

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA FARMACIJO

**KATJA SAKSIDA (VUK)**

**MAGISTRSKA NALOGA**

**UNIVERZITETNI ZNANSTVENI PODIPLOMSKI ŠTUDIJ  
BIOMEDICINE**

Ljubljana, 2013



UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA FARMACIJO

KATJA SAKSIDA (VUK)

**PRIMERJALNA ANALIZA MODELOV  
PLAČEVANJA LEKARNIŠKIH STORITEV IZ  
NASLOVA JAVNIH SREDSTEV**

**A COMPARATIVE ANALYSIS OF REMUNERATION  
MODELS FOR PHARMACEUTICAL SERVICES**

MAGISTRSKA NALOGA

Ljubljana, 2013

Magistrsko nalogo sem opravljala na Fakulteti za farmacijo, na Katedri za socialno farmacijo, pod mentorstvom prof. dr. Aleša Mrharja, mag. farm.

Predsednica komisije: prof. dr. Mirjana Gašperlin, mag. farm.

Član komisije: doc. dr. Mitja Kos, mag. farm.

### **Zahvala**

Zahvalila bi se mentorju prof. dr. Alešu Mrharju za vse spodbudne besede, strokovne usmeritve in nasvete. Hvala profesorju, da ni nikoli nehal verjeti vame.

Zahvalila bi se predsednici prof. dr. Mirjani Gašperlin in članu komisije doc. dr. Mitju Kosu za vse uporabne nasvete ob zaključku magistrske naloge.

Posebno mesto pri zahvali gre vsem mojim domačim, ki so vztrajali, me spodbujali in mi omogočili študij. Hvala možu Sergeju, hčerkama Neži in Živi, mami Danici in tašči Sonji.

### **Izjava**

Izjavljam, da sem magistrsko nalogo samostojno izdelala pod vodstvom mentorja prof. dr. Aleša Mrharja, mag. farm.

Ljubljana, marec 2012

Katja Saksida

## Vsebina

|  |      |
|--|------|
| Seznam slik.....   | III  |
| Seznam preglednic.....   | IV   |
| Povzetek .....   | VI   |
| Abstract.....  | VII  |
| Abecedni seznam okrajšav .....   | VIII |
| Definicije pojmov .....  | IX   |
| 1. Uvod .....  | 1    |
| 1.1 Zdravljenje z zdravili kot del javnega zdravstva.....  | 2    |
| 1.1.1 Zdravila.....  | 3    |
| 1.1.2 Farmacevtske kognitivne storitve - FKS .....   | 4    |
| 1.1.3 Težave povezane z zdravili.....  | 7    |
| 1.2 Interesi deležnikov pri zdravljenju z zdravili .....   | 11   |
| 1.3 Regulacija trga lekarniške dejavnosti .....  | 12   |
| 1.4 Etične dileme lekarniškega farmacevta pri izvajanju kognitivnih farmacevtskih storitev .....   | 15   |
| 1.5 Trendi plačevanja v zdravstvu .....  | 17   |
| 1.6 Predstavitev sistemov plačevanja zdravstvenih storitev.....                                    | 21   |
| 1.7 Razvoj lekarniške dejavnosti v EU in svetu .....   | 26   |
| 1.8 Organizacija lekarniške dejavnosti v Sloveniji .....   | 29   |
| 1.9 Plačevanje lekarniške dejavnosti v Sloveniji.....  | 32   |
| 1.10 Predstavitev modelov plačevanja lekarniške dejavnosti .....                                   | 36   |
| 2. Namen.....  | 42   |
| 3. Metode .....  | 43   |
| 4. Rezultati.....  | 46   |
| 4.1. Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti.....                                      | 46   |
| 4.1.1. Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti po državah.....                         | 46   |
| 4.1.2. Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti s pomočjo metode “Pros” in “Cons” ..... | 53   |
| 4.1.3. Prirejena matrika BCG za modele plačevanja lekarniške dejavnosti .....                      | 56   |

|   |    |
|---|----|
| 4.2 Pregled storitev, ki so vključene v model plačevanja lekarniških storitev v Sloveniji ..... | 60 |
| 4.3 Primerjava poslovanja lekarniške dejavnosti javnih zavodov in lekarn s koncesijo.           | 66 |
| 4.4 Predlog sodobnega modela plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo .....                | 71 |
| 4.5 Predlog dizajna slovenske lekarne .....   | 75 |
| 5. Razprava .....   | 77 |
| 5.1 Omejitve pri izvedbi magistrskega dela .....  | 77 |
| 5.2 Najprimernejši sodobni model plačevanja lekarniške dejavnosti.....                          | 77 |
| 5.3 Prednosti in pomanjkljivosti slovenskega modela plačevanja lekarniške dejavnosti            | 79 |
| 5.3.1 Težava z upravljanjem z zalogami v slovenskih lekarnah .....                              | 81 |
| 5.4 Sodobni model plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo .....                           | 82 |
| 5.5 Dizajn slovenske lekarne .....  | 83 |
| 6. Sklep .....  | 84 |
| 7. Literatura in viri.....  | 86 |
| Priloge.....  | 95 |

## Seznam slik

|   |    |
|---|----|
| Slika 1: Razvrstitev zdravil .....  | 3  |
| Slika 2: Struktura trga zdravil.....  | 12 |
| Slika 3: Zdravstveni trikotnik .....  | 22 |
| Slika 4: Dizajn lekarne pred spremembo.....   | 28 |
| Slika 5: Dizajn lekarne po spremembi.....   | 29 |
| Slika 6: Nivoji zdravstvene oskrbe v Sloveniji ter ključni oskrbovalci na posamezni ravni .....   | 29 |
| Slika 7: Mreža javnih lekarniških enot v Sloveniji od leta 1992 do 2011.....  | 30 |
| Slika 8: Strukture cene na drobno za izbrana zdravila za izbrane OECD države za leto 2004 .....   | 38 |
| Slika 9: Razvoj strukture cene na drobno za zdravila za neuravnoteženo povprečje EU držav članic EFPIA .....  | 39 |
| Slika 10: Razvoj strukture cene farmacevtskih izdelkov v % med proizvajalcem, veledrogerijo, lekarno in ostalo od leta 1986 do leta 2003 za Španijo .....       | 39 |
| Slika 11: Razvoj strukture cene farmacevtskih izdelkov v % med proizvajalcem, veledrogerijo in lekarno od leta 2007 do leta 2011 za Nemčijo .....               | 40 |
| Slika 12: Preračunana marža za lekarne za Slovenijo kot odhodki ZZS za delo lekarn v odhodkih za zdravila.....  | 41 |
| Slika 13: Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti s pomočjo prirejene BCG matrike .....   | 60 |
| Slika 14: Delež prodaje farmacevtskih izdelkov glede na zdravila z in zdravila brez recepta za leto 2009 za izbrane države.....                                 | 68 |
| Slika 15: Število javnih lekarniških zavodov in lekarn s koncesijo v letu 2011, ki so vključeni v analizo .....   | 69 |
| Slika 16: Celotni prihodki ter deleži celotne prodaje v Sloveniji za javne lekarniške zavode in lekarne s koncesijo v letu 2011, ki so vključeni v analizo..... | 69 |
| Slika 17: Delež prodaje za izvajanje javne službe in prodaje blaga ter storitev na trgu za povprečen javni lekarniški zavod v Sloveniji za leto 2011 .....      | 71 |

## Seznam preglednic

|  |    |
|--|----|
| Preglednica I: Rezultati raziskave na Nizozemskem za izvajanje FKS na osebni nivoju glede na terapevtsko klasifikacijo in glede na vsebino svetovanja.....                 | 6  |
| Preglednica II: Težave povezane z zdravili, prvi del klasifikacije DRP-SLO V1 .....  | 7  |
| Preglednica III: Dejavniki tveganja za težave povezane z zdravili, drugi del klasifikacije DRP-SLO-V1.....   | 8  |
| Preglednica IV: Intervencije pri težavah povezanih z zdravili, tretji del klasifikacije DRP-SLO-V1.....  | 9  |
| Preglednica V: Izidi intervencij, četrty del klasifikacije DRP-SLO-V1 .....  | 10 |
| Preglednica VI: Skupna načela javnih uslužbencev .....   | 16 |
| Preglednica VII: Najsodobnejša zdravstvena statistika za OECD države.....  | 18 |
| Preglednica VIII: Gibanje % izdatkov za zdravstvo v BDP-ju od leta 2000 do 2010 .....  | 19 |
| Preglednica IX: Izdatki za farmacevtske izdelke za leto 2009 v USD pc PPP v izbranih državah.....  | 20 |
| Preglednica X: Opis ključnih zdravstvenih sistemov v svetu .....   | 24 |
| Preglednica XI: Gibanje cene točke za lekarniško storitev v EUR za obdobje 1.1.2010 do 1.5.2012 .....  | 34 |
| Preglednica XII: Gibanje števila receptov, števila točk in vrednosti točke od leta 2004 do 2011 .....  | 34 |
| Preglednica XIII: Gibanje odhodkov ZZZS-ja za delo lekarn od leta 2005 do 2011.....  | 35 |
| Preglednica XIV: Primerjava gibanja odhodkov ZZZS-ja za delo lekarn s številom realiziranih točk za lekarniške storitve od leta 2005 do 2011.....                          | 35 |
| Preglednica XV: Lekarniška variabilna marža in fiksni prispevek za izbrane države .....  | 46 |
| Preglednica XVI: Osnovna izdaja zdravila na Japonskem.....   | 51 |
| Preglednica XVII: Točkovnik za elemente izdaje zdravil in dodatne storitve izdaje zdravil na Japonskem.....  | 51 |
| Preglednica XVIII: Točkovnik za farmacevtske kognitivne storitve in storitve aplikacije zdravila na Japonskem .....  | 52 |
| Preglednica XIX: Prednosti in pomanjkljivosti posameznih modelov plačevanja lekarniške storitve .....  | 53 |
| Preglednica XX: Primerjava modelov plačevanja lekarniške storitve glede na kriterije neodvisnosti, kontrole stroškov za delo lekarn in glede na usmerjenost k bolniku..... | 58 |



|  |    |
|--|----|
| Preglednica XXI: Delni seznam storitev za lekarne, ZZZS Šifrant-E Lekarne, V115E za leto 2012 .....                            | 62 |
| Preglednica XXII: Izračun vrednosti točke za vročitev zdravila.....  | 62 |
| Preglednica XXIII: Izračun vrednosti točke za obdelavo recepta .....   | 63 |
| Preglednica XXIV: Primerjava seznama lekarniških storitev iz leta 1982 z letom 2012....  | 63 |
| Preglednica XXV: Primerjava poslovanja za povprečni javni lekarniški zavod in povprečno lekarno s koncesijo za leto 2011 ..... | 70 |
| Preglednica XXVI: Dobičkonosnost po vrstah dejavnosti za povprečni javni lekarniški zavod za leto 2011 .....                   | 71 |
| Preglednica XXVII: Predlog točkovnika storitev vezanih na izdajo zdravil in izdelavo magistralno pripravljenih zdravil.....    | 71 |
| Preglednica XXVIII: Predlog točkovnika farmacevtskih kognitivnih storitev, ki niso vezane na izdajo.....                       | 71 |

## Povzetek

Razvojni trendi v zdravstvu v Sloveniji kot tudi v drugih državah EU so daljšanje življenjske dobe, starejša demografska struktura, razvoj novih zdravil in novih tehnologij ter s tem možnosti zdravljenja. S financiranjem zdravstvenega varstva, običajno preko sistemov javnega dostopa, skušamo tem trendom slediti v optimalni meri.

Vloga lekarniškega farmacevta v zadnjem desetletju presega zgolj izdajo zdravil in pripravo magistralnih pripravkov. Razvile so se farmacevtske kognitivne storitve, ki poudarjajo vlogo lekarniškega farmacevta kot osebnega svetovalca bolniku pri preprečevanju, odkrivanju in reševanju težav povezanih z zdravili. S tem je pridobljena možnost večjega izkoriščanja potenciala lekarniškega farmacevta. V slovenskem modelu plačevanja lekarniške dejavnosti farmacevtske kognitivne storitve niso predvidene, zato se pojavlja v praksi etično vprašanje glede izvajanja.

NAMEN: V magistrski nalogi smo preverili, ali je trenutni model plačevanja lekarniške dejavnosti primeren za Slovenijo in na kakšen način bi ga lahko izboljšali. Cilj magistrske naloge je predlagati sodoben model plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo, ki bo upošteval novo vlogo lekarniškega farmacevta.

METODE: Opravili smo pregled člankov v bazi Pubmed z iskalnim kriterijem »pharmacy fee method«. Pregledali smo tujo in slovensko literaturo vezano na modele plačevanja lekarniške dejavnosti. Pregledali smo slovensko zakonodajo vezano na lekarniško dejavnost. Opravili smo primerjalno analizo modelov glede na variabilen in fiksen del plačila lekarniške dejavnosti med izbranimi državami; primerjalno analizo Pros in Cons posameznih vrst modelov plačevanja lekarniške dejavnosti ter primerjalno analizo vrst modelov v prirejeni matriki BCG. Pri primerjavi poslovanja javnih lekarniških zavodov in lekarn s koncesijo za leto 2011 smo uporabili standardne metode opisne statistike. Predlog sodobnega modela za Slovenijo smo osnovali na rezultatih primerjalnih analiz, japonskem modelu in slovenski klasifikaciji težav povezanih z zdravili.

REZULTATI: Najprimernejši model plačevanja lekarniške dejavnosti je model plačila glede na bolnika, ker je usmerjen k bolniku, omogoča strokovno neodvisnost od cene zdravil in omogoča državi kontrolo nad stroški za delo lekarn. Predlog izboljšane slovenskega modela zadostuje tem kriterijem.

## **Abstract**

Slovenian and EU healthcare trends are increasing life expectancy, old demographic structure, development of new drugs and technologies that lead to new possibilities of treatment. Financing health care through public social fund is the best way to optimally follow those trends.

Role of community pharmacist is developing over the traditional dispensing of medicines. New role as patient's personal adviser encompass pharmacists' cognitive services to prevent, discover and solve drug related problems. In this way pharmaceutical professional knowledge can be broadly used. In Slovenian remuneration model for pharmaceutical services pharmacists' cognitive services are not predicted, leading to ethical issues regarding its implementation.

**OBJECTIVES:** Evaluation of Slovenian remuneration model for pharmaceutical services and searching ways of its improvement. Target is to prepare a proposal of remuneration model that would include also new role of community pharmacist.

**METHODS:** Articles were searched in Pubmed database for »pharmacy fee method«. Review of pharmaceutical sector was done in Slovenian literature and legislation. We performed the comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical services between countries by comparing variable and fixed payments; comparative analysis of Pros and Cons of basic models; comparative analysis of basic models in adapted BCG matrix. Standard methods of descriptive statistics were used for analysis of income statements for 2011 for an average community pharmacy and an average licensed pharmacy. The proposal for new models for Slovenia was based on the results of comparative analysis, model in Japan and Slovenian classification of drug related problems.

**RESULTS:** Remuneration model of pharmaceutical services should be oriented towards the patient, should include professional independence of medicinal prices and should include control over expenses for pharmaceutical services. Proposal for Slovenian model includes this criteria.

## **Abecedni seznam okrajšav**

- ABDA – Federal Union of German Association of Pharmacists
- BCG matrika – matrika Boston Consulting Group
- BDP – bruto domači proizvod
- CVRp – celotna vrednost recepta
- DDV – davek na dodano vrednost
- DP – shema zavarovanja pacienta na Irskem, ang. Drug Payment Scheme
- DRP – težave povezane z zdravili, ang. Drug Related Problems
- EFPIA – Evropska federacija farmacevtske panoge in farmacevtskih združenj, ang. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
- EU – Evropska unija
- FKS – farmacevtske kognitivne storitve
- GMS – zavarovanje pokriva storitve splošnega zdravnika na primarni ravni na Irskem, ang. General Practitioners in the Primary Care Reimbursement Service; ang. Group Medical Services
- IT – informacijska tehnologija
- LTI – shema zavarovanja pacienta na Irskem, ang. Long Term Illnes Scheme
- LZS – Lekarniška zbornica Slovenije
- MZ – Ministrstvo za zdravje
- NHS – nacionalni sistem zdravstvenega zavarovanja, ang. National Halthcare System
- OZZ – osnovno zdravstveno zavarovanje
- PGEU – Pharmaceutical Group of European Union
- POM – zdravila na recept, ang. Prescription Only Medicines
- PPP – pariteta kupne moči, ang. Purchasing Power Parity
- PZZ – prostovoljno zdravstveno zavarovanje
- SFD – Slovensko farmacevtsko društvo
- WMPCP – Wisconsin Medicaid Pharmaceutical Care Program
- ZDIJZP – Zakon o dostopu do informacij javnega značaja
- ZJF – Zakon o javnih financah
- ZJU – Zakon o javnih uslužbencih
- ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## Definicije pojmov

- Bolnišnična lekarna – organizacijska enota bolnišnice za oskrbo bolnišnice z zdravili in medicinskimi pripomočki za zdravljenje ter nego hospitaliziranih oseb.
- Dobra distribucijska praksa – sistem kakovosti, ki se nanaša na organizacijo, izvajanje in nadzor shranjevanja izdelkov po določenem redu pred nadaljnjo uporabo ali dajanjem v promet in prevozom zdravil od izdelovalca do končnega uporabnika.
- Dobra lekarniška praksa – določa pravilen potek dela v lekarnah.
- Farmaceutska snov – organska ali anorganska snov, pridobljena iz naravnih virov z ekstrakcijo iz surovin, s fermentacijo ali sintezo, ki se uporablja kot zdravilna učinkovina ali pomožna snov pri izdelavi ali pripravi zdravi.
- Farmaceutski izdelki – zdravila z in zdravila brez recepta skupaj.
- Farmakopeja – zbirka predpisov za izdelavo zdravil, potrjevanja istovetnosti, ugotavljanja čistote in preizkušanja drugih parametrov kakovosti zdravil in snovi, iz katerih so zdravila izdelana.
- Galenski izdelek za uporabo v humani medicini – zdravilo, ki ga pripravijo v galenskem laboratoriju lekarne skladno z veljavnimi farmakopejami in je namenjeno izdaji na drobno.
- Galenski laboratorij – organizacijska enota za izdelavo zdravil in drugih pripravkov, ki delujejo v okviru lekarne ali bolnišnične lekarne.
- Homeopatsko zdravilo – zdravilo, pripravljeno iz snovi, ki se imenujejo homeopatske surovine, v skladu s homeopatskim postopkom izdelave po določbah Evropske farmakopeje ali po veljavnih farmakopejah držav članic EU, če Evropska farmakopeja teh določb ne vsebuje. Homeopatsko zdravilo lahko vsebuje tudi več bistvenih sestavin.
- Lekarna – poslovni prostor ali objekt, v katerem se izvaja lekarniška dejavnost.
- Kozmetični izdelek – snov ali pripravek, namenjen nanašanju na zunanje dele človeškega telesa (povrhnjica, lasišče, nohti, ustnice ali zunanje spolovilo) ali na zobe in sluznico v ustni votlini, da se očistijo, odišavijo, zaščitijo, ohranijo v dobrem stanju, da se spremeni njihov videz ali odpravi neprijeten telesni vonj.
- Magistralni pripravek za uporabo v humani medicini – zdravilo, ki ga izdelajo v lekarni po receptu določenega uporabnika.
- Medicinski pripomoček – instrument, aparatura, naprava, programska oprema, material ali predmet, ki se uporablja samostojno ali v kombinaciji z dodatki za diagnosticiranje,

preprečevanje, spremljanje, zdravljenje ali lajšanje bolezni, odpravljanje posledic poškodb, preiskovanje, nadomeščanje ali spreminjanje anatomskih funkcij, fizioloških procesov organizma, nadzor spočetja in svojega glavnega predvidenega učinka na človeško telo ne dosega na farmakološki, imunološki ali metabolični način.

Naročilnica za zdravila – vrsta zdravniškega recepta, ki ga izda javni zdravstveni zavod ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, za zdravila, ki jih potrebuje za opravljanje svoje dejavnosti.

Neobnovljivi zdravniški recept – je običajni recept, na katerega se zdravilo sme izdati le enkrat.

Neželeni učinek zdravila – škodljiva in nenamerna reakcija, do katere lahko pride pri odmerkih, ki se pri ljudeh ali živalih običajno uporabljajo za preprečevanje, diagnosticiranje ali zdravljenje bolezni ali za ponovno vzpostavitev, izboljšanje ali spremembo fiziološke funkcije.

Obnovljivi zdravniški recept – recept, na katerega se zdravilo sme večkrat izdati.

Paralelna distribucija – vnos zdravila, ki je pridobilo dovoljenje za promet z zdravilom po centraliziranem postopku, iz ene v drugo državo članico EU ali Evropskega gospodarskega prostora, ki ga izvaja v skladu s predpisi veletrgovcev, poslovno nepovezan pri prometu s tem zdravilom z imetnikom dovoljenja za promet z zdravilom.

Pariteta kupne moči – deflator, s pomočjo katerega izločimo vpliv cen med državami.

Podružnica lekarne – organizacijska enota lekarne, ki opravlja lekarniško dejavnost v omejenem obsegu.

Posebni zdravniški recept – je na uradno veljavnem receptnem obrazcu napisan zdravniški recept, ki se izda v dveh izvodih, pri čemer mora biti na drugem izvodu označba “kopija”. Na njem mora biti navedena zaporedna številka uradne pečatne knjige evidenc o izdanih receptih, ki jo vodijo predpisovalci receptov in lekarn, ki takšna zdravila izdajajo.

Pregled uporabe zdravil – storitev lekarniškega farmacevta, ki vključuje pregled vseh zdravil, ki jih jemlje bolnik, vključno z zdravili brez recepta in prehranskimi dopolnili, preverjanje ustreznosti načina jemanja, odmerjanja, morebitnih interakcij, podvajanje terapije, ugotavljanje morebitnih neželenih učinkov, ugotavljanje interesa za zdravljenje z zdravili ter odpravljanje oziroma preprečevanje drugih z zdravili povezanih težav. Lekarniški farmacevt ta pregled opravi na osnovi informacij o zdravilih, ki so zapisane na kartici zdravstvenega zavarovanja in iz razgovora z bolnikom ter z uporabo sodobnih

elektronskih virov informacij o zdravilih. Svoje ugotovitve zapiše v obliki poročila in z njimi seznaniti bolnika in njegovega osebnega zdravnika.

Proizvajalec zdravila – pravna ali fizična oseba, ki je odgovorna za razvoj, izdelavo, kontrolo kakovosti, opremljanje, označevanje ter varnost in učinkovitost zdravila ne glede na to, ali je izdelala zdravilo sama ali ga je v njenem imenu izdelala tretja oseba.

Specializirana prodajalna za zdravila, ki se izdajajo brez recepta – prodajni objekt, kjer se na podlagi dovoljenja organa, pristojnega za zdravila, opravlja dejavnost prometa na drobno s tistimi zdravili, ki se izdajajo brez recepta le v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

Tveganje, povezano z uporabo zdravila – a) vsako tveganje za nastanek neželenih učinkov na okolje b) vsako tveganje za zdravje bolnika oziroma živali ali javno zdravje, ki je povezano s kakovostjo, varnostjo ali učinkovitostjo zdravila.

Zdravilo – vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh in živalih.

Zdravniški recept – javna listina, ki jo na uradno veljavnem receptnem obrazcu izda strokovnjak, ki je usposobljen in pooblaščen za predpisovanje zdravil.

Povzeto po:

- Farmaceutski terminološki slovar 2011. Uredili M. Humar, J. Šmid-Korbar, A. Obreza. ZRC SAZU, Ljubljana 2011;
- Organization for Economic Cooperation and Development ali OECD Health data 2011, OECD.StatExtracts, [Http://www.oecd.org](http://www.oecd.org), 25.7.2012;
- Organization for Economic Cooperation and Development, OECD: Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2008; 1-215;
- Pravilnik o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini. Uradni list 37, 5.5.2000; 4386-4391;
- Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. Uradni list 39, 13.4.2006; 4211-4219;
- Pravilnik o pogojih za opravljanje radiofarmaceutске lekarniške dejavnosti. Uradni list 94, 25.11.2011; 12309-12313;
- Razširjen strokovni kolegij za lekarniško farmacijo. Stališče RSK za lekarniško farmacijo o mestu in vlogi klinične farmacije na primernem in sekundarnem nivoju. Lekarništvo, strokovno glasilo Lekarniške zbornice Slovenije, junij 2012; 40 (1): 20-22;
- Zakon o zdravilih (ZZdr-1). Uradni list 31, 24.3.2006; 3217-3240.

