič Gorazd, et al: Zdravila za srce in ožilje. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 1999. 300 str.
2. Basch Scott Miriam: Effective management of perscription drug benefit is crucial to health care cost containment. Employee Benefit Plan Review, New York, 55 (2001), 7, str. 21-22.
3. Barbič-Žagar Breda: Farmakoekonomski vidiki hipolipemičnih zdravil. Medicinski razgledi, Ljubljana, 37 (1998), suppl. 3, str. 131-138.
4. Becker Gary S.: New drugs cut costs, and Medicare can help. Business Week, 24. marec 2004, str. 14.
5. Budihna Metka V.: Samozdravljenje. Uporaba zdravil v starosti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999, str. 65-75.
6. Cukjati France: Splošna medicina – kdo bo tebe ljubil?. ISIS, Ljubljana, (1999), 4, str. 35-37.
7. Cutler David: Declining disability among the elderly. Health Affairs, Chevy Chase, 20 (2001), 6, str. 11-28.
8. Disney Richard: Can We Afford to Grow Older?. Cambridge: The MIT Press, 1998. 344 str.
9. Egidi Viviana: Health status of older people. Genus, Roma, 59 (2003), 1, str. 169-200.
10. Findlay Steven: The upward trend continues. LIMRA's Market Facts Quarterly, Hartford, 20 (2001), 2, str. 52-55.
11. Frankič Darja: Starostniki in upoštevanje navodil za jemanje zdravil. Uporaba zdravil v starosti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999, str. 40-53.
12. Fürst Jurij: Ekonomski vidiki razvrščanja zdravil na listo. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 69 (2000), suppl.1, 19-22.
13. Fürst Jurij: Analiza predpisovanja kardiovaskularnih zdravil v Sloveniji z mednarodno primerjavo. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 70 (2001),1, str. 33-38.
14. Fürst Jurij: Samozdravljenje z vidika obvladovanja porabe zdravil. Samozdravljenje, zbornik referatov. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, 2001, str. 31-33.
15. Fürst Jurij, Peklar Jure: Farmakoepidemiološki vidik zdravljenja hiperlipidemij. Farmacevtski vestnik, Ljubljana, 54 (2003), str. 145-150.
16. Herman Joan E.: Rising perscription drug costs: A chalenge to health care financing. LIMRA's Market Facts Quarterly, Hartford, 20 (2001), 3, str. 100-102.
17. Herzlinger Regina E.: Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of Americas Larget Service Industry. Cambridge: Perseus Books, 1997. 370 str.
18. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
19. Kolšek Marko: Predpisovanje psihotropnih zdravil v domu starejših občanov. Raba, škodljiva raba in odvisnost od zdravil. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2003, str. 42-45.

20. Košir Franc, Bagari Nevenka: Obvladovanje izdatkov zdravstvenega zavarovanja za zdravila, predpisana na recepte. *Zdravniški vestnik*, Ljubljana, 69 (2000), suppl.1, str. 5-9.
21. Kraigher Tomaž: Vpliv različnih možnosti demografskega razvoja na ekonomsko vzdržnost staranja prebivalstva v Sloveniji Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov. Zbornik referatov 13. mednarodnega statističnega posvetovanja. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije, 2003, str. 194-203.
22. Lawton Burns R.: *The Health Care Value Chain: Producers, Purchases and Providers*. San Francisco: Joseey-Bass, 2002. 444 str.
23. Lichtenberg Frank: Are the benefits of newer drugs worth their costs? Evidence from the 1996 MEPS. *Health Affairs*, Chevy Chase, 20 (2001), 5, str. 241-252.
24. Long Stephen H.: Prescription drugs and the elderly: Issues and options. *Health Affairs*, Chevy Chase, 13 (1994), 2, str. 157.
25. Malačič Janez: *Demografija – Teorija, analiza metode in modeli*. 5. izdaja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2003. 378 str.
26. Malačič Janez: Staranje prebivalstva Slovenije po projekcijah prebivalstva 2001-2036: naravna rast nasproti celotni rasti prebivalstva. Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov. Zbornik referatov 13. mednarodnega statističnega posvetovanja. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije, 2003, str. 174-184.
27. Marlowe Joseph: Practical steps to controlling medical costs. *Employee Benefits Journal*, Brookfield, 28 (2003), 4, str. 71.
28. Moxey Elisabeth D, et al.: Prescription drug use in the elderly: A descriptive analysis. *Health Care Financing Review*, Washington, 24(2003), 4, str. 127.
29. Mueller Curt, et al.: Prescription drug spending: The impact of age and chronic disease status. *American Journal of Public Health*, Washington, 87 (1997), 10, str. 1626-1629.
30. Phelps Charles E.: *Health Economics*. Boston: Addison Wesley, 2003. 688 str.
31. Poredoš Pavel: Predpisovanje zdravil starostnikom z vidika klinične medicine. *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999, str. 27-33.
32. Prevolnik-Rupel Valentina: Analiza izdatkov za zdravila v odvisnosti od starosti zavarovanca. *IB revija*, Ljubljana, 34 (2000), 1, str. 70-75.
33. Rejc Adriana: Nadzor stroškov v zdravstveni organizaciji. *Zdravniki kot managerji*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2003, str. 45-53.
34. Rupnik Ravnihar Irena: Sočasno predpisovanje zdravil v ambulantah osnovnega zdravstvenega varstva. *Predpisovanje zdravil v družinski medicini*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1998, str. 41-54.
35. Sambt Jože: Javnofinančni sistem v luči demografskih gibanj. Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov. Zbornik referatov 13. mednarodnega statističnega posvetovanja. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije, 2003, str. 185-193.
36. Saltman Richard B., et al: *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Philadelphia: Open University Press, 2002. 224 str.