# 1. Uvod

Razvojni trendi v zdravstvu tako v Sloveniji kot EU so daljšanje življenjske dobe, starejša demografska struktura, razvoj novih tehnologij in novih načinov ter možnosti zdravljenja. S financiranjem zdravstvenega varstva, običajno preko sistemov javnega dostopa, skušamo tem trendom slediti v najbolj optimalni meri.

Zdravstvo je specifična panoga, ki je v EU v posamezni državi v večjem ali manjšem obsegu regulirana. Lekarniška dejavnost v okviru javnega zdravstva predstavlja zvezo med bolnikom, zdravnikom, plačnikom ter posredno s ponudnikom zdravil na recept. Vsak deležnik te zveze ima različne interese, zato je strokovna neodvisnost poklica lekarniškega farmacevta zaželeno.

Obstaja več vrst modelov plačevanja lekarniške dejavnosti, ki imajo svoje prednosti in pomanjkljivosti. V posamezni državi so uporabljeni različno. V Sloveniji je lekarniška dejavnost plačana po modelu fiksnega zneska vezanega na recept s pomočjo standardizirane vrednosti točke. Usklajevanje vrednosti točke je v rokah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki predstavlja vlogo plačnika zdravstvenih storitev. Model je bil zasnovan v bivši Jugoslaviji in se približno 30 let ni spreminjal, oziroma se je spreminjal v minimalnem obsegu. Potreba po prilagoditvi trenutnega modela razvojnim trendom obstaja.

V Sloveniji obstajata dve pravno organizacijski obliki za opravljanje lekarniške dejavnosti. Prva je javni lekarniški zavod in druga lekarna s koncesijo. Poleg oskrbovanja z zdravili na recept in brez recepta je dovoljena tudi prodaja prehranskih dopolnil, kozmetičnih izdelkov in medicinskih pripomočkov. V lekarni se tako pojavljata dve vrsti dejavnosti:

- izvajanje javne službe zajema izdajanje zdravil na recept ter predstavlja neprofitno dejavnost; storitev svetovanja je lahko prisotna, vendar v modelu plačila ni predvidena,
- prodaja blaga in storitev na trgu zajema vse ostalo in predstavlja profitno dejavnost.



V študiji Tajnikar et al. 2006 (1) je bilo ugotovljeno, da se ti dve dejavnosti navzkrižno subvencionirata. Znotraj lekarn je vrsta dejavnosti za izvajanje javne službe poslovala negativno. Slednje je bilo pokrito s profitnim delom dejavnosti. V magistrski nalogi bomo med drugim poskušali ugotoviti, ali je trend prisoten tudi v letu 2011.

### **1.1 Zdravljenje z zdravili kot del javnega zdravstva**

EU lahko prispeva k varovanju zdravja vsakega državljana članice EU s tem, da zaščiti politiko javnega zdravstva. Visoka raven zaščite zdravja kot javne dobrine bi morala biti prisotna pri vseh skupnih procedurah (2).

Pravica do zdravstvene oskrbe je zahtevna in občutljiva tema. Večina držav EU ima splošno zdravstveno zavarovanje, ki si ga lahko privošči vsak državljan. V ZDA, kjer ni tako, pa je trenutno približno 15% oseb nezavarovanih. Država zagotavlja brezplačno oskrbo vsem državljanom le za nujne primere bolnišničnega zdravljenja (3). Kot poročajo dnevni mediji, so v ZDA v teku pogajanja o Obamovi zdravstveni reformi, ki predlaga splošno zdravstveno zavarovanje za vse državljane.

V dokumentu Evropske komisije Strategija za zdravstvo v EU od leta 2008 do 2013 (4) je zapisano, da je zdravje vrednota, ki je v središču človekovega življenja. Zdravstvena politika v članicah EU bi morala biti učinkovito podprta s političnega in praktičnega vidika. Vsaka članica EU pa je sama odgovorna za zdravstveno politiko.

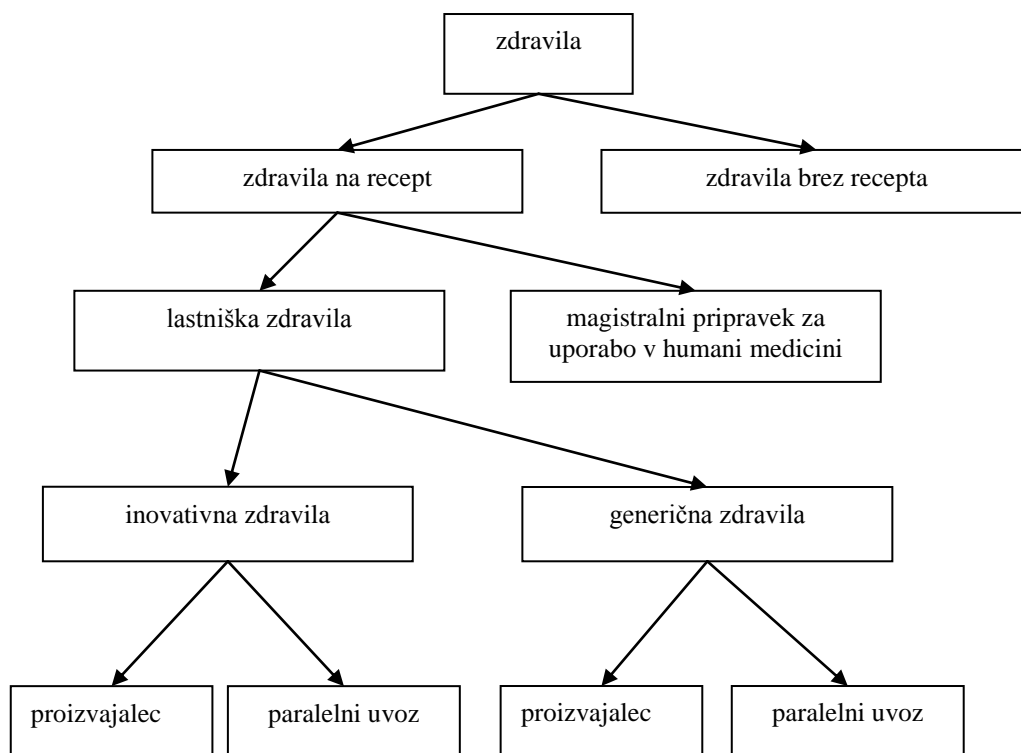
Osnove za udejanjanje strategije evropske zdravstvene politike zajemajo naslednje (4):

- v zdravstvu je potrebno upoštevati vrednote univerzalnost zdravstvenih storitev, dostopnost do kvalitetne zdravstvene oskrbe, enakost in solidarnost;
- zdravje je največje bogastvo tako posameznika kot družbe. Izdatke za zdravstvo je potrebno gledati tudi kot investicijo, ne samo kot strošek. Izdatki za zdravstvo bi morali vsebovati tudi investicije v preventivo in izboljšanje fizičnega in psihičnega zdravja celotne populacije.

### 1.1.1 Zdravila

Zdravila so ena izmed najbolj pogosto uporabljenih orodij za zdravljenje, lajšanje in preprečevanje različnih bolezenskih stanj. V primeru, da so uporabljena neustrezno, so lahko neučinkovita, lahko pa predstavljajo tveganje za zdravje (5).

Zdravila lahko razvrstimo, kot na Sliki 1, na zdravila na recept in zdravila brez recepta. Zdravila na recept se naprej delijo na zdravila, ki so že pripravljena za izdajo in na lastne pripravke lekarne. Lastniška zdravila se naprej delijo na inovativna in generična zdravila. Lastniška zdravila so lahko uvožena s strani proizvajalca ali s pomočjo paralelnega uvoza (6).



Slika 1: Razvrstitev zdravil

Vir: Volkerink et al. 2007 (6), (izvirni vir Philipsen 2003).

Zdravila se v Sloveniji razvrščajo glede na način izdajanja in glede na mesto izdajanja (7):

- zdravila, ki se izdajajo le na recept in se lahko izdajajo le v lekarnah;

- zdravila, ki se izdajajo brez recepta, se naprej delijo na:
  - zdravila, ki se lahko izdajajo le v lekarnah in
  - zdravila, ki se lahko izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

### **1.1.2 Farmacevtske kognitivne storitve - FKS**

Tradicionalna vloga lekarniškega farmacevta je v izdaji zdravil in pripravi magistralnih pripravkov. Vloga, ki v zadnjem desetletju prihaja v ospredje so kognitivne storitve - kot na primer izvajanje farmacevtske skrbi.

Kognitivne storitve so definirane kot storitve, ki jih izvajajo farmacevti z namenom promoviranja optimalnega zdravja in optimalne terapije z zdravili, ki niso nujno povezane z izdajo zdravila (8). Farmacevtska skrb pa je definirana kot odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za doseg pozitivnih končnih izidov, katerih namen je optimizirati bolnikovo kakovost življenja povezano z zdravjem (9). Kot dejavnost, ki vpliva na predpisovanje in uporabo zdravil, je ena izmed 4-ih glavnih elementov Dobre lekarniške prakse (10).

Farmacevtska skrb kot sodelovanje z bolnikom se lahko opravlja na treh nivojih v lekarni (5):

- 1. nivo glede preventive bolezni,
- 2. nivo glede zgodnjega odkrivanja bolezni,
- 3. nivo glede zdravljenja z zdravili, kjer obstajata dve obliki farmacevtske skrbi, osnovna farmacevtska skrb in program farmacevtske skrbi.

Osnovna farmacevtska skrb je tista, ki se lahko izvaja pri obisku v lekarni in je namenjena širši javnosti. Pri osnovni farmacevtski skrbi skuša lekarniški farmacevt prepoznati, rešiti in preprečiti težave povezane z zdravili. Programi farmacevtske skrbi pa so namenjeni skupinam bolnikov z določeno boleznijo (5).

Lekarniški farmacevti lahko s sodelovanjem z zdravnikom slednjega poučijo o predpisovanju zdravil v skladu s smernicami in svetujejo glede optimalnega zdravljenja z zdravili. Problem, ki se pojavlja med drugim tudi v Sloveniji, je osnovno sodelovanje med

lekarniškimi farmacevtom in zdravnikom. V primeru, da je slabo, učinki kognitivnih storitev ne prinašajo zelenih učinkov (5). Študije so pokazale, da izvajanje farmacevtskih intervencij vpliva pozitivno na stroške zdravljenja v bolnišnicah, nekoliko manjši vpliv v ambulantah na primarni ravni ter najmanj v lekarnah, kjer je sodelovanje med lekarniškimi farmacevtom in zdravnikom najmanjše (5). Iz prakse v slovenskih lekarnah lahko farmacevt veliko pripomore k obvladovanju kroničnih bolezni in politerapije (11).

V literaturi se pojavljajo različna pojmovanja storitev svetovanja farmacevtov - kot na primer farmacevtska skrb (12), izvajanje kognitivnih storitev, izvajanje farmacevtskih intervencij (13), farmacevtsko svetovanje, storitve za upravljanje zdravljenja z zdravili (ang. Medication Therapy Management Services), pa tudi storitve sodelovanja pri upravljanju zdravljenja z zdravili (ang. Collaborative Drug Therapy Management Services (14)).

Za potrebe magistrske naloge smo se odločili, da bomo uporabili kot najboljše opredelitev storitev svetovanja lekarniških farmacevtov pojem izvajanje farmacevtskih kognitivnih storitev (kratica FKS). Nadalje smo FKS razdelili v dve smiselni kategoriji glede na dejansko izvajanje storitve:

- FKS brez zdravila, kjer storitve svetovanja niso vezane na izdajo zdravila in
- FKS z zdravilom na recept, kjer so storitve svetovanja vezane na izdajo zdravila.

Za izvedbo FKS so pomembni naslednji olajševalni faktorji, ki so rezultat Avstralske študije (15):

- sodelovanje med lekarniškimi farmacevtom in zdravnikom;
- plačilo tovrstnih storitev;
- izgled ali dizajn lekarne, ki podpirata izvajanje FKS v smislu ločenega prostora za zasebni pogovor med bolnikom in lekarniškimi farmacevtom;
- pričakovanja bolnikov;
- zadovoljivo število lekarniškega osebja;
- komunikacija in timsko delo, tudi z namenom zmanjšanja napak pri zdravljenju z zdravili (16);
- podpora izven lekarne pri pogajanjih v pogodbah za izvajanje lekarniške dejavnosti.

Iz te študije, ki predstavlja delovni okvir za izvedbo sprememb sledi, da zgolj plačilo FKS ni dovolj, da bi bila sprememba uspešna (15).

Na Nizozemskem so rezultati vprašalnika namenjenega lekarniškim farmacevtom pokazali, da so potrebe s strani bolnika po osebnem svetovanju v zasebnem prostoru prisotne (17). 95% anketirancev se je s tem strinjalo. 97% anketirancev se je strinjalo, da so FKS koristne. 85% pa se je strinjalo, da čas ne sme biti ovira pri izvedbi tovrstnih storitev. 87% anketirancev je bilo mnenja, da bi morale biti FKS plačane, 78% pa jih je bilo mnenja, da bi morale biti plačane iz zdravstvenega zavarovanja in vključene v vsakdanje delo (66%). Za izvedbo farmacevtskih storitev bi lekarniški farmacevti potrebovali dodatna znanja s področja medicine in farmacije (68%). Le 28% anketirancev se je strinjalo, da so splošni zdravniki pripravljeni sodelovati pri FKS. Izvajanje FKS na osebnem nivoju z bolnikom potekajo v Nizozemski javni lekarni v povprečju skupaj s pripravami 24 minut (interval od 4 do 105 minut). Število svetovanj na mesec pa je v povprečju 8 (interval od 0 do 60). V Preglednici I so predstavljeni rezultati za FKS na osebnem nivoju v lekarni. FKS so razvrščene glede na terapevtsko klasifikacijo in glede na vsebino svetovanja. Najpogostejše so FKS iz N05, R02 in N02 terapevtske klasifikacije. Vsebina pogovora pa je najpogosteje neželeni učinek zdravila, interakcije oziroma kombinacije med zdravili ter pogovor o povezanih bolezenskih stanjih.

Preglednica I: Rezultati raziskave na Nizozemskem za izvajanje FKS na osebnem nivoju glede na terapevtsko klasifikacijo in glede na vsebino svetovanja

| <b>FKS na osebnem nivoju v zasebnem prostoru</b>     |      |  |       |
|--|------|--|-------|
| <b>1. Glavna terapevtska skupina:</b>                |      | <b>2. Vsebina FKS:</b>                               |       |
| N05 Antipsihotiki, anksiolitiki, hipnotiki, sedativi | 8,2% | Neželeni učinek zdravila                             | 22,5% |
| R03 Zdravila za obstruktivne pljučne bolezni         | 7,3% | Interakcija/kombinacija med zdravilnimi učinkovinami | 9,7%  |
| N02 Analgetiki vključno s pripravki proti migreni    | 6,1% | Povezano bolezensko stanje                           | 7,8%  |
| N06 Antidepresivi, psihostimulanti in zdravila       | 5,7% | Delovanje/mehanizem delovanja zdravilne              | 5,8%  |

|   |       |                              |       |
|---|-------|------------------------------|-------|
| proti demenci                             |       | učinkovine                   |       |
| A10 Zdravila uporabljena pri diabetesu    | 5,3%  | Izbira zdravila              | 4,7%  |
| G03 Spolni hormoni                        | 3,3%  | Odmerek zdravilne učinkovine | 4,3%  |
| J01 Antibiotiki za sistemsko uporabo      | 3,3%  | Stroški/zamenjava zdravila   | 1,9%  |
| M01 Proizvodi proti vnetju in proti revmi | 3,3%  | Skupaj                       | 56,6% |
| Skupaj                                    | 42,4% |                              |       |

Vir: Kooy et al. 2007 (17).

### 1.1.3 Težave povezane z zdravili

Težave povezane z zdravili (ang. Drug Related Problems) lahko opredelimo kot dejavnike, ki dejansko ali potencialno vplivajo na optimalen izid zdravljenja (18). Pripravljena je že slovenska verzija klasifikacije težav povezanih z zdravili DRP-SLO-V1 (19), ki je bila narejena v sodelovanju s Pharmaceutical Care Network Europe. Klasifikacija je razdeljena na štiri dele: na razvrstitev težav povezanih z zdravili, na klasifikacijo dejavnikov tveganja, na klasifikacijo intervencij in na klasifikacijo izidov (18). V Preglednici II, III, IV in V so predstavljeni vsi štirje deli.

Preglednica II: Težave povezane z zdravili, prvi del klasifikacije DRP-SLO-V1

| Primarna domena                          | Koda | Težava  |
|--|------|---|
| P0 Potencialna težava                    | P0.0 | Potencialna težava.   |
| P1 Učinkovitost zdravljenja              | P1.1 | Ni učinka zdravil(a).   |
|  | P1.2 | Učinek zdravil(a) ni zadosten oz. je prešibek.                                    |
|  | P1.3 | Nezdravljeni simptomi ali znaki bolezni oz. nezdravljena indikacija.              |
| P2 Neželen dogodek (Varnost zdravljenja) | P2.1 | Neželeni dogodek zaradi alergične reakcije.                                       |
|  | P2.2 | Drugi neželeni dogodek. Navedi...   |
| P3 Stroški zdravljenja                   | P3.1 | Zdravljenje z zdravili je dražje kot je potrebno.                                 |
|  | P3.2 | Nepotrebno zdravljenje z zdravilom  |
| P4 Drugo                                 | P4.1 | Pacient ni zadovoljen s terapijo kljub optimalnim kliničnim in ekonomskim izidom. |
|  | P4.2 | Nejasna težava. Potrebno je nadaljnje pojasnilo (uporabi samo kot izhod v sili).  |

Vir: Kos 2011 (19).

Drugi del klasifikacije je zanimiv za ponazoritev dejavnikov tveganja nastanka težav povezanih z zdravili. Iz tega dela so razvidni vzroki, zaradi katerih so FKS smiselne. V Preglednici III je prikazan drugi del slovenske klasifikacije DRP-SLO-V1.

Preglednica III: Dejavniki tveganja za težave povezane z zdravili, drugi del klasifikacije DRP-SLO-V1

| Primarna domena                           | Koda | Dejavnik tveganja   |
|---|------|---|
| E1 Predpisovanje – administrativna napaka | E1.1 | Napaka v administrativnem delu recepta.                                   |
|   | E1.2 | Druga administrativna napaka. Navedi...                                   |
| E2 Predpisovanje – izbira zdravila        | E2.1 | Ni indikacije za zdravilo.  |
|   | E2.2 | Neprimerno zdravilo (vključujoč kontraindicirano).                        |
|   | E2.3 | Neprimerna farmacevtska oblika zdravila.                                  |
|   | E2.4 | Zdravilo ni predpisano.   |
|   | E2.5 | Na voljo je strokovno učinkovitejše zdravilo.                             |
|   | E2.6 | Terapevtsko spremljanje koncentracije učinkovine se ne izvaja.            |
| E3 Predpisovanje – režim zdravljenja      | E3.1 | Prenizek odmerek zdravila.  |
|   | E3.2 | Previsok odmerek zdravila.  |
|   | E3.3 | Odmerjanja zdravila ni dovolj pogosto.                                    |
|   | E3.4 | Odmerjanje zdravila je prepogosto.  |
|   | E3.5 | Neprimeren čas aplikacije. Navedi...                                      |
|   | E3.6 | Premajhna količina zdravila.  |
|   | E3.7 | Prevelika količina zdravila.  |
|   | E3.8 | Trajanje zdravljenja je prekratko.  |
|   | E3.9 | Trajanje zdravljenja je predolgo.   |
| E4 Predpisovanje – kombinacija zdravil    | E4.1 | Interakcija zdravil (farmakokinetična ali farmakodinamična).              |
|   | E4.2 | Previsok odmerek zaradi podvajanja učinkovine v dveh ali več zdravilih.   |
|   | E4.3 | Sinergistično oz. preventivno zdravilo je potrebno, vendar ni predpisano. |
| E5 Izdajanje                              | E5.1 | Predpisano zdravilo ni razpoložljivo.                                     |
|   | E5.2 | Zdravilna učinkovina (v zdravilu) – napačno izdana.                       |
|   | E5.3 | Jakost zdravila – napačno izdana.   |
|   | E5.4 | Količina zdravila – napačno izdana.                                       |
|   | E5.5 | Farmacevtska oblika zdravila – napačno izdana.                            |
|   | E5.6 | Podana napačna informacija o zdravilu.                                    |
|   | E5.7 | Drugi z izdajo povezani dejavnik. Navedi...                               |
| E6 Uporaba zdravila – namerna             | E6.1 | Neprimeren čas in/ali intervali odmerjanja – namerno.                     |
|   | E6.2 | Uporabljen prenizek odmerek zdravila – namerno.                           |
|   | E6.3 | Uporabljen previsok odmerek zdravila – namerno.                           |

|                                 |      |   |
|---------------------------------|------|---|
|                                 | E6.4 | Neprimeren čas in/ali intervali odmerjanja – namerno.         |
|                                 | E6.5 | Zloraba zdravila (v smislu odvisnosti).                       |
| E7 Uporaba zdravila - nenamerna | E7.1 | Pacient je pozabil uporabiti zdravilo.                        |
|                                 | E7.2 | Uporabljen prenizek odmerek zdravila – nenamerno.             |
|                                 | E7.3 | Uporabljen previsok odmerek zdravila – nenamerno.             |
|                                 | E7.4 | Neprimeren čas in/ali intervali odmerjanja – nenamerno.       |
|                                 | E7.5 | Pacient uporablja nepotrebno/neprimerno zdravilo – nenamerno. |
|                                 | E7.6 | Neprimeren način aplikacije zdravila – nenamerno.             |
|                                 | E7.7 | Pacient je neprimerno shranjeval zdravilo.                    |
|                                 | E7.8 | Pacient uživa hrano, ki interagira z zdravilom.               |
| E8 Drugo                        | E8.1 | Drug vzrok. Navedi...   |
|                                 | E8.2 | Ni jasnega vzroka.  |

Vir: Kos 2011 (19).

Slovenska klasifikacija težav povezanih z zdravili v tretjem delu razvršča intervencije, v četrtem pa opredeljuje izide intervencij. V Preglednici IV in V sta prikazana oba dela.

Preglednica IV: Intervencije pri težavah povezanih z zdravilih, tretji del klasifikacije DRP-SLO-V1

| Primarna domena                              | Koda  | Intervencija   |
|--|-------|--|
| I0 Brez intervencije                         | I0.0  | Brez intervencije.   |
| I1 Samostojna intervencija                   | I1.1. | Napotitev pacienta k zdravniku.                                      |
|  | I1.2  | Ukinitev zdravila. Navedi...   |
|  | I1.3  | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  |
|  | I1.4  | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             |
|  | I1.5  | Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi...                   |
|  | I1.6  | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi...           |
|  | I1.7  | Popravek napake pri predhodni izdaji zdravila. Navedi...             |
|  | I1.8  | Popravek svetovanja o zdravilu. Navedi...                            |
|  | I1.9  | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... |
|  | I1.10 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi...            |
|  | I1.11 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       |
|  | I1.12 | Obvestilo predpisovalcu.   |
| I2 Intervencija dogovorjena s predpisovalcem | I2.1  | Ukinitev zdravila. Navedi...   |
|  | I2.2  | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  |



|   |      |  |
|---|------|--|
|   | I2.3 | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             |
|   | I2.4 | Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi...                   |
|   | I2.5 | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi...           |
|   | I2.6 | Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju. Navedi...            |
|   | I2.7 | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... |
|   | I2.8 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi...            |
|   | I2.9 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       |
| I3 Predlog intervencije, odločitev predpisovalca ni znana | I3.1 | Ukinitev zdravila. Navedi zdravilo...                                |
|   | I3.2 | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  |
|   | I3.3 | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             |
|   | I3.4 | Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi...                   |
|   | I3.5 | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi...           |
|   | I3.6 | Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju. Navedi...            |
|   | I3.7 | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... |
|   | I3.8 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi...            |
|   | I3.9 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       |
| I4 Predlog intervencije, predpisovalec je ni sprejel      | I4.1 | Ukinitev zdravil. Navedi...  |
|   | I4.2 | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  |
|   | I4.3 | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             |
|   | I4.4 | Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi...                   |
|   | I4.5 | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi...           |
|   | I4.6 | Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju. Navedi...            |
|   | I4.7 | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... |
|   | I4.8 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi...            |
|   | I4.9 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       |
| I5 Druga intervencija                                     | I5.1 | Razjasnitev informacij s predpisovalcem.                             |
|   | I5.2 | Neželeni dogodek sporočen pristojnim organom.                        |
|   | I5.3 | Druga intervencija. Navedi...  |

Vir: Kos 2011 (19).

Preglednica V: Izidi intervencij, četrti del klasifikacije DRP-SLO-V1

| Primarna domena    | Koda | Izidi intervencij          |
|--------------------|------|----------------------------|
| O0 Neznani izidi   | O0.0 | Izid intervencije ni znan. |
| O1 Težava v celoti | O1.0 | Težava v celoti razrešena. |

|                            |      |  |
|----------------------------|------|--|
| razrešena                  |      |  |
| O2 Težava deloma razrešena | O2.0 | Težava deloma razrešena.                                     |
| O3 Težava ni razrešena     | O3.1 | Težava ni razrešena, pomanjkljivo sodelovanje pacienta.      |
|                            | O3.2 | Težava ni razrešena, pomanjkljivo sodelovanje predpisovalca. |
|                            | O3.3 | Težava ni razrešena, intervencija ni učinkovita.             |
|                            | O3.4 | Ni potrebe ali možnosti razrešiti težava.                    |

Vir: Kos 2011 (19).

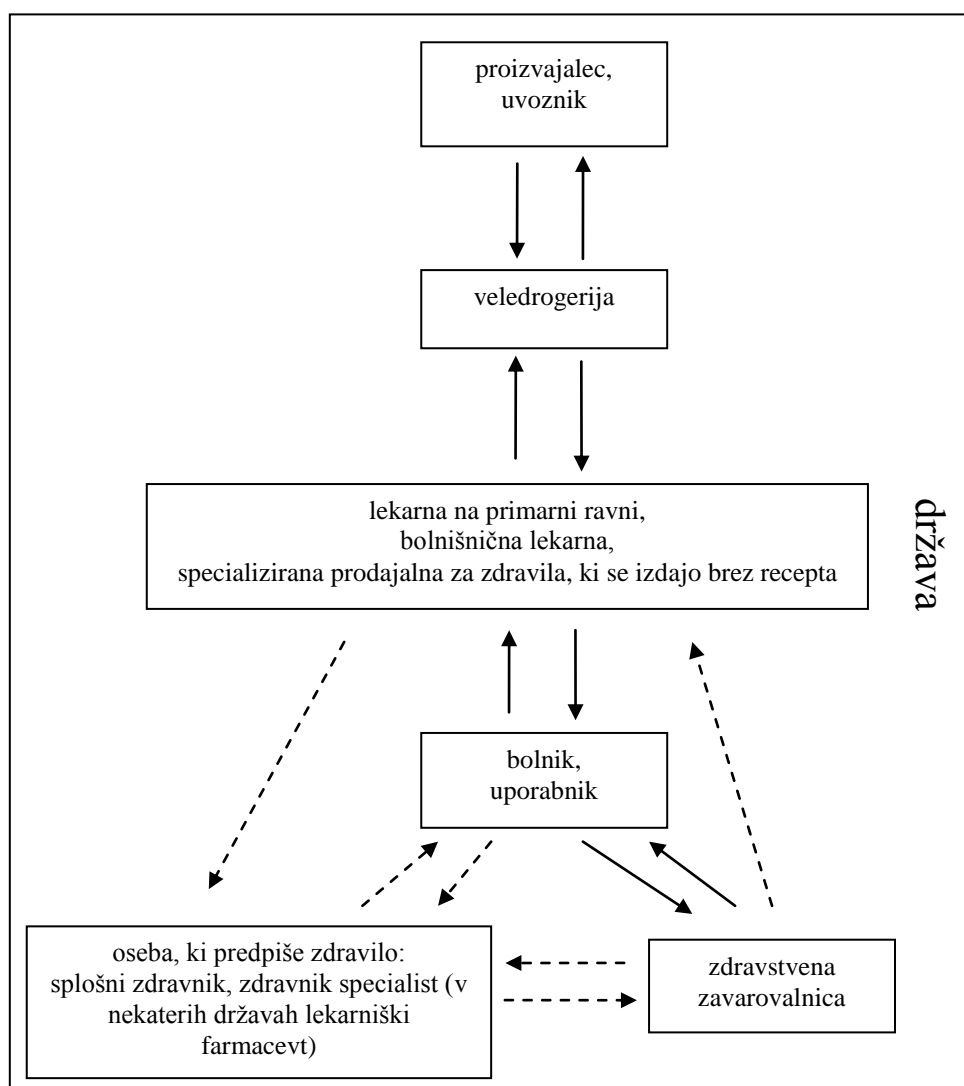
Pojavnost težav povezanih z zdravili je bilo raziskano v Nemčiji leta 2005. Rezultati so pokazali, da je takih primerov 9,1 na teden na lekarno (20).

## **1.2 Interesi deležnikov pri zdravljenju z zdravili**

Zdravje je najpomembnejša človeška vrednota. Zdravilo kot izdelek družbenega pomena se izdaja na drugačen način, kot poteka nakup izdelkov splošne rabe. Vsako zdravilo je poleg lastnosti za zdravljenje ali preprečevanje bolezni, povezano tudi z relativnim tveganjem pojava neželenih učinkov. Zdravnik predpiše zdravilo, medtem ko je plačnik običajno tretja oseba. V procesu izbire so plačnik, odločevalec in uporabnik različne osebe. Vsaka oseba ima svoj vidik, odgovornost in interes, tako da je postopek nakupa kompleksen (3). Zdravstvena zavarovalnica ima običajno vlogo plačnika, ki želi pokriti stroške zdravljenja vključenih oseb po načelu solidarnosti in univerzalne dostopnosti. V primeru, da je država edini plačnik, lahko izkoristi vlogo monopsonista pri pogajanjih o plačilu zdravstvenih storitev (3). Zdravnik in zdravstveno osebje, med drugim tudi lekarniški farmacevt, pa želijo v prvi vrsti strokovno in odgovorno oskrbeti bolnika.

Struktura trga zdravil z neposrednimi in posrednimi povezavami je prikazana na Sliki 2. Ključno vlogo igrajo proizvajalec, veledrogerija, lekarna, pacient, zdravnik, zdravstvena zavarovalnica in država (21). Značilnost proizvajalca je visok vložek v raziskave in razvoj. Slednje je v večini zaščiteno s patenti. Veledrogerija ima pomembno vlogo v verigi distribucije zaradi stroškov shranjevanja in zadostne oskrbe tržišča v skladu z dobro distribucijsko prakso. Zaloga terja večje prostore shranjevanja, specifika posameznih zdravil pa posebne potrebe, kar predstavlja za posamezno lekarno visok strošek. Veledrogerije si želijo vertikalne integracije z distributerji na drobno (integracija naprej)

ali s proizvajalci (integracija nazaj). Pri distribuciji zdravil na drobno igrajo ključno vlogo lekarne na primarni ravni, bolnišnične lekarne in specializirane trgovine. Lekarne na primarni ravni so najbolj razširjene. Bolnišnične lekarne običajno izdajajo zdravila, ki so predpisana v okviru bolnice. V nekaterih državah članicah EU je dovoljeno izdajanje zdravil brez recepta tudi v specializiranih trgovinah (6).



Slika 2: Struktura trga zdravil

Vir: Volkerink et al. 2007 (6), (izvirni vir je Philipsen 2003).

### 1.3 Regulacija trga lekarniške dejavnosti

Večina držav članic EU na različne načine regulira trg lekarniške dejavnosti. Namen regulacije je zagotavljati neodvisno, dostopno ter kvalitetno lekarniško dejavnost (6). Trg

lekarniške dejavnosti ni popolnoma primerljiv z običajnim konkurenčnim trgom potrošnih dobrin (22).

Regulacija trga lekarniške dejavnosti je potrebna zaradi prisotnih tržnih neučinkovitosti. Trg v tem primeru ni sposoben optimalno zadovoljiti vseh socialnih potreb. Razlogi za tržno neučinkovitost so lahko (23):

- lekarniška storitev kot javna dobrina je dostopna vsem državljanom. Nihče ni izločen na račun drugega oziroma ni rivalstva. Problem, ki v takem primeru nastane, je izkoriščanje sistema s strani tistega, ki sistema ne plačuje. V primeru, da je slednjih preveč, sistem ne more obstajati. Potreba po intervenciji države obstaja;
- nemobilnost faktorjev dela in kapitala, kar predstavlja oviro za takojšnjo prilagoditev med ponudbo in povpraševanjem lekarniških farmacevtov;
- nepopolne informacije, kjer ima kupec informacijo o proizvodu in ceni. Pridobitev popolne informacije v zdravstvu je zahtevna naloga, posledice napačne izbire pa lahko tudi z resnimi posledicami;
- eksternalije, ki obstajajo, ko potrošnja posameznega proizvoda lahko pozitivno ali negativno vpliva na okolico. Na primer pozitivna eksternalija obstaja, ko se oseba cepi proti gripi. Zaradi cepljenja osebe, je manjša verjetnost okužbe okolice.

Načini regulacije trga lekarniške dejavnosti so naslednji (6):

- regulacija izobraževanja - kot so na primer obvezno izobraževanje, omejitev števila študentov, določitev obdobja obvezne prakse;
- regulacija glede obveznega registriranja dejavnosti, pridobitev licence ali obveznega članstva v profesionalnem društvu;
- regulacija lastništva lekarne ter operativne zahteve za opravljanje lekarniške dejavnosti - kot so na primer omejevanja števila poslovnih enot, določanje lokacije novih lekarn, določitev minimalnega prostora obratovanja, omejitev oglaševanja, obvezna prisotnost lekarniškega farmacevta;
- regulacije horizontalne (med lekarnami, s specializiranimi trgovinami) in vertikalne integracije (z veletrgovinami, proizvajalci);
- regulacija cen zdravil in regulacija plačevanja lekarniških storitev.

V večini OECD držav morajo lekarne imeti zaposlenega lekarniškega farmacevta z licenco v času uradnih ur. V številnih evropskih državah je lastništvo lekarne omejeno na lekarniškega farmacevta, prav tako je omejeno tudi število podružničnih enot, ki jih posamezen lekarniški farmacevt lahko ima. Prisotnih ni večjih lekarniških verig, kot je to značilno za skoraj ne-regulirane trge v ZDA, Veliki Britaniji in na Irskem (npr. Walgreen's v ZDA, Boots v Veliki Britaniji in na Irskem). Švedska je osamljen primer v Evropi, kjer so lekarne vključene v eno samo verigo Apoteket AB, vendar z državnim lastništvom. Slednji je edini ponudnik lekarniške dejavnosti oziroma državni monopolist (24).

Večina članic EU dovoljuje horizontalno sodelovanje. Na primer partnerstvo med lekarnami in integracija ali združevanje s specializirano trgovino so dovoljeni. Vertikalna integracija pa v splošnem ni dovoljena. Sedem držav članic EU dovoljuje združevanje veledrogerij, v šestih državah članicah EU pa je dovoljeno združevanje med proizvajalcem in lekarno (6).

Prodaja ne-farmacevtskih izdelkov v lekarnah je v številnih članicah EU dovoljena. V sedmih državah članicah EU ni omejitve glede prodajnega nabora izdelkov. 15 držav članic EU omejuje nabor izdelkov zgolj na izdelke, ki so povezani z zdravjem. Le na Poljskem je v lekarnah prepovedana prodaja ne-farmacevtskih izdelkov (6).

Vogler et al., 2005 (25) so opravili primerjalno študijo reguliranja lekarniške dejavnosti. V vzorcu dereguliranih držav so uporabili Irsko, Norveško in Nizozemsko, v vzorcu ne-reguliranih držav pa Avstrijo, Finsko in Španijo. Zaključki študije navajajo, da dereguliranje lastništva lekarne vodi v vertikalno integracijo in s tem do konflikta interesov. Dovoljen vstop večjim podjetjem onemogoča vložke manjšim lekarnam in jih s tem omejuje. Prav tako so v primeru dereguliranja prisotne lekarniške verige, ki vplivajo negativno na neodvisnost poklica lekarniškega farmacevta ter povzročajo visoko stopnjo fluktuacije. Kombinacija vertikalne in horizontalne integracije pa lahko vodi v oligopol (prisotnih nekaj ponudnikov) ali monopol (prisoten en ponudnik). Deregulacija pogojev ustanovitve lekarne lahko povzroči porast števila lekarn. Na zasičenem trgu nekatere lekarne niso več sposobne financirati lastnega obstoja.

Konkurenca med večjimi verigami lekarn lahko ogroža poslovanje manjših samostojnih lekarniških enot. V primeru konkurence med večjimi verigami lekarn, se plačilo lekarniških storitev s strani nacionalnega zdravstvenega sistema manjša, kar izrinja obstoj manjših lekarn. V letu 2003 je Urad za "fair" poslovanje (ang. Office for Fair Trading) v Angliji in na Irskem poskušal deregulirati podeljevanje koncesij za opravljanje lekarniške dejavnosti, vendar neuspešno (23). Evropsko sodišče je namreč upravičilo reguliranje lekarniške dejavnosti glede ustanovitve in lastništva lekarn (26, 27).

Osnovna vodila pri dereguliranju trga, ki so bila leta 2001 predlagana v Reformi regulacije trga na Irskem, so (28):

- transparentnost in preglednost odločanja, da se olajša mednarodna menjava;
- nediskriminacija v poslovanju med konkurenčnimi proizvodi;
- izogibanje nepotrebni omejitvam trga;
- uporaba mednarodno usklajenih meril;
- priznanje meril regulacije druge države;
- uporaba načel konkurenčnosti.

#### **1.4 Etične dileme lekarniškega farmacevta pri izvajanju kognitivnih farmacevtskih storitev**

Rezultati raziskave Vaceslave Bavčar (29), so pokazali, da je eno najpomembnejših etičnih vprašanj nezadostno izvajanje farmacevtskih kognitivnih storitev zaradi časovnega pritiska in nezadostnega financiranja.

25. skupščina Slovenskega farmacevtskega društva je 13.5.2000 sprejela Kodeks farmacevtske etike (30). V prvi točki opredeljuje etično ravnanje ter neodvisnost poklica:

“Član upošteva posameznikovo dobrobit pred svojimi osebnimi koristmi ali tržnim pridobitništvom. Član se izogiba udeležbi v vsaki nepotrebni dejavnosti, kjer bi njegovo presojo lahko zameglila možnost osebne gmotne koristi. Vsaka odločitev, ki jo izbere pri svojem delu, temelji na njegovem občutku za to, kaj je pravilno, ne pa na oceni, kaj je donosno. Stroke ne žrtvuje dobičkarstvu; bolnikova potreba je na prvem mestu.”

Vsak lekarniški farmacevt pred pričetkom opravljanja poklica podpiše kodeks lekarniške deontologije (31). V 11. členu (31) opredeljuje, da mora farmacevt varovati interese in ugled lekarne ali drugega zdravstvenega zavoda, v katerem je zaposlen. V 24. členu (31) pa navaja, da ima farmacevt pravico in dolžnost, da si prek svojih stanovskih, strokovnih in drugih organizacij prizadeva za ustrezno vrednotenje svojega dela. Določa tudi, da sme za svoje storitve vzeti vedno le pošteno plačilo.

V Sloveniji je lekarniški farmacevt, ki je zaposlen v javnem lekarniškem zavodu obravnavan kot javni uslužbenec. Kot slednji mora upoštevati skupna načela vseh javnih uslužbencev na podlagi Zakona o javnih uslužbencih (32). V Preglednici VI je navedenih vseh 9 načel. Od vseh načel je potrebno poudariti, da 3., 4., in 7. načelo (strokovnost, častno ravnanje in odgovornost za rezultate) v lekarniški dejavnosti morajo imeti prednost pred 8. načelom o gospodarnem ravnanju.

Preglednica VI: Skupna načela javnih uslužbencev

| Št. | Načelo   | Kratka opredelitev   |
|-----|--|--|
| 1.  | Načelo enakopravne dostopnosti                     | Zagotovljena je enakopravna dostopnost do delovnih mest za vse zainteresirane kandidate pod enakimi pogoji. Izbira kandidata je odvisna od najboljše strokovne usposobljenosti za opravljanje nalog na delovnem mestu. |
| 2.  | Načelo zakonitosti                                 | Javni uslužbenec opravlja naloge v skladu s predpisi.  |
| 3.  | Načelo strokovnosti                                | Javni uslužbenec opravlja naloge strokovno, vestno in pravočasno. Ravna se po pravilih stroke in se v ta namen stalno usposablja in izpopolnjuje pod pogoji delodajalca.   |
| 4.  | Načelo častnega ravnanja                           | Javni uslužbenec opravlja naloge častno v skladu s pravili poklicne etike.   |
| 5.  | Omejitve in dolžnosti v zvezi s sprejemanjem daril | Javni uslužbenec ne sme prejemati daril, razen protokolarnih in priložnostnih daril manjše vrednosti.  |
| 6.  | Načelo zaupnosti                                   | Javni uslužbenec mora varovati tajne podatke, ne glede na način, kako je do njih prišel.   |
| 7.  | Načelo odgovornosti za rezultate                   | Javni uslužbenec je odgovoren za kvalitetno, hitro in učinkovito izvrševanje delovnih nalog.   |
| 8.  | Načelo dobrega gospodarja                          | Javni uslužbenec razpolaga gospodarno in učinkovito z javnimi sredstvi. Cilj je doseganje najboljših rezultatov ob enakih stroških ali enakih rezultatov ob najnižjih stroških.  |
| 9.  | Načelo varovanja                                   | Delodajalec omogoči pravno pomoč javnemu uslužbencu v kazenskem ali  |

Vir: ZJU, UL 56, 7.-15. člen (32).

Direktiva 2005/36/EC (33) opredeljuje, da vsaka država članica EU sama postavlja pravila v posamezni stroki. Organizacija posameznega poklica vključuje določitev etičnih meril, načine nadzora in opredelitev odgovornosti.

### **1.5 Trendi plačevanja v zdravstvu**

Vlade posameznih držav se v zadnjem obdobju srečujejo z nenehnimi finančnimi pritiski oziroma omejitvami finančnih planov. Vzdržno financiranje zdravstva je v zadnjem času osnova smiselne ekonomske politike. Izposojanje večje količine finančnih sredstev je dolgoročno nevzdržno dejanje. Državna politika lahko reši slednji problem na tri načine, in sicer (34):

- omeji stroške in s tem posredno omeji porabo,
- poveča sredstva za zdravstvo,
- ali kombinira prva dva načina.

Ministri držav članic EU so se na srečanju 10.10.1994 (35) posvetovali o naslednjem:

“Pri posegih v zdravstvene stroške je potrebno omejiti stroške povezane s farmacevtskimi izdelki, vendar posegi ne smejo vplivati na učinkovitost zdravstvenega sistema. Spoštovanje neodvisnosti zdravstvenih strokovnjakov bi moralo biti zagotovljeno.”

V EU obstajajo v splošnem tri področja sprememb, ki vplivajo na razvoj zdravstvenega sistema posamezne države (4):

- staranje prebivalstva, ki vpliva na spremembo poteka bolezni in vzdržnost zdravstvenih sistemov;
- potencialno ogrožanje zdravja - kot na primer pandemije, bioterorizem;
- nove tehnologije - kot na primer informacijsko-komunikacijska tehnologija, inovacije v genomiki, biotehnologija, nanotehnologija, vplivajo tako na spremembo zdravstvenega sistema kot na preventivo in ozaveščanje o zdravju ter o novih načinih zdravljenja.



Pregled naj sodobnejše zdravstvene statistike za izbrane OECD države (36) je predstavljen v Preglednici VII. Po kazalcu pričakovana življenjska doba je na razvrstitveni lestvici najvišje rangirana Japonska s v povprečju 83,0 leti. Povprečje izbranih OECD držav znaša 79,9 let. Slovenija je razvrščena na 23. mesto z 79,5 leti. Povprečje izbranih OECD držav za kazalec število farmacevtov na 1000 prebivalcev je 0,77. Najvišje je razvrščena Japonska z v povprečju 1,56 farmacevta na 1000 prebivalcev. Slovenija je razvrščena na 26. mesto z vrednostjo 0,52. Delež prebivalstva, ki meni, da je njihovo zdravje dobro ali več kot dobro, je merjeno s kazalcem zadovoljstvo z zdravjem. V povprečju izbranih OECD držav znaša 70,2%. Najvišje je rangirana ZDA z 89,8%, Slovenija je razvrščena na 26. mesto z 59,7%. Izdatki za zdravstvo kot delež BDP-ja so v povprečju izbranih OECD držav 9,3%. ZDA je na prvem mestu s 16,9%, Slovenija pa na 22. mestu z 8,6%. Če primerjamo kazalec izdatki za zdravstvo na prebivalca, je situacija podobna. Pri primerjavi tega kazalca smo uporabili podatke na prebivalca po pariteti kupne moči (ang. PPP pc). Na prvem mestu je ZDA z 7.910 USD pc PPP. Povprečje za izbrane OECD države znaša 3.307 USD pc PPP, Slovenija pa je razvrščena na 24. mesto z 2.327 USD pc PPP.