37. Steinberg Earl P, et al.: Beyond survey data: A claims-based analysis of drug use and spending by the elderly. *Health Affairs, Chevy Chase*, 29 (2000), 2, str. 198-211.
38. Stropnik Nada: Socialna varnost v Sloveniji v prihodnje. *IB revija*, Ljubljana, 34 (2000), 1, str. 84-90.
39. Toth Martin: Možnosti uvedbe zavarovanja za dolgotrajno nego v Sloveniji. Zbirka prispevkov okroglih miz in predavanj: Festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije, 2001, str. 91-95.
40. Vertot Nelka, et al.: Popisi na Slovenskem 1948-1991 in popis 2002. Ljubljana: Statistični urad republike Slovenije, 2000. 69 str.
41. Vodopivec Jamšek Vlasta: Predpisovanje zdravil po akutnem srčnem infarktu. Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1998, str. 55-66.

8 VIRI

1. Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2003.
2. Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji v prvem polletju 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2004.
3. Interno gradivo Inštituta za varovanje zdravja, 2000.
4. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003.
5. Register zdravil Republike Slovenije. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2002.
6. Statistični letopis RS 2003. Ljubljana: Statistični urad RS, 2003.
7. Zdravstveni statistični letopis 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2003.
8. Zdravstveni statistični letopis 2001. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2002.

9 PRILOGA

Tabela 1: Starostna struktura prebivalstva Slovenije po projekcijah prebivalstva 2001-2036 (v%) na osnovi naravne rasti v izbranih letih projekcijskega obdobja

Leto	Starost	Varianta projekcije			
		Konstantna	Nizka	Srednja	Visoka
2001	0-14	15,7	15,7	15,7	15,7
	15-64	70,1	70,1	70,1	70,1
	65+	14,1	14,1	14,1	14,1
2011	0-14	13,7	13,6	13,6	13,8
	15-64	70,7	70,6	70,6	70,5
	65+	15,6	15,8	15,8	15,8
2021	0-14	12,7	12,1	12,6	13,6
	15-64	67,8	67,6	67,2	66,5
	65+	19,4	20,3	20,2	20,0
2036	0-14	10,8	9,0	11,5	13,2
	15-64	64,3	63,1	61,5	60,8
	65+	24,9	27,9	26,9	26,1

Vir: Malačič, 2003a, str. 177.

Tabela 2: Starostna struktura prebivalstva Slovenije po projekcijah prebivalstva 2001-2036 (v%) v izbranih letih projekcijskega obdobja (upoštevane so tudi migracije)

Leto	Starost	Varianta projekcije			
		Konstantna	Nizka	Srednja	Visoka
2001	0-14	15,7	15,7	15,7	15,7
	15-64	70,1	70,1	70,1	70,1
	65+	14,1	14,1	14,1	14,1
2011	0-14	13,7	13,6	13,6	13,8
	15-64	70,8	70,7	70,8	70,6
	65+	15,4	15,6	15,6	15,6
2021	0-14	12,9	12,2	12,8	13,8
	15-64	68,1	68,0	67,7	67,0
	65+	19,0	19,8	19,5	19,2
2036	0-14	11,0	9,4	12,1	13,9
	15-64	65,1	64,2	63,1	62,7
	65+	23,9	26,4	24,8	23,4

Vir: Malačič, 2003a, str. 180.

Projekcije prebivalstva Slovenije v primeru naravne rasti so narejene v konstantni, nizki, srednji in visoki varianti. Temeljijo na dveh variantah hipoteze o smrtnosti in sicer na hipotezi konstantne smrtnosti iz konca 20. stoletja v Sloveniji v konstantni varianti projekcij ter padajoče smrtnosti v ostalih treh variantah projekcij. Povečanje življenjskega pričakovanja ob rojstvu se pričakuje za oba spola. Pri moških naj bi se ta kazalec v 35 letih povečal od 72,0 na 76,4, pri ženskah pa od 79,5 na 83,1 leto. Variante projekcij upoštevajo štiri hipoteze o rodnosti in sicer konstantna upošteva hipotezo nespremenjene rodnosti v projekcijskem obdobju, ki je izražena z neto stopnjo obnavljanja 0,60. Nizka varianta projekcij predvideva znižanje te stopnje na 0,50, srednja in visoka varianta pa njeno povečanje na 0,72 in 0,85 v prvem in drugem primeru ob koncu projekcijskega obdobja.

V tabeli 2 je dodatno upoštevana še hipoteza o migracijah. Predpostavljene so pozitivne neto migracije pri vseh variantah projekcij. Takšna hipoteza je utemeljena z dosedanjimi pozitivnimi neto migracijami v Sloveniji v preteklih letih in desetletjih, s pričakovanim izboljšanjem ekonomskih razmer v naši državi, še posebej zaradi včlanitve v Evropsko Unijo, ter zaradi zelo neugodnih razmer na področju rodnosti.