Preglednica VII: Naj sodobnejša zdravstvena statistika za OECD države

| Država     | 1<br>Pričakovana življenjska doba ob rojstvu 2010 v letih | Rang 1 | 2<br>Lekarniški farmacevt na 1000 prebivalcev za leto 2009 | Rang 2 | 3<br>Zadovoljstvo z zdravjem za leto 2010 kot % populacije, kjer je odgovor enak dobro ali več kot dobro | Rang 3 | 4<br>Izdatki za zdravstvo kot % BDP-ja za leto 2010 | Rang 4 | 5<br>Izdatki za zdravstvo v USD kot PPP na prebivalca | Rang 5 |
|------------|---|--------|--|--------|--|--------|---|--------|---|--------|
| Avstralija | 81,8  | 5      | 1,06   | 5      | 84,9   | 5      | 8,7   | 21     | 3.512   | 14     |
| Avstrija   | 80,7  | 14     | 0,65   | 18     | 69,6   | 17     | 10,4  | 9      | 4.162   | 9      |
| Belgija    | 80,3  | 20     | 1,15   | 2      | 76,7   | 11     | 10,5  | 8      | 3.969   | 10     |
| Kanada     | 80,8  | 12     | 0,87   | 11     | 88,1   | 3      | 10,8  | 6      | 4.205   | 7      |
| Češka      | 77,7  | 26     | 0,56   | 24     | 68,2   | 19     | 7,3   | 27     | 1.835   | 27     |
| Danska     | 79,3  | 24     | 0,45   | 28     | 71,2   | 16     | 10,7  | 7      | 4.300   | 6      |
| Finska     | 80,2  | 21     | 1,09   | 4      | 68   | 20     | 8,5   | 24     | 3.093   | 17     |
| Francija   | 81,3  | 8      | 1,06   | 6      | 68,4   | 18     | 11,2  | 3      | 3.835   | 11     |
| Nemčija    | 80,5  | 19     | 0,61   | 22     | 64,7   | 24     | 11,2  | 5      | 4.187   | 8      |
| Grčija     | 80,6  | 17     | 0,96   | 9      | 75,7   | 13     | 9,5   | 12     | 2.622   | 22     |
| Madžarska  | 74,3  | 30     | 0,57   | 23     | 54,2   | 28     | 7,6   | 26     | 1.554   | 28     |
| Islandija  | 81,5  | 6      | 1,12   | 3      | 77,8   | 9      | 9,3   | 15     | 3.309   | 15     |
| Irska      | 81,0  | 10     | 1,00   | 8      | 83,3   | 6      | 8,9   | 20     | 3.589   | 12     |

|                               |      |    |      |    |      |    |      |    |       |    |
|-------------------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|-------|----|
| Italija                       | 82,0 | 4  | 0,88 | 10 | 66,5 | 21 | 8,9  | 19 | 2.852 | 21 |
| Japonska                      | 83,0 | 1  | 1,56 | 1  | 30   | 31 | 9,3  | 14 | 2.979 | 20 |
| Koreja                        | 80,7 | 15 | 0,65 | 19 | 37,6 | 30 | 6,7  | 28 | 1.931 | 26 |
| Luksemburg                    | 80,7 | 16 | 0,72 | 15 | 75,3 | 14 | 7,9  | 25 | 4.786 | 4  |
| Mehika                        | 75,5 | 28 | -    | -  | 65,5 | 23 | 6,1  | 30 | 884   | 30 |
| Nizozemska                    | 80,8 | 13 | 0,21 | 30 | 77,1 | 10 | 11,2 | 4  | 4.727 | 5  |
| Nova Zelandija                | 81,0 | 11 | 0,71 | 16 | 89,7 | 2  | 10,1 | 11 | 3.022 | 18 |
| Novreška                      | 81,2 | 9  | 0,77 | 13 | 80   | 7  | 9,1  | 17 | 5.188 | 3  |
| Poljska                       | 76,3 | 27 | 0,64 | 20 | 57,9 | 27 | 6,5  | 29 | 1.294 | 29 |
| Portugalska                   | 79,8 | 22 | 0,70 | 17 | 49,3 | 29 | 10,2 | 10 | 2.583 | 23 |
| Slovaška                      | 75,2 | 29 | 0,47 | 27 | 63,7 | 25 | 8,5  | 23 | 1.977 | 25 |
| Slovenija                     | 79,5 | 23 | 0,52 | 26 | 59,7 | 26 | 8,6  | 22 | 2.327 | 24 |
| Španija                       | 82,2 | 3  | 1,02 | 7  | 74   | 15 | 9,3  | 13 | 2.990 | 19 |
| Švedska                       | 81,5 | 7  | 0,75 | 14 | 79,2 | 8  | 9,1  | 18 | 3.561 | 13 |
| Švica                         | 82,6 | 2  | 0,55 | 25 | 86,7 | 4  | 11,4 | 2  | 5.270 | 2  |
| Turčija                       | 74,3 | 31 | 0,35 | 29 | 66   | 22 | 5,5  | 31 | 827   | 31 |
| Velika Britanija              | 80,6 | 18 | 0,64 | 21 | 76,1 | 12 | 9,1  | 16 | 3.253 | 16 |
| ZDA                           | 78,7 | 25 | 0,87 | 12 | 89,8 | 1  | 16,9 | 1  | 7.910 | 1  |
| Povprečje izbranih OECD držav | 79,9 |    | 0,77 |    | 70,2 |    | 9,3  |    | 3307  |    |

Vir: OECD Health data 2011 (36).

Opombe:

\*Pričakovana življenjska doba ob rojstvu je pričakovana življenjska doba izračunana kot neuravnoteženo povprečje ženske in moškega;

\*\*Lekarniški farmacevt je merjen kot profesionalno aktiven farmacevt, kot farmacevt z licenco ali kot farmacevt, ki izvaja dejavnost, odvisno od dostopnosti podatkov;

\*\*\*Zadovoljstvo z zdravjem je merjeno z vprašalnikom z lestvico od 1 do 5. 1 je zelo slabo, 5 je zelo dobro.

Podatki o gibanju deleža izdatkov za zdravstvo v BDP-ju so prikazani v Preglednici VIII. Skoraj pri vseh izbranih OECD državah je prisoten pozitiven trend od leta 2000 do 2010.

Preglednica VIII: Gibanje % izdatkov za zdravstvo v BDP-ju od leta 2000 do 2010

| Država     | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Avstralija | 8,0  | 8,1  | 8,4  | 8,3  | 8,5  | 8,4  | 8,5  | 8,5  | 8,7  | 9,1  | -    |
| Avstrija   | 10,0 | 10,1 | 10,1 | 10,3 | 10,4 | 10,4 | 10,2 | 10,3 | 10,5 | 11,2 | 11,0 |
| Belgija    | 8,1  | 8,3  | 8,5  | 10,0 | 10,1 | 10,1 | 9,6  | 9,6  | 10,0 | 10,7 | 10,5 |
| Kanada     | 8,8  | 9,3  | 9,6  | 9,8  | 9,8  | 9,8  | 10,0 | 10,0 | 10,3 | 11,4 | 11,4 |
| Češka      | 6,3  | 6,4  | 6,8  | 7,1  | 6,9  | 6,9  | 6,7  | 6,5  | 6,8  | 8,0  | 7,5  |

|                  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Danska           | 8,7  | 9,1  | 9,3  | 9,5  | 9,7  | 9,8  | 9,9  | 10,0 | 10,2 | 11,5 | 11,1 |
| Finska           | 7,2  | 7,4  | 7,8  | 8,2  | 8,2  | 8,4  | 8,3  | 8,0  | 8,3  | 9,2  | 8,9  |
| Francija         | 10,1 | 10,2 | 10,6 | 10,9 | 11,0 | 11,2 | 11,1 | 11,1 | 11,0 | 11,7 | 11,6 |
| Nemčija          | 10,4 | 10,5 | 10,7 | 10,9 | 10,7 | 10,8 | 10,6 | 10,5 | 10,7 | 11,7 | 11,6 |
| Grčija           | 8,0  | 8,9  | 9,2  | 9,0  | 8,8  | 9,7  | 9,7  | 9,8  | 10,1 | 10,6 | 10,2 |
| Madžarska        | 7,2  | 7,2  | 7,6  | 8,6  | 8,2  | 8,4  | 8,3  | 7,7  | 7,5  | 7,7  | 7,8  |
| Islandija        | 9,5  | 9,3  | 10,2 | 10,4 | 9,9  | 9,4  | 9,1  | 9,1  | 9,1  | 9,6  | 9,3  |
| Irska            | 6,1  | 6,7  | 7,0  | 7,3  | 7,5  | 7,6  | 7,6  | 7,8  | 8,9  | 9,9  | 9,2  |
| Italija          | 8,0  | 8,2  | 8,3  | 8,3  | 8,6  | 8,9  | 9,0  | 8,6  | 8,9  | 9,3  | 9,3  |
| Japonska         | 7,6  | 7,8  | 7,9  | 8,0  | 8,0  | 8,2  | 8,2  | 8,2  | 8,6  | 9,5  | -    |
| Koreja           | 4,5  | 5,1  | 4,9  | 5,2  | 5,3  | 5,7  | 6,0  | 6,3  | 6,5  | 6,9  | 7,1  |
| Luksemburg       | 7,5  | 7,4  | 8,3  | 7,7  | 8,2  | 7,9  | 7,7  | 7,1  | 6,8  | 7,9  | -    |
| Mehika           | 5,1  | 5,5  | 5,6  | 5,8  | 6,0  | 5,9  | 5,7  | 5,8  | 5,8  | 6,4  | 6,2  |
| Nizozemska       | 8,0  | 8,3  | 8,9  | 9,8  | 10,0 | 9,8  | 9,7  | 10,8 | 11,0 | 11,9 | 12,0 |
| Nova Zelandija   | 7,6  | 7,7  | 8,0  | 7,9  | 8,0  | 8,4  | 8,8  | 8,5  | 9,3  | 10,0 | 10,1 |
| Norveška         | 8,4  | 8,8  | 9,8  | 10,0 | 9,6  | 9,0  | 8,6  | 8,7  | 8,6  | 9,8  | 9,4  |
| Poljska          | 5,5  | 5,9  | 6,3  | 6,2  | 6,2  | 6,2  | 6,2  | 6,3  | 6,9  | 7,2  | 7,0  |
| Portugalska      | 9,3  | 9,3  | 9,3  | 9,7  | 10,0 | 10,4 | 10,0 | 10,0 | 10,2 | 10,8 | 10,7 |
| Slovaška         | 5,5  | 5,5  | 5,6  | 5,8  | 7,2  | 7,0  | 7,3  | 7,8  | 8,0  | 9,2  | 9,0  |
| Slovenija        | 8,3  | 8,6  | 8,6  | 8,6  | 8,3  | 8,3  | 8,3  | 7,8  | 8,3  | 9,3  | 9,0  |
| Španija          | 7,2  | 7,2  | 7,3  | 8,2  | 8,2  | 8,3  | 8,3  | 8,5  | 9,0  | 9,6  | -    |
| Švedska          | 8,2  | 8,9  | 9,2  | 9,3  | 9,1  | 9,1  | 8,9  | 8,9  | 9,2  | 9,9  | 9,6  |
| Švica            | 10,2 | 10,6 | 10,9 | 11,3 | 11,3 | 11,2 | 10,8 | 10,6 | 10,7 | 11,4 | 11,4 |
| Turčija          | 4,9  | 5,2  | 5,4  | 5,3  | 5,4  | 5,4  | 5,8  | 6,0  | 6,1  |      | -    |
| Velika Britanija | 7,0  | 7,3  | 7,6  | 7,8  | 8,0  | 8,2  | 8,5  | 8,5  | 8,8  | 9,8  | 9,6  |
| ZDA              | 13,7 | 14,3 | 15,1 | 15,7 | 15,8 | 15,8 | 15,9 | 16,2 | 16,6 | 17,7 | 17,6 |

Vir: OECD Health data 2011 (36).

Pregled izdatkov za farmacevtske izdelke za izbrane OECD države je prikazan v Preglednici IX. V povprečju izbranih OECD državah so izdatki za farmacevtske izdelke na prebivalca po PPP 492 USD. Najvišje je razvrščena ZDA z 947 USD pc PPP, Slovenija pa je rangirana na 20. mesto z 448 USD pc PPP.

Preglednica IX: Izdatki za farmacevtske izdelke za leto 2009 v USD pc PPP v izbranih državah

| Država     | 1 Izdatki za farmacevtske izdelke v USD PPP pc | Rang 1 | 2 Izdatki za farmacevtske izdelke kot % BDP | Rang 2 |
|------------|--|--------|---|--------|
| Avstralija | 503  | 15     | 1,2   | 26     |
| Avstrija   | 518  | 13     | 1,3   | 21     |
| Belgija    | 636  | 5      | 1,6   | 16     |
| Češka      | 389  | 24     | 1,7   | 9      |

|                               |     |    |     |    |
|-------------------------------|-----|----|-----|----|
| Danska                        | 289 | 29 | 2,4 | 2  |
| Estonija                      | 319 | 27 | 1,8 | 7  |
| Finska                        | 452 | 19 | 1,3 | 20 |
| Francija                      | 626 | 7  | 1,0 | 27 |
| Grčija                        | 677 | 3  | 0,8 | 29 |
| Irska                         | 662 | 4  | 1,6 | 14 |
| Islandija                     | 460 | 18 | 2,1 | 3  |
| Italija                       | 572 | 8  | 1,5 | 17 |
| Japonska                      | 556 | 9  | 0,7 | 30 |
| Kanada                        | 692 | 2  | 0,9 | 28 |
| Koreja                        | 397 | 22 | 2,4 | 1  |
| Luksemburg                    | 370 | 26 | 1,7 | 10 |
| Madžarska                     | 493 | 16 | 1,5 | 18 |
| Mehika                        | 249 | 31 | 2,1 | 4  |
| Nemčija                       | 627 | 6  | 0,6 | 31 |
| Nizozemska                    | 473 | 17 | 1,3 | 22 |
| Norveška                      | 391 | 23 | 1,6 | 12 |
| Nova Zelandija                | 265 | 30 | 1,8 | 6  |
| Poljska                       | 306 | 28 | 1,7 | 11 |
| Portugalska                   | 518 | 14 | 1,3 | 23 |
| Slovaška                      | 554 | 10 | 1,5 | 19 |
| Slovenija                     | 448 | 20 | 1,2 | 25 |
| Španija                       | 529 | 11 | 1,2 | 24 |
| Švedska                       | 437 | 21 | 1,6 | 13 |
| Švica                         | 521 | 12 | 1,6 | 15 |
| Velika Britanija              | 381 | 25 | 1,9 | 5  |
| ZDA                           | 947 | 1  | 1,7 | 8  |
| Povprečje izbranih OECD držav | 492 |    | 1,5 |    |

Vir: Podatkovna baza OECD Library (37).

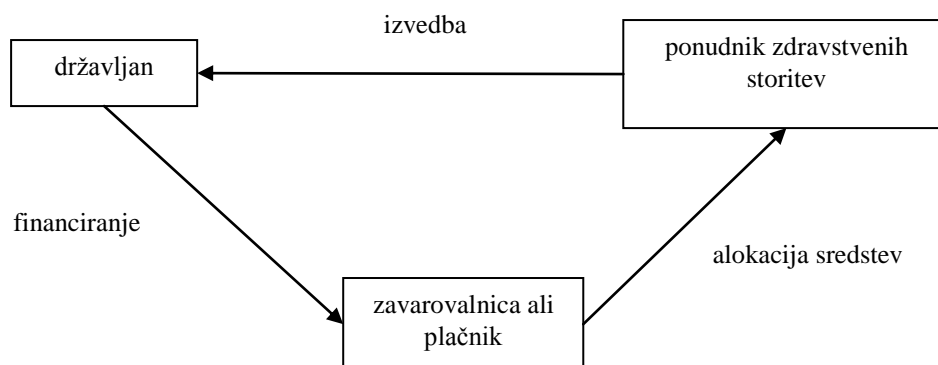
Eden izmed načinov omejitve zdravstvenih stroškov na ponudbeni strani je izbira načina plačila lekarniške dejavnosti (38) in znižanje plačila lekarnam za izdajo zdravila (39).

Slovenija se srečuje s podobnimi trendi kot ostale članice EU. Značilno je staranje prebivalstva. Potrebne so rešitve za vzdržno financiranje. Potrebna je solidna infrastruktura domov za ostarele (40).

### **1.6 Predstavitev sistemov plačevanja zdravstvenih storitev**

Zdravstveni sistem lahko poenostavljeno ponazorimo z relacijo trikotnika kot na Sliki 3. Ponudnik zdravstvenih storitev omogoča prenos zdravstvenih sredstev v prid državljanov. V zameno mu posredno državljan in neposredno zavarovalnica omogočata financiranje. Zdravstveni sistemi posameznih držav so se razvili v sistem, kjer tretja oseba ali

zdravstvena zavarovalnica zaščiti populacijo pred finančnim tveganjem za primer bolezni. Tretja oseba je lahko javna ali privatna. Prihodke pridobiva z javnim ali privatnim zbiranjem sredstev (34).



Slika 3: Zdravstveni trikotnik

Vir: Mossialos et al. 2002 (34), (izvirni vir Reinhardt 1990).

V večini držav je državni aparat odgovoren za financiranje zdravstva. V Veliki Britaniji obstaja Nacionalni zdravstveni sistem (ang. National Health Service), ki je direktno financiran s strani vlade. V Nemčiji in Nizozemski pa vmesni člen predstavlja zdravstvena zavarovalnica, financirana s pomočjo davkov. V Franciji poznajo zavarovalnico, ki je osnovana s pomočjo delodajalcev, npr. Mutuelles. Slednja delno krije stroške zdravljenja, država pa še vedno igra glavno vlogo pri kritju stroškov za ostale državljane (3).

Spremembe zdravstvenega sistema se običajno razvijajo počasi. Posamezna država povzema določene spremembe z zgledom drugih držav, vendar v lokalno spremenjeni, prilagojeni različici. Plačniki zdravstvenega sistema pogosto dodajajo nove načine kontrol, prvotnega stanja pa ne spreminjajo, kar vodi v še bolj kompleksen sistem (3).

Modeli financiranja in organiziranja zdravstvene oskrbe se v Evropi razlikujejo glede na način pogodbenih obveznosti. Evropske države lahko razvrstimo v štiri skupine glede na modele financiranja, in sicer (41):

- države z Beveridgevim modelom,
- države z Bismarkovim modelom,
- države južne Evrope z mešanim sistemom,

- države centralne in vzhodne Evrope osnovane na Semaškovem modelu.

Beveridgev model financiranja in organiziranja zdravstvene oskrbe s pomočjo pogodbe loči vlogo plačnika in vlogo izvajalca zdravstvene oskrbe. Sistem je osnovan na zdravstvenem zavarovanju s pomočjo zavarovalnic. Države, ki imajo neposredno vpeljan omenjen sistem so Finska, Švedska in Velika Britanija. Bismarkov zdravstveni model je osnovan na socialnem, nacionalnem zdravstvenem zavarovanju, ki je financiran s pomočjo davkov in prispevkov. Dejansko je formalna oblika dolgoročnega načina plačevanja zdravstvene oskrbe. Pogodba se ne osredotoča na ceno in učinkovitost storitev, razmejitve med plačnikom in ponudnikom pa ni striktno ločena. Predstavniki socialnega zavarovanja se pogajajo z združenji ponudnikov zdravstvenih storitev v skladu z nacionalno zakonodajo. Nemčija in Nizozemska sta tipična predstavnika. Države južne Evrope imajo mešanico med Beveridgevim in Bismarckovim sistemom. Tranzicija poteka od zdravstvenega sistema financiranega s strani zavarovalnic v sistem, ki se financira s pomočjo pobiranja prispevkov in davkov. Države srednje in vzhodne Evrope so zgodovinsko osnovane na rigoroznem hierarhičnem sistemu, Semaškovem modelu. Le ta je vseboval nacionalno kontrolo nad zdravstveno oskrbo, zaposleni v zdravstvu pa so bili vsi javni uslužbenci. V zadnjem obdobju želijo vpeljati pogodbe med plačnikom in izvajalcem zdravstvenih storitev (41).

Optimalen sistem plačevanja zdravstvenih storitev ima naslednje lastnosti (41):

- učinkovito uporabo virov sredstev;
- dostopnost;
- kvaliteto;
- splošen pristop do zdravstvenih storitev, ki vključuje preventivo;
- možnost izbire zdravnika;
- strokovno neodvisnost zdravnika;
- neposredno implementacija.

V Preglednici X so na kratko opisane značilnosti ključnih zdravstvenih sistemov v svetu in Sloveniji.

Preglednica X: Opis ključnih zdravstvenih sistemov v svetu

| Država           | Značilnosti zdravstvenega sistema  |
|------------------|--|
| <b>Francija</b>  | <p><u>Vrsta zavarovanja:</u></p> <p>Vsem prebivalcem je zagotovljeno osnovno (nacionalno) zdravstveno zavarovanje, ki temelji na treh načelih: 1. enak dostop, neodvisen od kraja prebivanja ter neodvisen od dohodkov; 2. kvalitetno zdravljenje; 3. solidarnost je osnovana na prispevni stopnji glede na dohodek. Za zdravstvene stroške, ki niso kriti z nacionalnim programom obstaja komplementarni programi kot npr. Mutuelle.</p>  |
| <b>Nemčija</b>   | <p><u>Vrsta zavarovanja:</u></p> <p>Osnova zdravstvenega zavarovanja je solidarnost, po Bismarkovem modelu. Obvezno zdravstveno zavarovanje je organizirano s pomočjo 250 zdravstvenih skladov. Osebe z dohodkom do 4050 EUR na mesec se morajo obvezno včlaniti vanj. Osebe nad 4050 pa lahko izbirajo tudi med privatnim zdravstvenim zavarovanjem. Odločitveno funkcijo nad zdravstvenimi storitvami imajo številne multidisciplinarnе komisije. Glavno kontrolo nad njimi pa ima ministrstvo za zdravje. Zdravstveno zavarovanje pokriva širok spekter storitev.</p> <p><u>Izvajanje:</u></p> <p>Storitve na primarni ravni izvajajo neodvisni privatni zdravniki oziroma skupine zdravnikov. Regionalna zdravniška združenja igrajo pomembno vlogo pri planiranju in omejevanju stroškov. Stroški so alocirani regionalno s pomočjo regionalnih planov. Zdravniki so plačani s prispevkom glede na opravljeno storitev. Storitve so razvrščene v 2500 kategorij na podlagi točkovnika. Število točk in cena točke je na letni ravni dogovorjena. V primeru presežka točk, se retrospektivno spremeni cena, tako da vrednost alociranih sredstev ostaja enaka.</p> |
| <b>Italija</b>   | <p><u>Vrsta zavarovanja:</u></p> <p>Nacionalna shema zdravstvenega zavarovanja se financira s pomočjo davkov in krije širok spekter storitev v večini brezplačno. Odgovornost za zdravstveno oskrbo je razdeljena med centralno oziroma državno ter 21 regij. Vsaka regija mora nuditi osnovni nivo oskrbe, ki je predpisan s strani države. Nadgradnjo storitev pa lahko nudi posamezna regija, v kolikor je sama slednjo sposobna tudi financirati.</p>  |
| <b>Slovenija</b> | <p><u>Vrste zavarovanja:</u></p> <p>Vsi prebivalci s stalnim prebivališčem v Sloveniji imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. Zaposlene osebe in delodajalci vplačujejo glede na dohodek, Zavod za zaposlovanje vplačuje za registrirane brezposelne osebe, občina pa za vse ostale osebe brez dohodka. Samostojni podjetniki, kmetje in obrtniki vplačujejo fiksen odstotek (prispevek) glede na dohodek po obračunanih davkih.</p> <p>Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je dodaten vir financiranja zdravstvenih storitev. V letu 2002 je bilo dodatno zavarovanih približno 95% prebivalcev.</p>   |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Španija</b>          | <p><u>Vrste zavarovanja:</u><br/>Nacionalna shema zdravstvenega zavarovanja krije širok spekter storitev v večini brezplačno vsem prebivalcem.</p> <p><u>Financiranje:</u><br/>Financira se z glavnim davčnim skladom.</p> <p><u>Izvajanje:</u><br/>17 regij nudi zdravstveno oskrbo na podlagi nacionalnih smernic.</p>   |
| <b>Velika Britanija</b> | <p><u>Vrste zavarovanj:</u><br/>National Healthcare Service ali NHS je odgovoren za zagotavljanje zdravstvenih storitev vsem državljanom. Vlogo ima tudi pri kontroli cen in dostopnosti farmacevtskih izdelkov. Organiziran je na državni ravni, operativno pa deluje s pomočjo 152 skladov na primarni ravni ali ang. Primary Care Trust-ov. NHS jim daje navodila in finančne plane.</p>  |
| <b>ZDA</b>              | <p><u>Vrste zavarovanja:</u><br/>Privatno zavarovanje na osnovi delodajalca 53% populacije, nezavarovana populacija 15%, Medicare državni program 14% populacije, Medicaid državni in ostali programi 13% populacije, privatno ne-kolektivno zdravstveno zavarovanje 5%.</p>   |
| <b>Kanada</b>           | <p><u>Vrsta zavarovanja:</u><br/>Večino zavarovanja krije javni "Medicare" program,</p> <p><u>Financiranje:</u><br/>"Medicare" je 75% financiran iz javnih, 25% pa iz privatnih sredstev.</p>  |
| <b>Avstralija</b>       | <p><u>Vrsta zavarovanja:</u><br/>Lokalno prilagojen Medicare program po zgledu ZDA.</p>  |
| <b>Brazilija</b>        | <p><u>Vrste zavarovanja:</u><br/>Ministrstvo za zdravje je odgovorno za politiko javnega zdravstva s pomočjo javnih in privatnih ponudnikov.</p>   |
| <b>Japonska</b>         | <p><u>Vrste zavarovanja:</u><br/>Vsem državljanom je zagotovljeno osnovno zdravstvo. Obstajajo trije obvezni programi zavarovanja: nacionalno zdravstveno zavarovanje, zdravstveno zavarovanje delodajalcev, državno zdravstveno zavarovanje za manjša podjetja.</p>   |
| <b>Kitajska</b>         | <p><u>Vrste zavarovanj:</u><br/>Sistem je doživel drastične spremembe v zadnjih letih, ker je prejšnji komunistično kooperativni zdravstveni sistem propadel. Ministrstvo za delo in socialno varstvo je začelo vpeljevati novi prostovoljni sistem zdravstvenega zavarovanja za ruralne prebivalce, ki niso zavarovani s pomočjo delodajalca.</p> <p><u>Financiranje:</u><br/>Delno je novi sistem financiran s participacijo posameznika, delno pa s pomočjo državnih in lokalnih oblasti. Urbani prebivalci so zavarovani s pomočjo osnovne</p> |



|               |  |
|---------------|--|
|               | sheme zdravstvenega zavarovanja delodajalca.   |
| <b>Indija</b> | <u>Vrste zavarovanj:</u><br>Velika večina indijskih državljanov ni zmožna dostopati do kvalitetnega zdravstva. Približno 10% indijske populacije ima krito zdravstveno zavarovanje s pomočjo dveh shem: prva za javne uslužbenke, druga pa za zaposlene. |

Vir: Schoonveld 2011 (3), Albreht et al. 2002 (40), Saltman et al. 1997 (41), Stock et al. 2007 (42).

Slovenski zdravstveni sistem je osnovan na Bismarkovem modelu. Pri zasnovi zdravstvene reforme 1992 je bila to najočitnejša izbira, saj model upošteva vrednote kot so vzajemnost, solidarnost in socialna pravičnost pri reševanju problemov povezanih z zdravjem (43).

### **1.7 Razvoj lekarniške dejavnosti v EU in svetu**

V EU ni dveh popolnoma enakih sistemov lekarniške dejavnosti. Organiziranost lekarn je odvisna od regulacije, tradicije in zdravstvene politike posamezne države. Vsem državam EU pa je skupno načelo organizacije lekarne s ciljem maksimiziranja bolnikove varnosti. V EU praktično vsak prebivalec zaužije zdravilo - od na primer občasnega jemanja paracetamola, ki je na voljo brez recepta do rednega jemanja več zdravil hkrati. Skoraj vsako zdravilo je lahko škodljivo ali smrtonosno, številna povzročajo neželene učinke, pri nekaterih pa prihaja do interakcij. Napačno predpisana zdravila lahko tudi povzročajo težave. Nezadostna aderenza predstavlja problem, ker je zdravilo neuporabljeno in/ali lahko ne dosežemo želenega učinka zdravila (44).

Evropsko farmacevtsko združenje, PGEU (45, 46) opredeljuje lekarne kot najbolj razširjene zdravstvene ustanove v EU. Raziskava pod okriljem PGEU je pokazala, da je v EU geografska pokritost lekarn 98% ter da lahko bolniki obišejo najbližjo lekarno v časovnem okviru 30-ih minut. Lekarne na primarni ravni pogosto delujejo kot prvi kontakt za bolnika, kjer lekarniški farmacevt oceni resnost težav in po potrebi bolnika napoti k zdravniku. V številnih EU državah lekarniškim farmacevtom širijo spekter storitev, ki jih nudijo bolnikom, vključno s promocijo racionalne rabe zdravil. Podatki dokazujejo, da je približno 29% manj obremenitev na primarni ravni in 25% manj obremenitev za celoten zdravstveni sistem. Vsa dejanja, ki jih opravljajo lekarniški farmacevti vodijo v

racionalizacijo stroškov in učinkovitost zdravstvenega sistema. Vzdržnost stroškov za lekarniško dejavnost je nujna (47).

Tradicionalna vloga lekarniškega farmacevta, ki je samo obdelal recept in izročil zdravilo ter izdelal magistralni pripravek, se spreminja. Pomembna postaja vloga lekarniškega farmacevta kot zdravstvenega svetovalca, usmerjenega k potrebam bolnika. Slednje je povezano tudi z dejstvom, da prodaja zdravil brez recepta in izdelkov za samozdravljenje iz leta v leto narašča (48).

Ministri držav članic EU so se na srečanju 21.3.2001 (49) posvetovali o naslednjem:

“V modelu plačevanja lekarniških storitev je potrebno upoštevati strokovne storitve. Lekarniški farmacevt igra ključno vlogo pri upravljanju z zdravstvenimi tveganji. Aktivno bi moral biti vpleten v vseh fazah zdravljenja, kooperativno sodelovati z vsemi zaposlenimi v zdravstvu.”

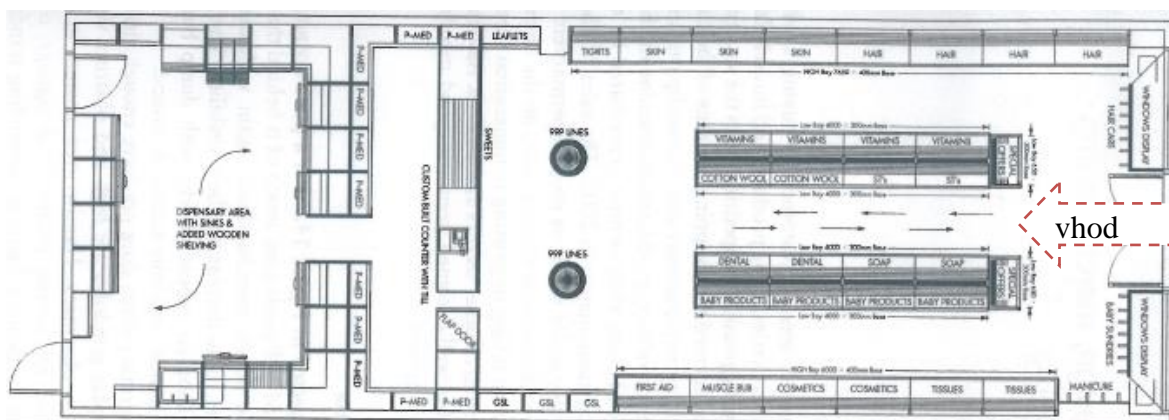
Praksa izvajanja FKS je v posameznih državah različna. Lekarniški farmacevt z izvajanjem FKS lahko v polni meri izkoristi pridobljeno znanje (50). V študiji Bernsten et al., 2010 (50) so avtorji primerjalno analizirali modele plačevanja farmacevtskih kognitivnih storitev. V študijo je bilo zajetih 7 študij s splošnega področja farmacevtskih kognitivnih storitev, 10 študij s področja specifičnih FKS in 12 študij glede dejavnikov, ki vplivajo na model plačevanja FKS. Rezultati študije so pokazali, da v severno-evropskih državah FKS niso plačane. Le na Danskem je prisotno plačevanje program farmacevtske skrbi za bolnike z astmo. V državah kot so Irak, Jordanija in Sirija, kjer je status lekarniškega farmacevta v družbi visoko cenjen, je samoumevno izvajanje FKS. V državah kot so Avstralija, Nova Zelandija in VB pa so lekarniški farmacevti plačani za številne FKS. V študiji so ugotovili, da so FKS v večini plačane le v primeru, ko so vključene v sistem reimbursiranja. V državah kot so Madžarska, Peru in Hrvaška naj bi tradicionalni model plačevanja lekarniških storitev povrnil stroške izvajanja FKS. Model plačevanja FKS naj bi vplival na izvajanje FKS. Na primer na Nizozemskem lekarniški farmacevti niso plačani za izvajanje specifičnih FKS. Plačani pa so v skladu s storitvenim modelom, ki naj bi pokrival vse izvedene storitve. Lekarniški farmacevt tako ni motiviran za izvajanje več FKS ali za izvajanje kvalitetnejših storitev (50). Da bi se FKS razvile v polni meri, je potrebno dokazati njihovo dodano vrednost (50, 51). Študije stroškovne učinkovitosti so primeren

inštrument informiranja, komuniciranja in pogajanja za vključitev v sistem reimbursiranja. Povezava med stroški za izvedbo in humanističnimi ter kliničnimi izidi pokaže učinkovitost posamezne FKS (50).

Rezultati raziskovalnega članka, Gastelurrutia et al., 2009 (52), navajajo potrebne spremembe pri organizaciji lekarniške dejavnosti v Španiji. Kot prioritetni dejavnik sprememb je bila navedena sprememba modela plačila lekarniške storitve (52). Model bi moral bolj vključevati plačilo FKS in manj storitve izdaje zdravil. Raziskava na podlagi semi-strukturiranih intervjujev je pokazala, da obstaja potreba po večjem prostoru za izvedbo FKS. Poleg tega bi moral izgledati poslovni prostor lekarn bolj profesionalno, ne pa kot običajna trgovina (52).

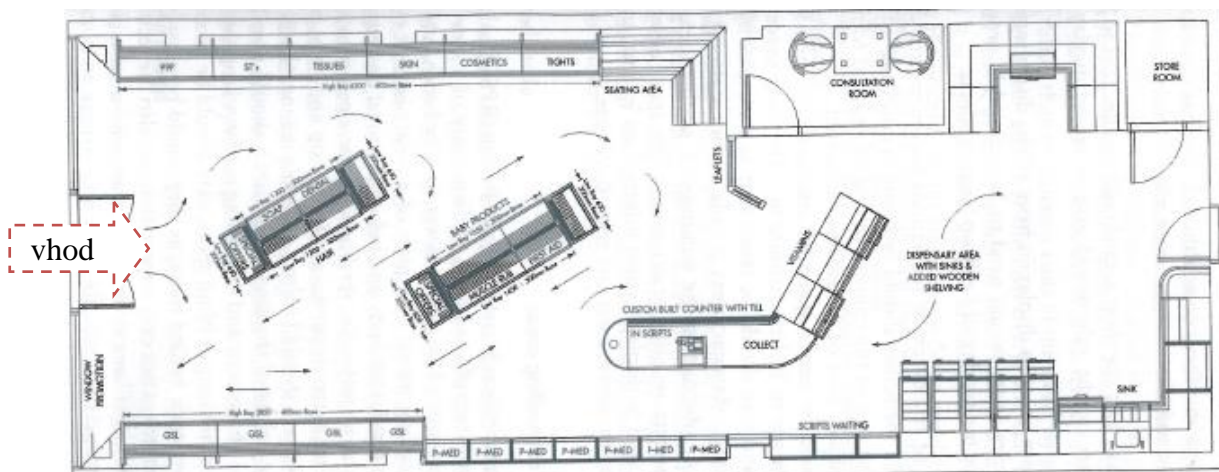
Dizajn lekarne odraža usmeritev ali strategijo, ki jo lekarna zasleduje. Na Sliki 4 je prikazan dizajn običajne lekarne v ZDA in EU. Skoraj polovica lekarniškega prostora je namenjenega izdelkom, ki ne potrebujejo zdravniškega recepta. Usmeritev takega dizajna lekarne spodbuja potrošnjo ne-farmacevtskih izdelkov.

Na Sliki 5 pa je prikazan dizajn izboljšane lekarne v ZDA in EU, ki vključuje zaseben prostor za izvajanje FKS, kar odraža razvoj lekarniške farmacije. V sam dizajn, pa je vključeno tudi izboljšanje prodaje ne-farmacevtskih izdelkov, saj predvideva, da obiskovalec lekarne najprej pregleda ponujene ne-farmacevtske izdelke.



Slika 4: Dizajn lekarne pred spremembo

Vir: Kayne 2005 (23).

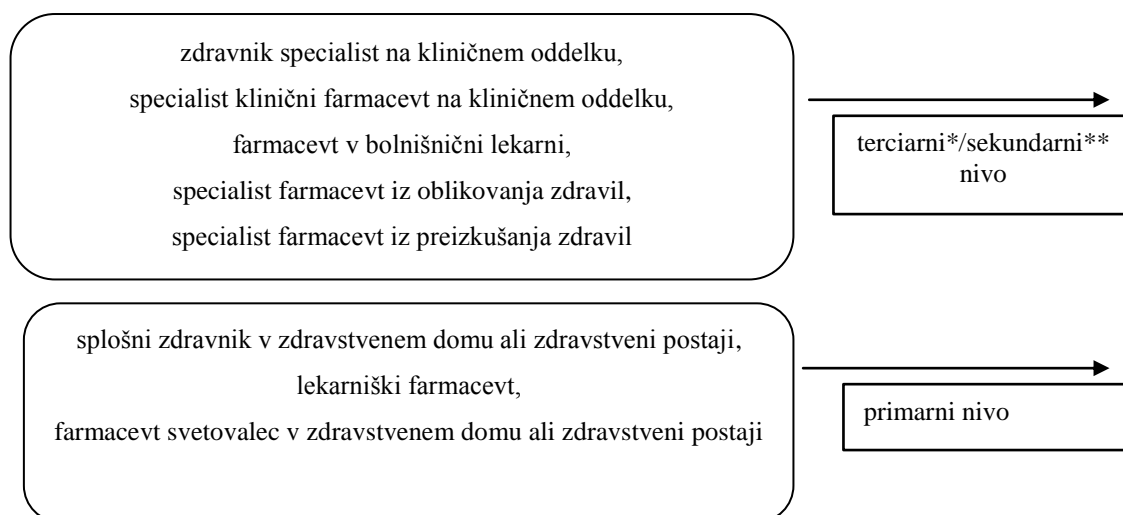


Slika 5: Dizajn lekarne po spremembi

Vir: Kayne 2005 (23).

### 1.8 Organizacija lekarniške dejavnosti v Sloveniji

Primarni nivo v zdravstvu Slovenije predstavljajo zdravstveni zavodi in zdravstvene postaje ter dotične lekarne. Sekundarni nivo predstavljajo specialistične ambulante, terciarni nivo pa bolnice in bolnišnične lekarne. Vsi trije nivoji so prikazane na Sliki 6.



Slika 6: Nivoji zdravstvene oskrbe v Sloveniji ter ključni oskrbovalci na posamezni ravni

Opombe:

\*specializirane, univerzitetne klinike

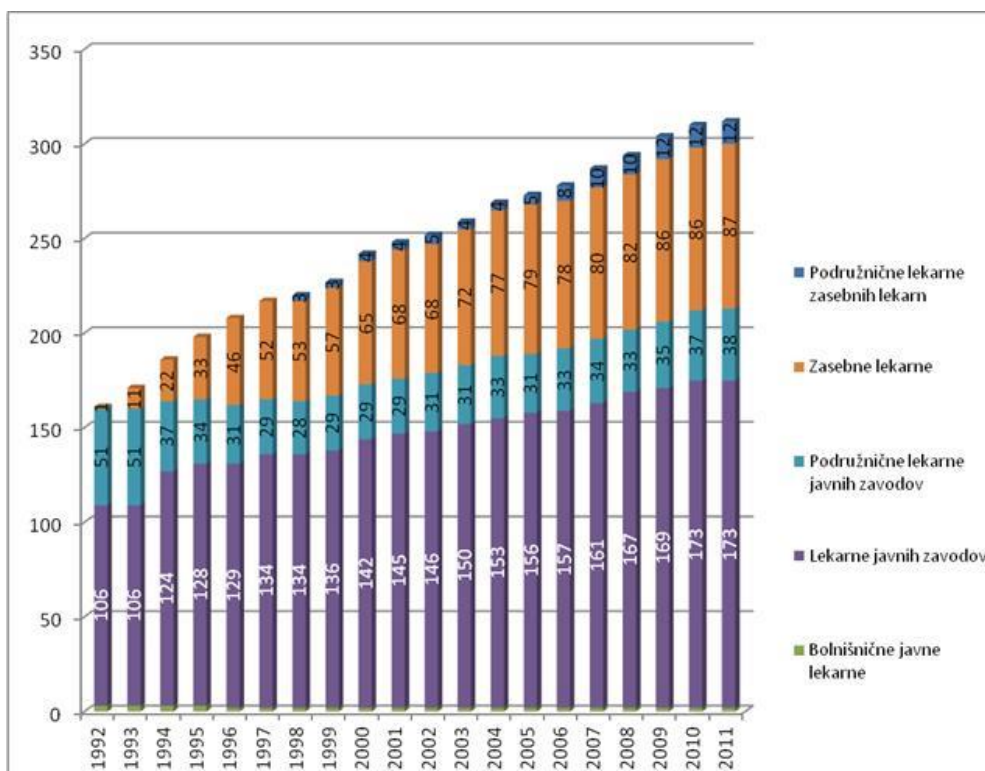
\*\*splošne bolnišnice

Na primarnem nivoju se uvajajo nove FKS. V zadnjem obdobju je prepoznavna storitev pregleda uporabe zdravil. Razširjen strokovni kolegij za lekarniško farmacijo podpira izvajanje slednje storitve, ker prispeva k zagotavljanju varnosti bolnikov pri zdravljenju z zdravili ter k pravilni, varni in racionalni rabi zdravil (53).

Konec leta 2011 je javno lekarniško službo v Sloveniji opravljalo 312 lekarniških enot razporejenih kot (54):

- 24 javnih lekarniških zavodov s 173 lekarnami in 38 lekarniški podružnicami;
- 87 zasebnih lekarn z 12 lekarniški podružnicami in
- 2 bolnišnični lekarni.

Na Sliki 7 je od leta 1992 do leta 2011 prisoten trend rasti števila javnih lekarniških zavodov in zasebnih lekarn. Po drugi strani je prisoten padec števila podružničnih lekarn javnih zavodov. Absolutno se je število lekarniških enot podvojilo od leta 1992, ko jih je bilo okoli 150, na več kot 300 v letu 2011 (55).



Slika 7: Mreža javnih lekarniških enot v Sloveniji od leta 1992 do 2011

Vir: LZS spletna stran 2012 (54).

Lekarniška dejavnost se izvaja v lekarnah, bolnišničnih lekarnah in njihovih organizacijskih enotah, ki so (9):

- podružnica lekarne;
- oddelčna lekarna v bolnišnici;
- galenski laboratorij;
- laboratorij za izdelavo parenteralnih raztopin;
- kontrolno analizni laboratorij.

Lekarniška zbornica pa pospešuje in skrbi za razvoj ter strokovni napredek dejavnosti. Poleg tega varuje stanovsko čast, skrbi za izpolnjevanje stanovskih obveznosti, varuje stanovske in gospodarske interese članov. V skladu z 39. členom Zakona o lekarniški dejavnosti (56) je med drugim pristojna za:

- predložitev poročil, mnenj in predlogov glede preskrbe zdravil, ureditve lekarn, vzgojo in usposabljanje farmacevtskih delavcev in reševanje drugih problemov, ki se nanašajo na lekarniško dejavnost;
- sprejemanje etičnega kodeksa lekarniških delavcev in pravil dobre lekarniške prakse ter za ukrepanje ob njihovem kršenju;
- vodenje registra farmacevtskih strokovnih delavcev v lekarnah in evidence o rednem strokovnem izpopolnjevanju;
- sodelovanje pri določanju izhodišč za sklepanje pogodb z ZZZS-jem in za oblikovanje cen lekarniških storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- sodelovanje s strokovnim farmacevtskim društvom pri reševanju farmacevtske problematike.

V Sloveniji je Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke odgovorna za zagotavljanje varovanja javnega zdravja na področju zdravil in medicinskih pripomočkov (57). Poleg tega je pristojna tudi za oblikovanje cen zdravil (58).

Poslanstvo ZZZS-ja je v izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelih solidarnosti in univerzalne dostopnosti do pravic vseh v zavarovanje vključenih oseb. Samostojno pa upravlja s sredstvi zavarovancev za plačilo prispevkov, s katerimi vsem

zavarovanim osebam zagotavlja finančno pokritje zdravstvenih storitev in ostalih pravic iz OZZ določenih z zakonom (55).

Lekarniški farmacevti so stimulirani za prodajo izdelkov, namesto za izvajanje farmacevtskih kognitivnih storitev. Obstaja težnja po usmeritvi lekarn v dva modela. Prvi model je usmerjen k bolniku, drugi pa h kupcu vseh izdelkov, ki so na voljo v lekarni. Prvi model med drugim odlikuje prijaznost do bolnikov in je povezan s pravilno rabo zdravil. Slednje je pomembno pri preprečevanju, ugotavljanju težav povezanih z zdravili. Ta model je neustrezno financiran in podcenjen. Model usmerjen h kupcu upošteva celoten spekter izdelkov, ki so na voljo v lekarni. V lekarni so na voljo poleg zdravil in medicinskih pripomočkov tudi prehranska dopolnila, kozmetični izdelki ter drugi izdelki splošne potrošnje. Slednji prinašajo lekarni boljši poslovni izid v okoljih z veliko kupno močjo (29).

### **1.9 Plačevanje lekarniške dejavnosti v Sloveniji**

Ministrstvo za zdravje je odgovorno za planiranje v zdravstvu na sekundarni in terciarni ravni. Na terciarni ravni je odgovorno tudi za investicije v osnovna sredstva. Zavod za zdravstveno zavarovanje (ali ZZZS) pripravi in sprejme finančni letni plan za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je osnova za pogajanja z izvajalci. Slovenski zdravstveni sistem je relativno centraliziran. Zdravstvene enote na sekundarni in terciarni ravni so same pristojne za izvajanje zdravstvenih storitev. Zdravstvene enote na primarni ravni pa so v pristojnosti posamezne občine. Večina administrativnih in regulatornih funkcij se opravlja na ravni države. Občine svojo neodvisnost pri upravljanju na primarni ravni uporabljajo v manjši meri. Občine pobirajo prispevke na lokalni ravni za primarno zdravstveno raven ter odobrijo investicije v osnovna sredstva na primarni zdravstveni ravni (40).

Pogajanja glede finančnega plana oziroma določanje letnega okvira finančnih sredstev poteka v treh fazah. V prvi fazi se Ministrstvo za zdravje, ZZZS, Zdravniška zbornica, Lekarniška zbornica in ostale strokovne institucije dogovorijo, katere storitve bodo vključene v osnovno zdravstveno zavarovanje. Določi se tudi višina sredstev. Običajno so stroški, ki so višji kot 7% BDP-ja, kriti z dodatnimi sredstvi. V drugi fazi se med

vključenimi partnerji določijo pogodbene pravice in obveznosti. V zadnji fazi potekajo pogodbene obveznosti za izvajanje med ZZZS-jem in posameznim izvajalcem. ZZZS objavi javni razpis, na katerega se posamezni izvajalec prijavi. V pogodbi med ZZZS-jem in posameznim izvajalcem je določen obseg, višina sredstev, način plačila, način obračunavanja, način kontrole izvajanja pogodbenih obveznosti (40). Plačane so storitve, ki so opravljene v okviru pogodbene obveznosti, preseganje plana pa ne oz. izjemova (59).

Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije so leta 2009 določili vsebino Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010 (60). V dogovoru so med drugim določili izhodišča za vrednotenje programov tudi za lekarniško dejavnost. V 23. členu dogovora (60) je navedeno, da vrednost programa posameznega izvajalca sestavlja vrednost lekarniških storitev (točke) in dodatek za opravljanje dežurstev in stalne pripravljenosti. V 8. členu (60) pa so navedeni naslednji elementi za izračun cene točke lekarniške storitve, ki se ovrednoti za dejavnost kot celoto (ne za posameznega izvajalca):

- plače,
- materialni stroški,
- amortizacija,
- drugi prejemki zaposlenih po kolektivni pogodbi,
- zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov.

Večje število od planiranega je izplačano s strani ZZZS-ja v skladu s 40. članom Splošnega dogovora v primeru (60):

- da omogočajo sredstva v okviru letnega finančnega načrta Zavoda,
- je dejavnost s svojim delom prispevala k zmanjšanju stroškov Zavoda na področju posamezne zdravstvene dejavnosti ali na področjih zdravstvenega zavarovanja,
- je to v skladu z usmeritvami in cilji Ministrstva za zdravje.

Za programe lekarniške dejavnosti je v skladu s 40. členom Splošnega dogovora (60) predvideno plačilo glede na realizacijo.



V Preglednici XI je prikazano gibanje cene točke za obdobje iz leta od 2010 do 2012. Razvidno je, da se je cena točke večkrat na leto usklajevala.

Preglednica XI: Gibanje cene točke za lekarniško storitev v EUR za obdobje 1.1.2010 do 1.5.2012

| Datum     | Vrednost točke<br>v EUR | Datum     | Vrednost točke<br>v EUR |
|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| 1.1.2010  | 2,93                    | 1.7.2011  | 2,96                    |
| 1.4.2010  | 2,95                    | 1.10.2011 | 2,99                    |
| 1.7.2010  | 2,92                    | 1.11.2011 | 2,97                    |
| 1.9.2010  | 2,94                    | 1.1.2012  | 2,99                    |
| 1.11.2010 | 2,96                    | 1.5.2012  | 3,02                    |
| 1.1.2011  | 2,98                    |           |                         |

Vir: ZZZS spletna stran 2012 (61).

V Preglednici XII pa je prikazano gibanje povprečne cene točke za daljše časovno obdobje, in sicer od leta 2004 do leta 2011. Če primerjamo rast vrednosti točke z rastjo števila receptov ter rastjo števila točk za celotno Slovenijo, ne moremo ugotoviti bistvene povezave.

Preglednica XII: Gibanje števila receptov, števila točk in vrednosti točke od leta 2004 do 2011

| Leto | Št. Točk   | Rast točk<br>v % | Št. Receptov | Rast št. Receptov | Povprečna vrednost točke v EUR | Rast vrednosti točke v % |
|------|------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 2004 | 10.620.803 | 0,5%             | 14.461.144   | 3,0%              | 2,83                           | -                        |
| 2005 | 10.952.375 | 3,1%             | 14.658.633   | 1,4%              | 2,97                           | 4,9%                     |
| 2006 | 11.430.972 | 4,4%             | 14.748.476   | 0,6%              | 2,93                           | -1,3%                    |
| 2007 | 11.895.399 | 4,1%             | 15.506.582   | 5,1%              | 2,91                           | -0,7%                    |
| 2008 | 12.213.176 | 2,7%             | 15.408.817   | -0,6%             | 3,02                           | 3,8%                     |
| 2009 | 12.462.105 | 2,0%             | 15.625.750   | 1,4%              | 3,13                           | 3,6%                     |
| 2010 | 12.726.589 | 2,1%             | 15.932.177   | 2,0%              | 2,94                           | -6,1%                    |
| 2011 | 12.821.940 | 0,7%             | 16.181.149   | 1,6%              | 2,97                           | 1,0%                     |

Vir: LZS spletna stran 2012 (54), ZZZS letno poročilo 2011 (55), ZZZS spletna stran 2012 (61).

Ob primerjavi realiziranih odhodkov ZZZS-ja za delo lekarn glede na finančni plan v Preglednici XIII je razvidno, da v 7 obravnavanih letih 4-krat plan ni bil dosežen. Z

modelom, ki ne bi bil vezan zgolj na recept, bi bila lahko sredstva, ki so predvidena, boljje izkoriščena.

Preglednica XIII: Gibanje odhodkov ZZZS-ja za delo lekarn od leta 2005 do 2011

| Leto | Realizacija v tisoč EUR | Finančni plan v tisoč EUR | Doseganja plana absolutno v tisoč EUR | Doseganja plana v % | Rast v % |
|------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------|
| 2005 | 27.273                  | 27.113                    | 160                                   | 0,6%                | 3,3%     |
| 2006 | 27.595                  | 27.901                    | -306                                  | -1,1%               | 1,2%     |
| 2007 | 24.633                  | 26.436                    | -1.803                                | -6,8%               | -10,7%   |
| 2008 | 28.441                  | 27.654                    | 787                                   | 2,8%                | 15,5%    |
| 2009 | 29.000                  | 30.117                    | -1.117                                | -3,7%               | 2,0%     |
| 2010 | 26.884                  | 27.325                    | -441                                  | -1,6%               | -7,3%    |
| 2011 | 27.067                  | 26.386                    | 681                                   | 2,6%                | 0,7%     |

Vir: Poslovna poročila ZZZS-ja od leta 2005 do 2011 (55, 61-67).

V Preglednici XIV je prikazana primerjava med odhodki za delo lekarn in številom realiziranih točk za lekarniške storitve. Iz primerjave lahko ugotovimo, da izstopajo leta 2007, 2008 in 2010. Iz letnega poročila ZZZS za leto 2007 (64) je posledica manjših odhodkov glede na planirane v zamiku plačilnega roka iz 15 na 30 dni. V letu 2008 je realizacija odhodkov v primerjavi s planiranimi presežena. V letnem poročilu ZZZS za leto 2008 (65) je obrazloženo, da je porast odhodkov vzrok odprava plačnih nesorazmerij in širitev programov. Manjša realizacija odhodkov v primerjavi s planiranimi v letu 2010 pa je obrazložena v letnem poročilu ZZZS za 2010 (67) kot ukrep za vzdržnost financiranja zdravstvenih storitev. Vzrok, da realizacija ni bila v skladu s planiranim, je bilo nerealizirano izplačilo 3. dela odprave plačnih nesorazmerij.

Preglednica XIV: Primerjava gibanja odhodkov ZZZS-ja za delo lekarn s številom realiziranih točk za lekarniške storitve od leta 2005 do 2011

| Leto        | Odhodki za delo lekarn EUR | Rast odhodkov v % | Št. Točk          | Rast točk v % | Povprečna vrednost točke v EUR | Rast vrednosti točke v % |
|-------------|----------------------------|-------------------|-------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------|
| 2005        | 27.273                     | 3,3%              | 10.952.375        | 3,1%          | 2,97                           | 4,9%                     |
| 2006        | 27.595                     | 1,2%              | 11.430.972        | 4,4%          | 2,93                           | -1,3%                    |
| <b>2007</b> | <b>24.633</b>              | <b>-10,7%</b>     | <b>11.895.399</b> | <b>4,1%</b>   | <b>2,91</b>                    | <b>-0,7%</b>             |
| <b>2008</b> | <b>28.441</b>              | <b>15,5%</b>      | <b>12.213.176</b> | <b>2,7%</b>   | <b>3,02</b>                    | <b>3,8%</b>              |
| 2009        | 29.000                     | 2,0%              | 12.462.105        | 2,0%          | 3,13                           | 3,6%                     |
| <b>2010</b> | <b>26.884</b>              | <b>-7,3%</b>      | <b>12.726.589</b> | <b>2,1%</b>   | <b>2,94</b>                    | <b>-6,1%</b>             |

|      |        |      |            |      |      |      |
|------|--------|------|------------|------|------|------|
| 2011 | 27.067 | 0,7% | 12.821.940 | 0,7% | 2,97 | 1,0% |
|------|--------|------|------------|------|------|------|

Vir: Poslovna poročila ZZZS-ja od leta 2005 do 2011 (55, 61-67).

Do leta 1979 je bil v Sloveniji uporabljen maržni model. V začetku 60 let prejšnjega stoletja je bila višina marže med 30% do 40%, nato se je do konca 70 let znižala na 16%. Sprememba se je zgodila, ker se je začelo vrednotiti lekarniško dejavnost z enakimi kriteriji kot druga področja zdravstvene dejavnosti (43). Od takrat se v Sloveniji uporablja storitveni model plačevanja lekarniške dejavnosti, ki je osnovan na vrednosti enote lekarniške storitve oziroma točke. Sistem količnikov in vrednosti točk je osnovan na Zelene knjigi (68). Vsaka lekarniška storitev je ovrednotena v točkah in minutah trajanja (1). V študiji Tajnikar et al. 2006 (1) je bila neustreznost modela financiranja lekarniške storitve ugotovljena v neustreznem normativu ali v neustrezni vrednosti točke. V študiji je bilo ugotovljeno, da je verjetno normativ iz Zelene knjige neustrezen na področju javne službe, ki se tako financira iz drugega dela dejavnost oziroma prodaje blaga in storitev na trgu (1). Tudi druge zdravstvene dejavnosti so mnenja, da je seznam storitev iz Zelene knjige zastarel in bi ga bilo potrebno posodobiti. Primer predstavljajo slovenski delovni terapevti, ki so s pomočjo opravljene študije predlagali posodobljen seznam storitev (69).

### **1.10 Predstavitev modelov plačevanja lekarniške dejavnosti**

Lekarniški farmacevti so v članicah EU plačani glede na število transakcij, ki jih opravijo. Plačani so s fiksnim prispevkom in/ali s fiksnim odstotkom od cene izdanega zdravila. Plačilo naj bi pokrilo vse lekarniške storitve. V resnici je večina plačila vezana na recept oziroma izdajo zdravila in ne na dejansko opravljene lekarniške storitve - kot na primer svetovanje bolniku, zdravniku (6).

Modeli financiranja lekarniške dejavnosti, ki so vezani na proizvod so (70):

- fiksna marža od cene zdravil;
- pogajanja o maržah oziroma dereguliran trg lekarniške storitve;
- regresivna ali regresivna maržna lestvica, kjer odstotek marže z naraščanjem cene zdravil pada.

Storitveni modeli financiranja lekarniške dejavnosti, ki so vezani na število bolnikov ali receptov (70, 71):

- model plačila glede na število bolnikov, ki pomeni za lekarno fiksno vsoto denarja na posameznega bolnika v določenem obdobju;
- model plačila glede na število receptov, kjer lekarna prejme fiksni znesek na izdan recept;
- kombinirani model med maržnim modelom in fiksno vsoto denarja na količino.

Večina OECD držav regulira distribucijske marže z različnimi metodami. Za reguliranje plačevanja lekarniških storitev uporabljajo različne sheme. Marže so določene fiksno z določenim najvišjim možnim zneskom (24). Cilj prehoda iz maržnih v kombinirani sistem je varčevanje z distribucijskimi stroški farmacevtskih izdelkov in spodbuda lekarnam za ponudbo generičnih izdelkov. V striktno maržnem sistemu je lekarniški farmacevt preferiral izdajo farmacevtskih izdelkov z višjo ceno (72).

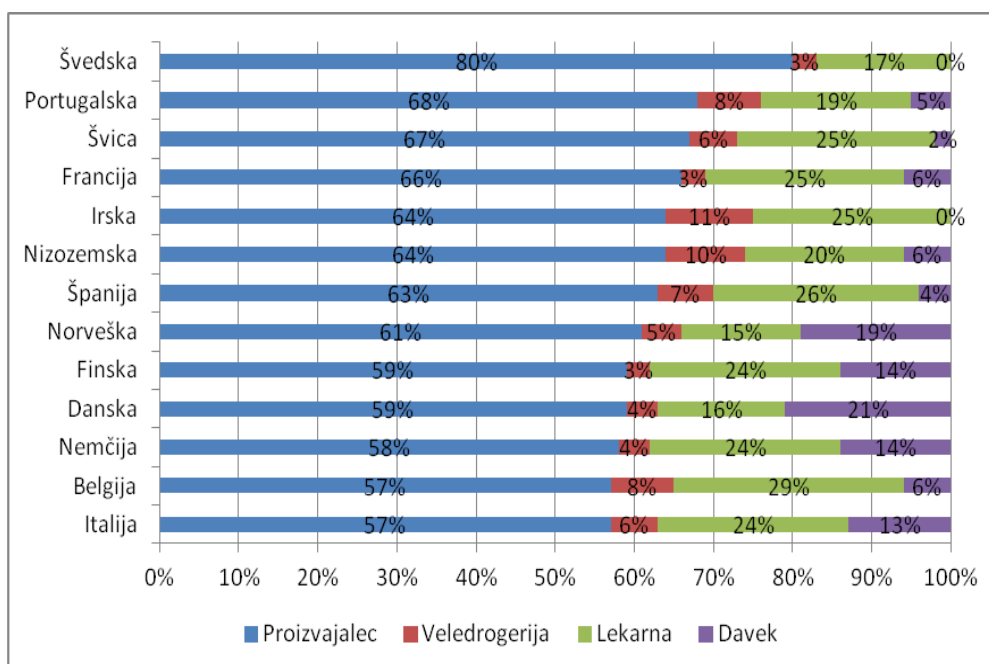
Ministri držav članic EU so se na srečanju 23.11.1993 (73) posvetovali o naslednjem: "Modeli plačevanja lekarniških storitev bi morali vsebovati tudi prispevek za farmacevtsko skrb. Plačilo naj ne bi bilo vezano le na ceno zdravila ali na količino receptov, temveč tudi na opravljanje strokovnih storitev."

Pri vključitvi FKS v model plačevanja lekarniške dejavnosti je potrebno najprej sestaviti seznam storitev. Posamezna storitev je nato ovrednotena glede na izbrani model. Možni modeli za ovrednotenje FKS so storitveni modeli, plačilo glede na privarčevane stroške in lestvica relativne vrednosti. V začetnem obdobju uvajanja plačila FKS je najbolj primeren storitveni model, ki opredeljuje plačilo glede na časovni okvir. Plačniki zdravstvenih storitev pa imajo raje lestvico relativne vrednosti. Slednja lestvica je osnovana na relativnih vrednostih kompleksnosti in časovne potrebe posamezne storitve (74). Program farmacevtske skrbi WMPCP iz ZDA naj bi bil ovrednoten s štirimi vrstami šifer: s šifro vzroka, šifro dejanja, šifro rezultata in šifro časa trajanja storitve farmacevtske skrbi (75). Prednost vključitve plačevanja FKS v nacionalni zdravstveni sistem je dostopnost storitev večini državljanov. V primeru samoplačništva ima zgolj omejena skupina bolnikov dostop do FKS (8).

Večina evropskih držav uporablja različne oblike maržnih modelov, ki so nenehno izpostavljeni dodatnemu reguliranju. Pri reorganizaciji trga lekarniške dejavnosti bi kot

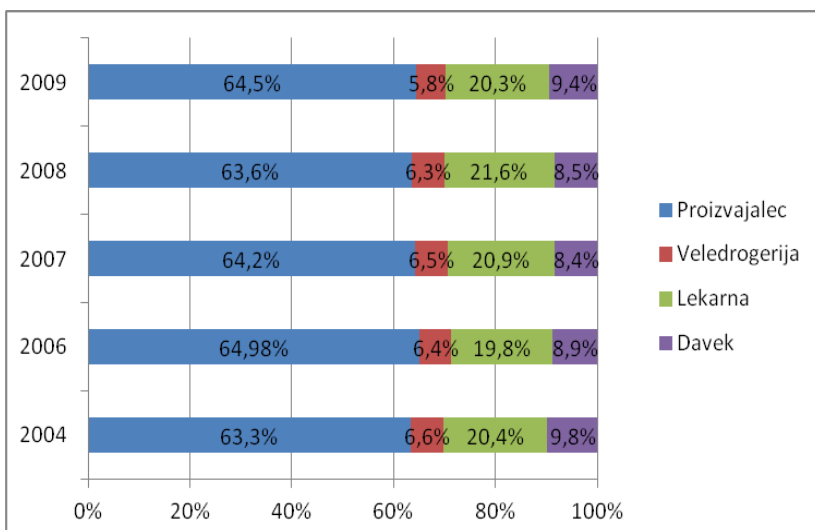
opcijo lahko izbrali storitveni model plačevanja lekarniške dejavnosti, ki je v različnih oblikah prisoten v Sloveniji, na Hrvaškem, na Norveškem in v Veliki Britaniji (76). Sprememba modela plačevanja lekarniške dejavnosti lahko predstavlja instrument strateškega preoblikovanja vloge lekarniškega farmacevta (71).

Primerjava podatkov glede plačevanja lekarniške dejavnosti med izbranimi EU državami je osnovana na deležu proizvajalca, veletrgovalnice, lekarne in države v končni ceni farmacevtskega izdelka. Deleži pri oblikovanju končne cene se med izbranimi državami na Sliki 8 razlikujejo. Delež proizvajalca se giblje med 57% in 80%, delež veletrgovalnice se giblje med 3% in 11%, delež lekarn se giblje med 15% in 29% in delež davkov se giblje med 0% ter 21% (24).



Slika 8: Strukture cene na drobno za izbrana zdravila za izbrane OECD države za leto 2004  
Vir: OECD 2008 (24), (izvirni vir EFPIA).

Na Sliki 9 je razvidno, da se v daljšem časovnem obdobju struktura deležev za lekarne ni bistveno spreminjala. Od leta 2004 do 2009 (77-81) je bil delež lekarn približno 20% glede na neuravnoteženo povprečje izbranih EU držav.



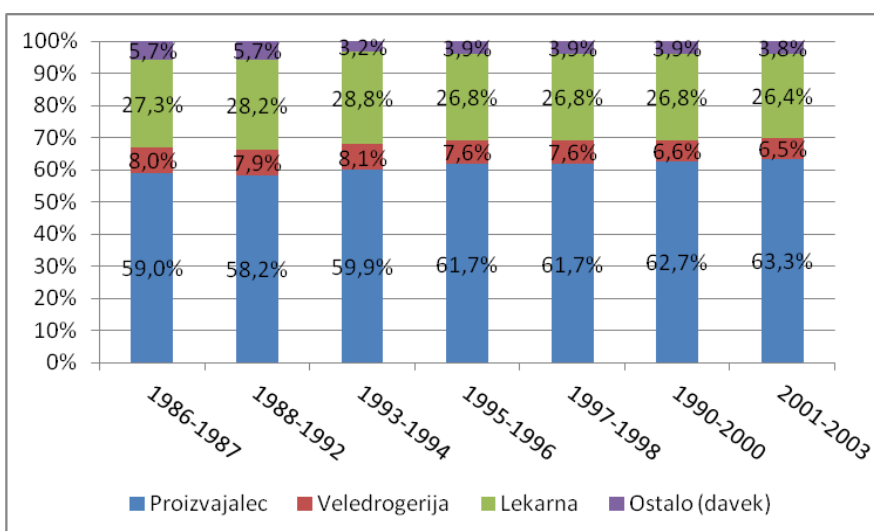
Slika 9: Razvoj strukture cene na drobno za zdravila\* za neuravnoteženo povprečje EU držav članic EFPIA\*\*

Vir: EFPIA letno poročilo 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

\*Podatki za leto 2005 niso bili prisotni v letnem poročilu 2005 in 2007.

\*\*Članice EFPIA so Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Španija, Švedska, Švica, Turčija, Velika Britanija.

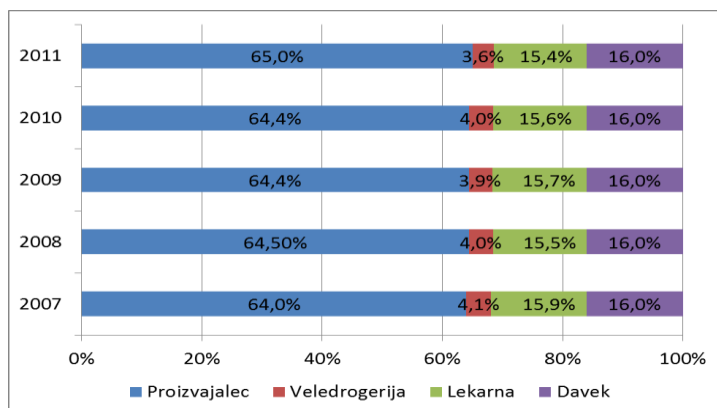
Za Španijo so bili na voljo podatki (82), prikazani na Sliki 10, o strukturi cene farmacevtskih izdelkov za daljše časovno obdobje. Od leta 1986 se je marža lekarn gibala okoli 27%.



Slika 10: Razvoj strukture cene farmacevtskih izdelkov v % med proizvajalcem, veleadrogerijo, lekarno in ostalo od leta 1986 do leta 2003 za Španijo

Vir: Garcia-Armesto et al. 2010 (82), (izvirni vir Costa-Font, Puig-Junoy 2007).

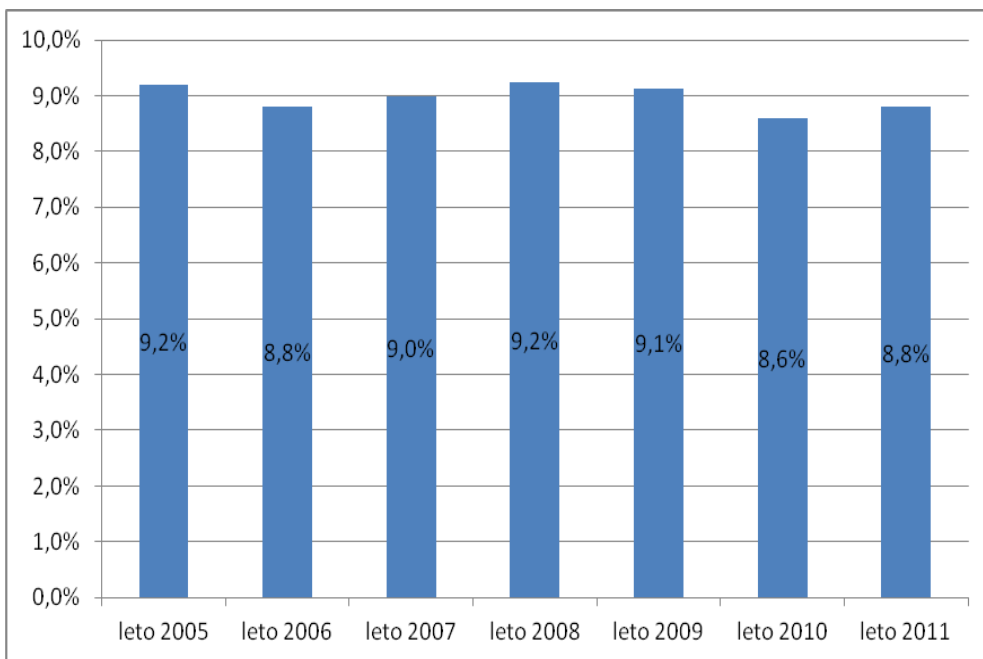
Najsodobnejši podatek za posamezno tujo državo, ki je bil na voljo, smo uspeli pridobiti za Nemčijo (83). Na Sliki 11 je prikazan razvoj strukture cene farmacevtskih izdelkov od leta 2007 do leta 2011.



Slika 11: Razvoj strukture cene farmacevtskih izdelkov v % med proizvajalcem, veledrogerijo in lekarno od leta 2007 do leta 2011 za Nemčijo

Vir: ABDA 2012 (83).

Maržna stopnja, ki bi zadostila normalnemu poslovanju za tipično slovensko lekarno, naj bi bila 22% (1). Pri financiranju lekarn pa je potrebno tudi upoštevati pravno-statusno obliko in velikost lekarne (1). Če predpostavljamo, da se v Sloveniji preračunan odstotek maloprodajne cene giblje od približno 8% do 9%, kot prikazano na Sliki 12, je to približno 2,5 krat manj kot je povprečje za izbrane države na Sliki 8. Število izdanih receptov na lekarno je približno 2 x večje kot v primerljivih državah EU (84).



Slika 12: Preračunana marža za lekarnе za Slovenijo kot odhodki ZZZS za delo lekarn v odhodkih za zdravila

Vir: Poslovna poročila ZZZS-ja od leta 2005 do 2011 (55, 61-67).



## 2. Namen

Razvoj zdravstva in s tem lekarniške dejavnosti v posamezni državi je vezan na zgodovinski razvoj države. Predstavili bomo načine plačevanja lekarniške dejavnosti v drugih državah. Vsakemu modelu plačevanja lekarniške dejavnosti bomo pripisali njegove prednosti in pomanjkljivosti. Po vnaprej določenih sodobnih kriterijih bomo modele primerjali med seboj, da bomo lahko podali konstruktiven predlog za prilagoditev slovenskega modela.

Nato bomo podrobno pregledali model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji. Ugotovili bomo, kakšni so temelji obračunavanja, katere aktivnosti lekarniških farmacevtov so v model zajete in v kolikšni meri je model prilagodljiv.

Lekarne so v Sloveniji organizirane v javne lekarniške zavode in v lekarne s koncesijo. Javni lekarniški zavodi so v državni lasti, upravljalec je občina. Lastniki in upravljalci lekarne s koncesijo pa so farmacevti zasebniki. Ugotovili bomo, kako trenutni model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji upošteva razlike v organizaciji lekarn.

Trenutni model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji je bil uveden leta 1982. Model se bistveno ni spreminjal po načinu obračunavanja lekarniških storitev, niti se ni prilagajal razvoju vloge lekarniškega farmacevta v zdravstvenem sistemu. V magistrski nalogi želimo preveriti ali je trenutni model še vedno primeren za Slovenijo in na kakšen način bi ga lahko izboljšali. Cilj magistrske naloge je predlagati sodoben model plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo, ki bo upošteval tako izdajo zdravil kot tudi farmacevtske kognitivne storitve.

### 3. Metode

Osnovo za magistrsko nalogo smo pridobili s pomočjo:

- pregleda tuje literature s pomočjo baze PubMed (85), kjer je bil iskalni kriterij "pharmacy fee method";
- pregleda sodobnih statističnih bazo s področja zdravstva;
- pregled slovenske literature vezane na modele plačevanja lekarniške dejavnosti;
- pregleda zdravstvene in lekarniške zakonodaje v Sloveniji;
- podatkov o poslovanju javnih lekarniških zavodov v letu 2011, ki so bili na voljo na spletni strani Agencije za javno informiranje in evidence o poslovnih subjektih (86);
- podatkov o poslovanju lekarn s koncesijo za leto 2011 pridobljenih v agregirani obliki s strani Ministrstva za finance (87).

Pri pregledu tujih člankov smo upoštevali naslednje vključevalne kriterije:

- članki v povezavi z lekarniško storitvijo;
  - članki, ki v naslovu vsebujejo besedo analiza ali primerjava (angl. analysis or comparison);
  - članki, ki se nanašajo na splošni opis kognitivnih storitev lekarniških farmacevtov;
- in naslednje izključitvene kriterije:
- članki v povezavi z boleznijo;
  - članki v povezavi z reimbursement listo, listo zamenljivih zdravil, doplačilom, cenovno elastičnostjo;
  - članki v povezavi s farmakoekonomsko študijo;
  - članki, kjer povzetka ni na voljo;
  - članki v povezavi z adherenco, komplianco in farmakopejo,
  - članki v povezavi z Medicare programom,
  - članki v povezavi z internetnimi lekarnami.

Začetni iskalni kriteriji so bili »pharmacy markup«, »pharmacy margin« in »pharmacy fee«. Pri slednjih je bilo na voljo 16, 141 in 2605 zadetkov. Za izbrani kriterij smo izbrali »pharmacy fee«, kjer smo dodali besedico »method«, da je bilo področje zadetkov

smiselno ožje. Vseh zadetkov je bilo tako na dan 19.5.2012 653. Glede na vključitvene in izključitvene kriterije je bilo izbranih 35 člankov. Člankom, ki so ustrezali kriterijem, smo smiselno dodali vse povezane članke. Pri dodatni literaturi smo upoštevali strokovne in izkustvene nasvete mentorja.

Poleg tega smo dodatno pregledali najsodobnejše knjige s področja upravljanja lekarn. S pomočjo spletne strani Amazon Books (88) smo z iskalnim kriterijem "pharmacy margin" in "pharmacy provision" izbrali 6 knjig in jih 5 tudi dejansko pregledali. Pri analiziranju zdravstvenih podatkov smo pregledali statistično podatkovno bazo OECD Health Data (36, 37).

Do rezultatov analize modelov plačevanja lekarniških storitev smo prišli v treh korakih:

- a) najprej smo primerjali modele plačevanja lekarniške dejavnosti v posameznih državah glede na variabilen in fiksen del plačila; analizirali smo podatke, dostopne v knjigi *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, OECD 2008 (24), jih posodobili in za vsako državo posebej ugotovili razmerje med variabilnim in fiksnim delom plačila;
- b) nato smo vsako vrsto modela plačevanja lekarniške dejavnosti analizirali z metodo primerjave »Pros« in »Cons« (89); ta metoda nam omogoča, da vsakemu modelu pripišemo prednosti (Pros) in pomanjkljivosti (Cons), ki so prikazane na pregleden način s pomočjo preglednice; rezultate pregleda literature smo klasificirali glede na prednosti in slabosti posameznega modela;
- c) v nadaljevanju smo po metodi Boston Consulting Group (BCG) (89) vse modele primerjali s pomočjo matrične primerjave po treh vnaprej definiranih kriterijih (stopnja usmerjenosti k bolniku, stopnja kontrole nad stroški za delo lekarn in stopnja strokovne neodvisnosti lekarniškega farmacevta od cene zdravil); vsak kriterij smo definirali in rezultate za posamezen model razložili.

Pri pregledu modela plačevanja lekarniških storitev v Sloveniji smo opravili primerjavo med predpisi, ki so sprejeti v obliki zakonov in podzakonskih aktov in ukrepi, ki se izvajajo v praksi. Prikazali smo, katere vse dejavnosti so dovoljene oz. zahtevane s predpisi, po drugi strani pa smo pregledali seznam lekarniških storitev iz Zelene knjige (68), ki je osnova za dejansko izplačilo lekarnam. V preglednici smo tudi prikazali, kako se je seznam lekarniških storitev v Zeleni knjigi iz leta 1982 spremenil do leta 2012.

Pri obdelavi poslovnih izidov (86, 87) smo opravili primerjalno analizo poslovanja dveh organizacijskih oblik lekarn, ki so prisotne v Sloveniji, in sicer javnih lekarniških zavodov ter lekarn s koncesijo. Proučili smo leto 2011 v obsegu dostopnih podatkov. Za primerjavo smo uporabili standardne metode opisne statistike. Seznam lekarn smo pridobili s pomočjo spletne strani ZZZS-ja (61). Podatke za točen naziv, naslov, davčno številko in pravni status posamezne lekarne smo pridobili s pomočjo spletne strani PIRS-a (90). Primerjalna analiza se je nanašala na povprečni javni lekarniški zavod in povprečno lekarno s koncesijo.

Predlog izboljšane modela plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo je osnovan na treh temeljih:

- rezultatih primerjalnih analiz, ki smo jih v magistrski nalogi pripravili;
- japonskem model plačevanja lekarniške dejavnosti (91) in
- slovenski klasifikaciji težav povezanih z zdravili (19).

## 4. Rezultati

### 4.1. Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti

Primerjalna analiza je bila opravljena na dva načina. Najprej smo modele plačevanja lekarniške dejavnosti primerjali po državah. Nato smo vsaki vrsti modela pripisali prednosti (Pros) in pomanjkljivosti (Cons).

#### 4.1.1. Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti po državah

V Preglednici XV smo opisali modele plačevanja lekarniške dejavnosti v ključnih državah sveta. Za 31 držav sveta je predstavljen variabilen in/ali fiksni del plačila. Skoraj polovica (14) obravnavanih držav ima model plačila lekarniške dejavnosti v obliki lekarniške marže. Marže so fiksne, regresivne in tudi absolutno omejene navzgor. 14 obravnavanih držav ima kombinacijo lekarniške marže in fiksnega prispevka na recept oziroma na izdajo. Le 3 obravnavane države imajo predviden zgolj fiksni prispevek na recept oziroma izdajo (Slovenija, Japonska in Koreja). Iz preglednice je razvidno, da ima vsaka država svojstven model obračunavanja lekarniških storitev.

Preglednica XV: Lekarniška variabilna marža in fiksni prispevek za izbrane države

| Država     | Lekarniška marža  | Fiksni lekarniški prispevek; prispevek za izdajo, prispevek vezan na recept |
|------------|---|---|
| Avstralija | Regresivna maržna shema v razponu od 10% do 4%, najvišji možni znesek 40 AUD.   | 5,44 AUD.   |
| Avstrija   | Dve regresivni maržni shemi v razponu od 37% do 3,9%. Lekarniška marža za reimbursirana zdravila znatno nižja kot za ostala nereimbursirana zdravila. | 15% za privatne kupce. Se ne uporablja za shemo zdravstvenega zavarovanja.  |
| Belgija    | Fiksna marža v višini 31% veleddrogerijske cene, najvišji možni znesek 7,44 EUR.  | Ni na voljo.  |
| Kanada     | Odvisno od regije in plana za zdravila.   | Odvisno od regije in plana za zdravila.                                     |
| Češka      | V povprečju od 22% do 24%. Celotna marža v višini 29% se razporedi med veleddrogerijo in  | Ni na voljo.  |

|           |   |  |
|-----------|---|--|
|           | lekarno. Izbrana zdravila brez recepta se lahko prodajajo izven lekarne, kjer marža ni regulirana.  |  |
| Danska    | Nova shema (od 8.4.2007) znaša 8,8% nabavne cene plus fiksen dodatek.   | 1,24 EUR vključuje DDV, velja za vsa zdravila na recept.   |
| Finska    | Regresivna maržna shema, ki je odvisna od nabavne cene. Formula za izračun je $a \times \text{nabavna cena} + b$ . Od 12,5% do 50% od veletrgerijske cene (za leto 2000).   | Prispevek za izdajo zdravila v višini 0,42 EUR na recept.  |
| Francija  | Določena le za zdravila na recept. Regresivna marža se giblje od 26,1% do 6% od proizvajalčeve cene.  | Fiksni prispevek na škatlico za zdravila na recept v višini 0,53 EUR.  |
| Nemčija   | Do leta 2003: Fiksna marža 3% za POM zdravila. Regresivna maržna shema v kombinaciji deleža in fiksnega zneska za reimbursirana zdravila brez recepta. Delež se giblje od 68% do 8,26% veletrgerijske cene. Najvišji možni znesek je 118,24 EUR.<br>Od leta 2004: Fiksna marža spremenjena v fiksni variabilni del kot 2 EUR na škatlico. | Do leta 2003 za POM zdravila 8,10 EUR.<br>Od leta 2004 ostaja fiksni del usklajen na osnovi operativnih stroškov lekarn, ki se uskladi 1 krat letno.                                   |
| Grčija    | Fiksna marža v višini 35% veletrgerijske cene za vsa zdravila.  | Ni na voljo.   |
| Madžarska | Za vse farmacevtske izdelke se uporablja regresivna maržna shema, ki zajema delež in fiksen znesek. Deleži se gibljejo od 26% do 17% nabavne cene. Najvišja možna vrednost je 3,43 EUR.   | Ni na voljo.   |
| Islandija | Fiksna marža za POM, zdravila brez recepta pa so ne-regulirana.   | Ni na voljo.   |
| Irska     | Marža odvisno od sheme zavarovanja pacienta: shema GMS je 0%, shema DP in LTI pa 20%.   | Fiksni prispevek za izdajo zdravila je odvisen od sheme zavarovanja pacienta: shema GMS je 3,26 EUR, in je od leta 2009 regresivna nad določno število izdaj; shema DP in LTI pa 2,86% |
| Italija   | Za reimbursirana zdravila 26,7%; regresivna zaradi NHS uradnega popusta v višini do 5%. Nereimbursirana zdravila ne-regulirana.   | Ni na voljo.   |

|                |   |  |
|----------------|---|--|
| Japonska       | Ni na voljo.  | Prispevek za izdajo zdravila je osnovan na podlagi točkovnika. Podroben opis slednjega je opredeljen v Preglednici 18.   |
| Koreja         | Uradno ni marže za POM, neuradno pa obstaja. Za zdravila brez recepta obstaja variabilna marža.   | Fiksen prispevek za management in administracijo v znesku 1252 KRW.<br>Prispevek za izdajo zdravil je plačan glede na shemo fiksnosti plus variabilni del glede na število dni recepta.                                      |
| Luksemburg     | 50,2%, če je prebivalec iz Belgije in 46,7%, če je iz Luksemburga .   | Ni na voljo.   |
| Mehika         | Ni določena.  | Ni določena.   |
| Nizozemska     | Poseben davek v višini 6,82% za zdravila reimbursirana na podlagi Medicine Pricing Act. Najvišji možni znesek je 6,8 EUR. Možnost pogajanja o bonusih in popustih z veletrgoerijo.  | Fiksni prispevek je odvisen od št. receptov, neodvisen od cene in znaša 6,10 EUR.<br>Plačnik zdravstvenih storitev upošteva povprečne prihodke zdravil brez recepta pri izračunu, usklajevanju vrednosti fiksnega prispevka. |
| Nova Zelandija | Velja za vse farmacevtske izdelke: 4%, če je cena manj kot 150 NZD in 5%, če je cena več kot 150 NZD.   | 5,16 NZD za večino farmacevtskih izdelkov (odstopanja so možna pri določenih skupinah farmacevtskih izdelkov).   |
| Norveška       | Določene so najvišje marže za vse farmacevtske izdelke. Če je nabavna cena manjša ali enaka 25 EUR je 8%, če je nabavna cena večja kot 25 EUR pa je 5%.   | 2,70 EUR   |
| Poljska        | Za reimbursirana zdravila obstaja regresivna shema s fiksnim in variabilnim delom. Marža znaša od 40% do 12%. Najvišji možni znesek je 12 PLN. Za nereimbursirana zdravila je marža ne-regulirana. V povprečju znaša 25%. | Ni na voljo.   |
| Portugal       | Za nereimbursirana zdravila 20% od cene na drobno brez DDV.<br>Za reimbursirana zdravila je od leta 2011 bil  | Glej lestvico pod maržni del, ki vsebuje tudi fiksnosti prispevek.   |

|              | <p>narejen prehod iz maržnega sistema plačevanja v kombinirani sistem, ki vključuje regresivno maržo in fiksni prispevek. Lestvica, ki velja od 2011 je:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Znesek v EUR</th> <th>Marža v %</th> <th>Fiksni prispevek v EUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; ali = 5</td> <td>27,90</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>5,01 - 7</td> <td>25,70</td> <td>0,11</td> </tr> <tr> <td>7,01 - 10</td> <td>24,40</td> <td>0,20</td> </tr> <tr> <td>10,01 - 20</td> <td>21,90</td> <td>0,45</td> </tr> <tr> <td>20,01 - 50</td> <td>18,40</td> <td>1,15</td> </tr> <tr> <td>&gt; 50</td> <td>-</td> <td>10,35</td> </tr> </tbody> </table> | Znesek v EUR  | Marža v % | Fiksni prispevek v EUR | < ali = 5 | 27,90 | - | 5,01 - 7 | 25,70 | 0,11 | 7,01 - 10 | 24,40 | 0,20 | 10,01 - 20 | 21,90 | 0,45 | 20,01 - 50 | 18,40 | 1,15 | > 50 | - | 10,35 |  |
|--------------|--|---|-----------|------------------------|-----------|-------|---|----------|-------|------|-----------|-------|------|------------|-------|------|------------|-------|------|------|---|-------|--|
| Znesek v EUR | Marža v %  | Fiksni prispevek v EUR  |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| < ali = 5    | 27,90  | -   |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| 5,01 - 7     | 25,70  | 0,11  |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| 7,01 - 10    | 24,40  | 0,20  |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| 10,01 - 20   | 21,90  | 0,45  |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| 20,01 - 50   | 18,40  | 1,15  |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| > 50         | -  | 10,35   |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| Slovaška     | <p>Določene so najvišje marže glede na vrsto farmacevtskega izdelka. Za reimbursirana in nereimbursirana zdravila na recept je 21%. Za zelo draga zdravila je 10% (več kot 250 SKK), 15% za zdravila brez recepta, 7% za cepiva in 10% za bolnišnična (ang. hospital only) zdravila.</p>   | <p>Prispevek vezan na recept v višini 5 SKK. 25% tega zneska obdrži lekarna, 75% zneska pa zavarovalnica.</p>   |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| Slovenija    |  | <p>Izdaja zdravila je opredeljena po točkovniku storitev kot fiksni znesek na recept. Vrednost točke 1.5.2012 je bila 3,02 EUR. Podrobno je način obračunavanja opredeljen v Poglavju 4.2</p> |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| Španija      | <p>27,9% za zdravila ki stanejo manj kot 89,62 EUR in fiksni znesek v višini 37,53 EUR za zdravila, ki presegajo vrednost 89,62 EUR.</p>   | <p>Ni na voljo.</p>   |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| Švedska      | <p>Za POM je uporabljena regresivna linearna marža v kombinaciji proporcionalnega deleža in fiksnega zneska. Najvišji možni znesek je 18 EUR.<br/>Maržo zdravil brez recepta določa Apoteket.</p>  | <p>Ni na voljo.</p>   |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |
| Švica        | <p>Marža je dogovorjena med veldrogerijo in lekarno. Uporabljena je regresivna linearna marža v kombinaciji proporcionalnega deleža in fiksnega zneska. Proporcionalni delež se giblje med 15% in 8% proizvajalčeve cene. Najvišji možni znesek je določen v višini 240 CHF.</p>   | <p>Lekarniške storitve plačane glede na prispevno shemo.</p>  |           |                        |           |       |   |          |       |      |           |       |      |            |       |      |            |       |      |      |   |       |  |



|                  |   |  |
|------------------|---|--|
|                  | Za zdravila brez recepta je dogovorjena distribucijska marža med veledrogerijo in lekarno.              |  |
| Turčija          | Regresivna marža od 25% do 10% nabavne cene.  | Ni na voljo.   |
| Velika Britanija | Lekarniška marža je definirana kot razlika med NHS reimbursirano ceno in dejansko nabavno ceno lekarne. | Lekarniški farmacevti prejmejo prispevek in dodatek v obliki pavšala za opravljene storitve.   |
| ZDA              | Ne-regulirane, v povprečju od 22% do 25%.   | Prispevek za kognitivne storitve glede na dolžino obiska (veljaven od 2006 dalje). Cena minute pa se razlikuje glede na zahtevnost bolnika (1USD, 2USD ali 3 USD na minuto). |

Vir: OECD 2008 (24), (izvirni viri za Avstrijo, Belgijo, Dansko, Finsko, Francijo, Grčijo, Madžarsko, Irsko, Norveško, Poljsko, Slovaško, Švedsko, Turčijo, Veliko Britanijo je Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Country Profiles, Inštitut za varovanje zdravja Avstrija 2007; za Kanado Paris et al. 2006; za Mehiko Moise et al. 2007; za Švico Paris et al. 2007; za Nemčijo, Italijo, Nizozemsko, Portugalsko in Španijo ÖBIG 2006; za Češko Praznovcova et al. 2003; za ZDA Danzon 1999; za Irsko Anell 2005; za Avstralijo Avstralski davčni urad 2007 in Medicare Avstralija 2007; za Novo Zelandijo Pharmac 2007, Evropska Komisija, [Http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/docs/tse/newzealand.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/docs/tse/newzealand.pdf), Ministrstvo za zdravje Velike Britanije 2002; za Luksemburg in VB Paterson et al. 2003) za Portugal dodatni vir Barros 2012 (72), (izvirni vir Legislative Decree 112/29.11.2011), za Nizozemsko dodaten vir Philipsen 2003 (92) in Philipsen 2002 (93), za Belgijo dodaten vir Philipsen 2003 (92), za Finsko dodaten vir Šlebinger et al. 2004 (94), za Irsko dodaten vir Kennaly et al. 2012 (95), za ZDA dodaten vir Zigone et al. 2007 (96), za Češko in Švedsko dodaten vir Davidova et al. 2008 (97), za Nemčijo dodaten vir Gobeht 2009 (98).

Japonski model plačevanja lekarniške storitve je zanimiv z vidika načina obračunavanja po točkovniku, kot ga uporabljamo v Sloveniji. Akaho et al. 2003 (91) so v študiji primerjali model plačevanja lekarniške storitve med Japonsko in ZDA. ZDA ima tipično maržni sistem z dodatkom za izdajo zdravila. Japonska pa uporablja podrobno razdelan točkovnik. Preden točkovnik predstavimo, je potrebno opozoriti, da je zgodovina razvoja lekarniške dejavnosti na Japonskem posebna. V zgodovini Japonske je imel zdravnik dvojno vlogo: zdravilo je lahko predpisal in ga izdal. Leta 1956 pa je bila vloga po zakonu ločena - znana kot Bungyo, vendar je še vedno dovoljevala izjeme. Razdelitev vloge pa je prinesla tudi prednosti za bolnika, saj je omogočila razvoj zdravstvenega profila bolnika. Lekarniški farmacevti so lahko na podlagi tega odkrili in preprečili različne težave povezane z zdravili. Razvoj vloge lekarniškega farmacevta kot člana zdravstvene skupine se je z leti

krepi in uveljavlja. Zdravniki pa vedno manj opravljajo dvojno vlogo. Z vidika organizacije dejavnosti pa na Japonskem obstajata dve vrsti lekarn: lekarna za zdravila na recept in lekarna za zdravila brez recepta. Le v posebnih primerih je kombinacija dovoljena. Lekarniški farmacevt pa lahko izda zdravila za največ 40 receptov. V primeru, da je število preseženo, je potrebno osebo dodatno zaposliti. Na vsakem receptu pa je lahko napisanih več zdravil. Število izdaj zdravil je primerjalno gledano z ZDA podobno (91).

Značilnost japonskega modela plačevanja lekarniških storitev je kompleksnost. Model vključuje elemente, kot so: dolžina terapije, frekvenco jemanja zdravila, farmacevtsko obliko, način aplikacije in vrsto farmacevtskih kognitivnih storitev. Plačilo izdaje zdravila je razdeljeno na tri dele kot prikazano v Preglednici XVI, Preglednici XVII in Preglednici XVIII (91):

- točkovnik za osnovno izdajo zdravila;
- točkovnik za elemente izdaje zdravil in dodatne storitve ob izdaji zdravil;
- točkovnik za FKS in storitve aplikacije zdravila.

Preglednica XVI: Osnovna izdaja zdravila na Japonskem

| Vrsta osnovne izdaje zdravila | Število točk | Število izdanih receptov na mesec | % vseh receptov določene bolnice |
|-------------------------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Ia                            | 49           | ≤4000                             | ≤70                              |
| Ib                            | 44           | <4000                             | ≤70                              |
| IIa'                          | 39           | med 600 in 4000                   | >70                              |
| IIa''                         | 44           | ≤600                              | >70                              |
| IIb                           | 21           | >4000                             | >70                              |

Vir: Akaho et al. 2003 (91).

Preglednica XVII: Točkovnik za elemente izdaje zdravil in dodatne storitve izdaje zdravil na Japonskem

| Elementi izdaje zdravila   |                      |                |
|--|----------------------|----------------|
| Farmacevtska oblika  | Enota preračunavanja | Število točk   |
| 1. Per os (tudi za primer, ko je režim odmerjanja enak za več zdravil) |                      |                |
|  | A. ≤ 14 dni:         |                |
|  | 1. od 1 do 7 dni     | 5 točk na dan  |
|  | 2. od 8 do 14 dni    | 4 točke na dan |

|  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
|  | B. $\geq 15$ dni in $\leq 21$ dni | 70  |
|  | C. $\geq 22$ dni in $\leq 30$ dni | 80  |
|  | D. $\geq 31$ dni in $\leq 60$ dni | 90  |
|  | E. $\geq 61$ dni                  | 95  |
| 2. Per os po potrebi   | na recept                         | 21  |
| 3. Injekcija   | na recept                         | 26  |
| 4. Dermalna  | na recept                         | 10  |
| <b>Dodatne storitve izdaje</b>   |                                   |   |
| 1. Izdaja narkotikov   |                                   | 70  |
| Antipsihotiki, amfetamini, stimulant, zdravila z letalnim odmerkom $\geq 20$ mg/kg |                                   | 8   |
| 2. Priprava enostavnih magistralnih pripravkov:                                    |                                   |   |
| Raztopina  |                                   | 30 (odrasli)<br>50 (otroci)                                 |
| Očesne kapljice  |                                   | 75  |
| Krema  |                                   | 90  |
| 3. Priprava zahtevnejših magistralnih pripravkov                                   |                                   | 35 (raztopina)<br>45 (praški,<br>granulacije)<br>80 (kreme) |
| 4. Priprava steriliziranih izdelkov (iv)   |                                   | 40  |
| 5. Izdaja izven delovnega časa   |                                   | +10% na osnovno<br>izdajo                                   |
| 6. Izdaja ob nedeljah in praznikih   |                                   | +14% na osnovno<br>izdajo                                   |
| 7. Izdaja med 22:00 in 6:00 uro  |                                   | +20% na osnovno<br>izdajo                                   |

Vir: Akaho et al. 2003 (91).

Preglednica XVIII: Točkovnik za farmacevtske kognitivne storitve in storitve aplikacije zdravila na Japonskem

| Vrsta storitve  | Število točk na recept |
|---|------------------------|
| A. Bolnikovo preteklo zdravstveno stanje in svetovanje:   | 17                     |
| 1. Ocena lekarniškega farmacevta glede bolnikove adherence in svetovanje glede zdravila                       | 30                     |
| 2. Ocena lekarniškega farmacevta glede bolnikove adherence in svetovanje glede zdravila drugič v istem mesecu | 25                     |
| 3. Izobraževanje o aplikaciji in svetovanje glede narkotikov  | 5                      |
| 4. Posvetovanje z zdravnikom glede podvojene terapije, interakcije med zdravili in                            |                        |

|  |     |
|--|-----|
| zamenjave recepta  | 20  |
| 5. Posvetovanje z zdravnikom glede podvojene terapije, interakcije med zdravili brez zamenjave recepta                                       | 10  |
| <b>B. Informacija o zdravilu</b>   |     |
| 1. Informacija o zdravilu 1 (vpis režim jemanja zdravila v bolnikovo kartoteko in pacientu, podrobne informacije o interakciji niso vpisane) | 15  |
| 2. Informacija o zdravilu 2 (vpis režima jemanja zdravila v bolnikovo kartoteko in pacientu, podrobne informacije o interakciji so vpisane)  | 10  |
| <b>C. Kronična terapija (zdravljenje z zdravilom traja vsaj 14 dni)</b>  |     |
| 1. Informacija o zdravilu za kronično terapijo 1 (informacija o režimu jemanja zdravila na bolnikovo zahtevo)                                | 15  |
| 2. Informacija o zdravilu za kronično terapijo 2 (informacija o režimu jemanja zdravila na bolnikovo zahtevo drugič za isto zdravilo)        | 25  |
| <b>D. Informacija o kvaliteti zdravila (menjava z generičnim ekvivalentom na zahtevo bolnika)</b>  | 10  |
| <b>E. Svetovanje na domu</b>   |     |
| 1. Prvič v mesecu  | 500 |
| 2. Drugič in vse naslednje ponovitve v mesecu  | 300 |

Vir: Akaho et al. 2003 (91).

#### **4.1.2. Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti s pomočjo metode "Pros" in "Cons"**

Vsakemu modelu plačevanja lekarniške dejavnosti smo s pomočjo pregleda literature določili prednosti (Pros) in pomanjkljivosti (Cons). Analiza prednosti in pomanjkljivosti se običajno uporablja za analizo notranjega okolja podjetja (89). Rezultati analize so prikazani v Preglednici XIX. Rezultati predstavljajo argumente za razvrščanje modelov v prirejeno BCG matriko. Vsak model ima svoje prednosti in pomanjkljivosti, dodali smo pa tudi dodatni kriterij uporabnost, da lahko vidimo v kolikšni meri je model aplikativen v praksi.

Preglednica XIX: Prednosti in pomanjkljivosti posameznih modelov plačevanja lekarniške storitve

| Model plačevanja lekarniške dejavnosti | Prednosti  | Pomanjkljivosti  | Uporabnost  |
|--|--|--|---|
| Ne-regulirana marža oziroma metoda     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• konkurenca glede pogajanja o maržah s strani tretje osebe;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pritisk na lekarne lahko vodi v slabšo oskrbo trga z</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• najnižja marža ni nujno zagotovljena,</li> </ul> |

|                            |  |   |  |
|----------------------------|--|---|--|
| pogajanja o marži          |  | zdravili, tudi nujno potrebnih in dragih;   | ker je odvisna od pogajalske moči udeležencev; <ul style="list-style-type: none"> <li>• regulativa lahko določi obvezno oskrbo z zdravili;</li> <li>• maržni model ni primeren za obvladovanje stroškov nacionalnih zdravstvenih sistemov.</li> </ul>  |
| Fiksna marža               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• upošteva aktivnosti poslovanja - kot so: nabava, shranjevanje in prodaja;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pogajanja lekarn z veledrogerijami ne prispeva k večji koristi za bolnika, kar nekatere države uravnavajo s posebnim davkom imenovanim clawback;</li> <li>• nizkocenovni izdelki prinašajo malo prihodkov, visokocenovni pa veliko. Lekarniški farmacevt ima lahko finančno stimulacijo izdajati visoko-cenovne izdelke, razen če se nizkocenovni izdelki izdajajo v veliki količini in je možno prejeti popust s strani veledrogerije.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• za države z ne-reguliranim trgom lekarniške dejavnosti;</li> <li>• za ne-regulirane marže zdravil brez recepta, saj trg bolj jasno določi maržo kot pri zdravilih na recept;</li> <li>• maržni model ni primeren za obvladovanje stroškov nacionalnih zdravstvenih sistemov.</li> </ul>                     |
| Regresivna maržna lestvica | <ul style="list-style-type: none"> <li>• za lekarno je manj privlačno razlikovati med prodajo dragih in cenejših zdravil;</li> <li>• zagotovitev izdaje najbolj učinkovitih zdravil (čeprav je zanje cena običajno visoka);</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zagotovitev oskrbe zdravil z zelo visoko ceno, saj jih lekarne ne želijo imeti na zalogi;</li> <li>• menjava pakiranja s strani proizvajalca z vidika trženja, da ni penaliziran za višjo ceno;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• lestvica je zelo različna med državami, ki ta model uporabljajo;</li> <li>• s strani vlade je uporabna pri reorganizaciji s ciljem obvladovati stroške;</li> <li>• regulativa o obvezni oskrbi trga z nujnimi zdravili;</li> <li>• maržni model ni primeren za obvladovanje stroškov nacionalnih</li> </ul> |

|  |  |   | zdravstvenih sistemov.  |
|--|--|---|---|
| Regresivna maržna lestvica z maksimalnim zneskom | <ul style="list-style-type: none"> <li>• za lekarno je manj privlačno razlikovati med prodajo dragih in cenejših zdravil;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zdravila visokega cenovnega razreda so še manj privlačna kakor le pri regresivni lestvici, odvisno od postavljenega najvišjega zneska;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• s strani vlade je uporabna pri reorganizaciji s ciljem obvladovati stroške kot prehodni model;</li> <li>• maržni model ni primeren za obvladovanje stroškov nacionalnih zdravstvenih sistemov.</li> </ul>  |
| Prispevek glede na bolnika                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• znesek za lekarno neodvisen od cene zdravil;</li> <li>• višja motivacija za lekarno obstaja, saj je plačilo odvisno od lojalnosti bolnikov;</li> <li>• primerno za vrednotenje kognitivnih storitev;</li> <li>• lekarniški farmacevt dobro pozna bolnika in njegovo preteklo zdravstveno stanje;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zagotoviti je potrebno, da lekarne ne dodajo dodatne marže na končno ceno zdravila;</li> <li>• v primeru, da ni časovne omejitve na bolnika obstaja tveganje, da bo lekarniški farmacevt posvetil manj časa posameznemu pacientu, saj je plačan le od števila bolnikov;</li> <li>• obvezna vezava bolnika na eno lekarno;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• celotni znesek za lekarno, je lahko omejen degresivno glede na število bolnikov;</li> <li>• v primeru lekarniške verige so lahko podatki o bolniku dostopni vsem lekarnam znotraj verige;</li> <li>• predpogoj ustanovitve je podatkovna baza s podatki o bolnikih.</li> </ul> |
| Prispevek glede na recept + točkovnik storitev   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• znesek za lekarno neodvisen od cene zdravil;</li> <li>• razlikovanje med različnimi vrstami storitev, tudi kognitivne storitve;</li> <li>• spodbuja strokovno vlogo lekarniškega farmacevta;</li> <li>• učinkovit mehanizem pritiska na zmanjšanje stroškov financiranja lekarniške dejavnosti;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• kompleksno strukturirane sisteme je težko kontrolirati;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• primeren za vrednotenje kognitivnih storitev;</li> <li>• v strategiji in razvojnih usmeritvah zdravstvenega sistema v Sloveniji je bilo leta 2000 ugotovljeno, da predstavlja sistem dobro ureditev.</li> </ul>  |
| Kombinirani model z maržnim in fiksnim delom     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• model motivira lekarne v doseganju finančnega rezultata, ker je odvisen od količine in od cene zdravil, poudarja pa tudi strokovno vlogo lekarniškega farmacevta;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• storitve morajo biti pravilno ovrednotene, v nasprotnem primeru je model nestimulativen;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• v primeru, da imajo lekarne možnost pogajanja o marži, je problem dodatne koristi za bolnika spet prisoten, ker so popusti</li> </ul>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• za lekarno je manj privlačno razlikovati med prodajo dragih in cenejših zdravil v primeru, da je v kombiniranem sistemu uporabljena regresivna maržna lestvica;</li> </ul>   |  | <p>lahko dani na različne načine;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• primeren kot prehodni model od modelov vezanih na proizvod do storitvenih modelov.</li> </ul> |
| Kombinirani model z variabilnim in fiksnim delom | <ul style="list-style-type: none"> <li>• model je neodvisen od cene zdravil, ker je lekarniška marža izražena v fiksnem znesku na škatlico;</li> <li>• model predvideva učinkovitost poslovanja, ker je plačilo vezano le na opravljeno storitev;</li> <li>• model omogoča v fiksnem znesku kritje operativnih stroškov;</li> <li>• prioriteta lekarniško svetovanje je neodvisno od cene zdravil;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• neposredno ne vključuje storitve vezane na svetovanje bolniku;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• veljavni nemški model.</li> </ul>   |

Vir: Podboršek 2010 (70), Huttin 1996 (71), Kogovšek Vidmar 2000 (43), Goebrecht 2009 (98), Ovin et al. 2004 (99).

#### **4.1.3. Prirejena matrika BCG za modele plačevanja lekarniške dejavnosti**

Boston Consulting Group (BCG), podjetje za svetovalno dejavnost, je razvilo matriko rast/tržni delež. Na abscisi merimo relativni tržni delež, na ordinati pa stopnjo rasti trga. Večja kot je rast trga in hkrati višji kot je tržni delež, bolje je pozicionirana dejavnost. Matrika je razdeljena na štiri polja. Glede na pozicijo, ki jo zaseda lahko vsaki dejavnosti pripišemo določene lastnosti (89). To osnovno metodo smo za namen magistrske naloge uporabili za primerjavo modelov plačevanja lekarniške dejavnosti.

Primerjalne kriterije med modeli plačevanja lekarniške dejavnosti smo določili kot:

- stopnjo strokovne neodvisnosti od cene zdravil;
- stopnjo kontrole nad stroški za delo lekarn in
- stopnjo usmerjenosti k bolniku.

Stopnjo strokovne neodvisnosti smo definirali kot neodvisnost strokovne presoje od cene zdravila. Strokovna presoja je vsekakor pri lekarniškem farmacevtu na prvem mestu. Pri pregledu prednosti in pomanjkljivosti posameznega modela smo ugotovili, da pri določenih modelih lahko obstaja nagnjenost k izdaji dražjih zdravil. Razlogi so lahko stimulacija k boljšemu poslovnemu izidu lekarn. Kriterij smo ovrednotili z 0 za nizko stopnjo strokovne neodvisnosti od cene zdravil. Z vrednostjo 1 pa smo ovrednotili stopnjo strokovne neodvisnosti, kjer vpliv cene zdravil pri modelu plačevanja lekarniške dejavnosti ni prisoten.

S kriterijem stopnja kontrole nad stroški za delo lekarn smo imeli v mislih kontrolo nad stroški z vidika države. Vrednost 0 so prejeli modeli, kjer državni vpliv ni prisoten. Vrednost 1 pa so prejeli modeli, kjer obstaja glede na primerjane modele najvišja kontrola z vidika države. Plačnik lekarniške dejavnosti lahko v tem primeru enostavno kontrolira višino odhodkov.

Kriterij stopnje usmerjenosti k bolniku pa smo vključili v primerjavo, ker so kognitivne lekarniške storitve pomembne za razvoj lekarniške dejavnosti. Vsak napreden model plačevanja lekarniške dejavnosti naj bi jih upošteval. Z vrednostjo 1 so ovrednoteni storitveni modeli, ki izrecno plačujejo kognitivne storitve. Z vrednostjo 0 so ovrednoteni modeli, ki izrecno ne plačujejo kognitivnih storitev ali so sami modeli vezani na proizvod.

V Preglednici XX so navedene ocene posameznih kriterijev za vse obravnavane modele plačevanja lekarniške dejavnosti. Vsak model je predstavljen s tremi vrednostmi, ki predstavljajo koordinate za prikaz modela v BCG matriki. Os x predstavlja vrednosti za kriterij strokovne neodvisnosti od cene zdravil. Os y pa predstavlja kriterij kontrole nad stroški za delo lekarn. Tretji kriterij pa predstavlja vrednosti, ki so v matriki prikazane s tankim ali odebeljenim krogom, odvisno od stopnje usmerjenosti k bolniku.

Modelu ne-regulirana marža smo pripisali vrednosti (0;0;0), ker je izračun marže osnovan na ceni zdravil; absolutno je stroške za delo lekarn težko obvladovati, ker se višina marže spreminja; sam model pa izrecno ne plačuje FKS. Model fiksne marže je ocenjen z vrednostmi (0,1; 0,1;0). Ta model je po rezultatih zelo podoben prvemu, vendar ima prvi dve vrednosti boljši, ker je maržni odstotek fiksen. Model regresivne maržne lestvice



(0,3;0,3;0) že upošteva višino cene zdravil. Absolutni zneski so tako bolj uravnoteženi. Model regresivne maržne lestvice z maksimalnim zneskom in vrednostmi (0,5;0,5;0), je še bolj restriktiven v izračunavanju glede na višino cene zdravil tako, da je najvišji absolutni možni znesek določen. Edini obravnavani model, ki izrecno vključuje FKS je model prispevek glede na bolnika. Model ima vrednosti (1;1;1), ker se pri izračunu ne upošteva kalkulacija cene zdravil, torej je neodvisen od cen zdravil. S tem je tudi kontrola nad stroški za delo lekarn omogočena, ker je prilagajanje vrednosti točke/prispevka možno s strani odločevalcev. Model prispevek na recept z vrednostmi (1;1;0) je podoben predhodnemu modelu, razlikuje se le potem, da izrecno ne vključuje FKS. Pri primerjavi sta predstavljena 2 kombinirana modela. Kombinirani model 1 je precej pogosto uporabljen med obravnavanimi državami, kombinirani model 2 pa je nemška posebnost. Kombinirani model 1 je vrednoten (0,3;0,8;0), ker uporablja kombinacijo regresivne maržne lestvice s fiksnim prispevkom na recept. Glede kriterija strokovne neodvisnosti od cene zdravil je podoben modelu regresivne maržne lestvice. Ker pa model vsebuje fiksn del, ki ga država lahko regulira, je kriterij kontrole nad stroški za delo lekarn precej višje razvrščen. Tudi ta model izrecno ne vključuje plačilo FKS. Kombinirani model 2 ima enake vrednosti kot model prispevek na recept, ker se vrednost variabilnega dela več ne izračunava na osnovi cene zdravil, ampak je osnova pokrivanje operativnih stroškov. V fiksnem delu pa ta model predvideva lekarniški pribitek, ki je izražen kot fiksna vrednost na recept. Celoten model omogoča kontrolo nad stroški za delo lekarn. Tudi ta model izrecno ne vključuje FKS.

Preglednica XX: Primerjava modelov plačevanja lekarniške storitve glede na kriterije neodvisnosti, kontrole stroškov za delo lekarn in glede na usmerjenost k bolniku

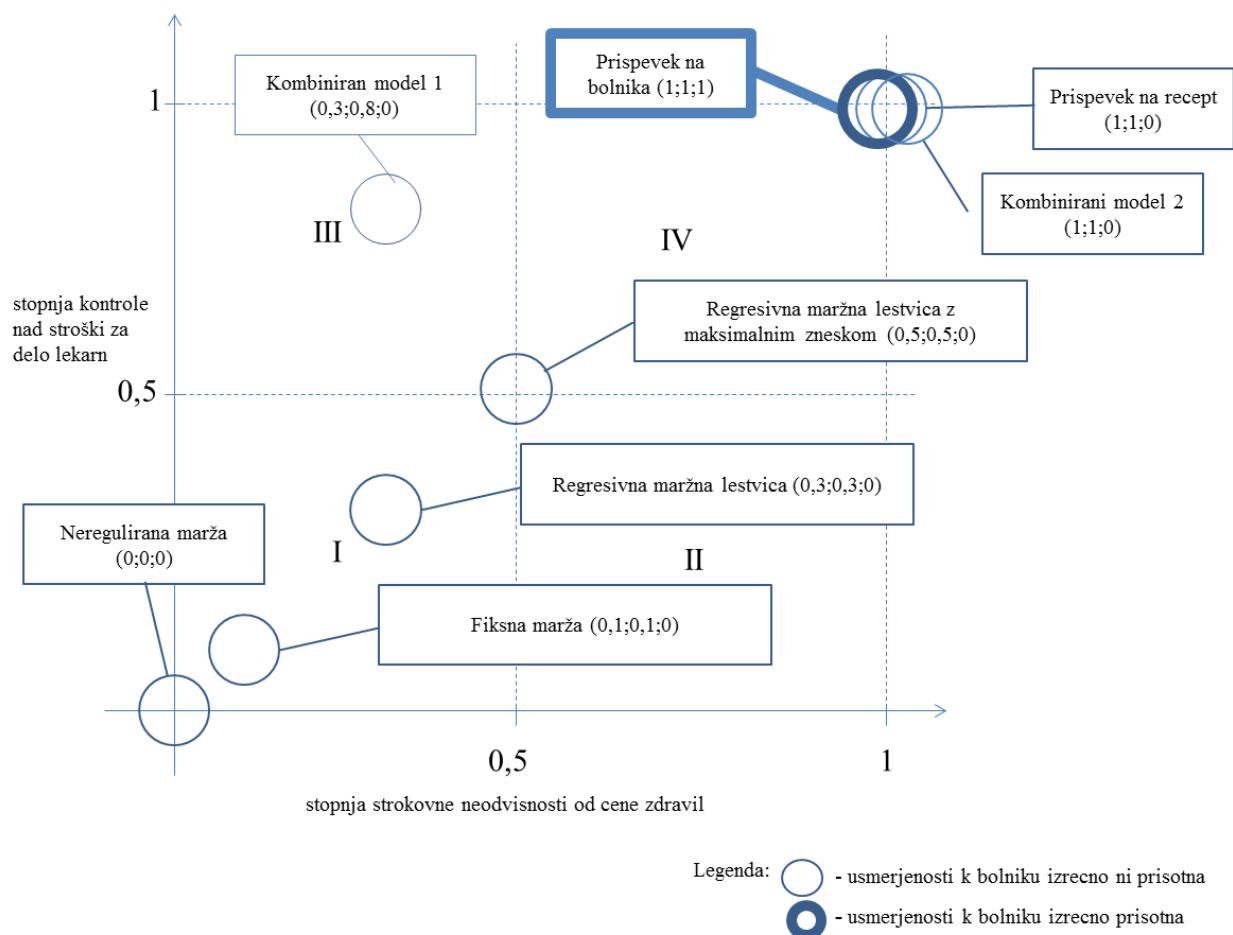
| Model plačila lekarniške dejavnosti              | Kriterij strokovne neodvisnosti od cene zdravil | Kriterij kontrole nad stroški za delo lekarn | Usmerjenost k bolniku |
|--|---|--|-----------------------|
| Ne-regulirana marža                              | 0   | 0  | 0                     |
| Fiksna marža                                     | 0,1   | 0,1  | 0                     |
| Regresivna maržna lestvica                       | 0,3   | 0,3  | 0                     |
| Regresivna maržna lestvica z maksimalnim zneskom | 0,5   | 0,5  | 0                     |
| Prispevek glede na bolnika                       | 1   | 1  | 1                     |
| Prispevek glede na recept                        | 1   | 1  | 0                     |

|                       |     |     |   |
|-----------------------|-----|-----|---|
| Kombinirani model 1*  | 0,3 | 0,8 | 0 |
| Kombinirani model 2** | 1   | 1   | 0 |

Legenda:

- \*Kombinirani model 1 pomeni plačilo lekarniške storitve del v obliki marže, del v obliki fiksnega prispevka na recept. Marža je osnovana na ceni farmacevtskega izdelka. Pri primerjavi smo upoštevali model, ki v fiksnem prispevku izrecno ne predvideva kritje FKS. Model uporablja večina obravnavanih držav.
- \*\*Kombinirani model 2 pomeni plačilo lekarniške storitve v obliki fiksnega in variabilnega dela. V tem modelu je variabilni del definiran kot fiksni znesek na recept. Model uporablja Nemčija (98).

Vse vrednosti smo vnesli v prirejeno matriko BCG in dobili rezultate kot na Sliki 13. Matrika je razdeljena na 4 polja. Polje I zajema rezultate z najmanjšo stopnjo kontrole nad stroški lekarn in najmanjšo stopnjo strokovne neodvisnosti od cene zdravil. Tukaj so razvrščeni modeli neregulirana marža, fiksna marža, regresivna marža. Izboljšanje stopnje zgolj strokovne neodvisnosti od cene zdravil pomeni premik v II kvadrant. Izboljšanje zgolj stopnje kontrole nad stroški za delo lekarn pa premik v III kvadrant. Predstavnik tega kvadranta je kombinirani model 1. Model regresivna maržna lestvica z maksimalnim zneskom pomeni prelomnico vseh štirih kvadrantov. Hkratno povečanje osi x in osi y pomeni premik v IV kvadrant in predstavljajo najboljše rezultate. Predstavniki so model prispevek na bolnika, model prispevek na recept in kombinirani model 2. Vsi trije modeli predstavljajo najboljšo izbiro glede na prva dva kriterija. Če upoštevamo še tretji kriterij, pa postane najprimernejši model prispevek na bolnika, ker izrecno upošteva izvajanje FKS.



Slika 13: Primerjava modelov plačevanja lekarniške dejavnosti s pomočjo prirejene BCG matrike

## 4.2 Pregled storitev, ki so vključene v model plačevanja lekarniških storitev v Sloveniji

Lekarniška dejavnost se v Sloveniji obračunava v skladu s seznamom v Preglednici XXI. Izvajalci poleg lekarniških storitev prejmejo tudi mesečni pavšal za opravljanje dežurstev in stalne pripravljenosti. Lekarne pa ZZZS-ju vzporedno obračunavajo zdravila, izdana na veljavni receptni obrazec ali na naročilnico za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke izdane na naročilnico (100).

OZZ in PZZ krijeta vročeno zdravilo, predpisano na recept ter lekarniške storitve skupaj z DDV-jem. Slednje predstavlja celotno vrednost recepta. ZZZS v določenem odstotku krije osnovno zdravstveno zavarovanje (OZZ), prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ) pa

je krito s strani Zavarovalnice Triglav, Adriatic-Slovenica in Vzajemne. OZZ krije le razvrščena zdravila. Odstotek je določen z zakonom, razvrstitvijo zdravila in načinom doplačila, ki ga označi zdravnik na veljavnem receptnem obrazcu (100).

Celotna vrednost recepta (CVRp) se izračunava po formuli (100):

$$CVRp = ((veleprodajna \text{ oz. nabavna lekarniška cena zdravil} * \text{število pakiranj}) + DDV) + ((\text{število točk} * \text{vrednost točke}) + DDV)$$

Storitev “izdaje zdravila na recept” vključuje vročitev zdravila in obdelavo recepta (100). Izdajo zdravila sme izvesti le pooblaščen oseba. Zdravila na posebni zdravniški recept in na posebno naročilnico sme izdati samo magister farmacije z opravljenim strokovnim izpitom. Zdravila, ki se izdajajo na recept, sme izdati magister farmacije in inženir farmacije z opravljenim strokovnim izpitom. Zdravila brez recepta, ki se izdajajo v lekarni, sme izdati magister farmacije in inženir farmacije z opravljenim strokovnim izpitom. Zdravila brez recepta, ki se izdajajo tako v lekarni kot specializirani prodajalni, sme izdati magister farmacije in inženir farmacije ter farmacevtski tehnik z opravljenim strokovnim izpitom (7).

Vrednost ene točke je po normativu ovrednotena s 5 minutami dela. Najpogostejše vrednotenje storitev s seznama šifranta lekarniških storitev prikazanega v Preglednici XXI, je obdelava recepta v višini 0,31 točke in vročitev v povprečju dveh škatlic zdravila, kar pomeni 2 x 0,16 točke. Skupaj v povprečju 0,63 točke, kar pomeni 3 minute in 9 sekund dela lekarniškega farmacevta (43).

Iz Preglednice XXI je razvidno, da plačilo FKS v modelu plačevanja lekarniških storitev v Sloveniji ni predvideno. Predvideno je zgolj navodilo bolniku za uporabo zdravila. Popoln seznam vseh lekarniških storitev se nahaja v Prilogi A.

Preglednica XXI: Delni seznam storitev za lekarno, ZZZS Šifrant-E Lekarne, V115E za leto 2012

| Šifra | Kratek opis       | Kadrovski normativ*  | Nor-mativ (min)      | Točke | Dolg opis   |
|-------|-------------------|----------------------|----------------------|-------|---|
| 70010 | Vročitev zdravila | 1 MF<br>1 IF<br>1 FT | 0,48<br>0,08<br>0,43 | 0,16  | Vročitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene je fizična predaja enega kosa zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, ki vključuje naročanje in prevzem zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, analizo, strokovno evidenco, shranjevanje, impliranje, kontrolo serije izdelave in datum zapadlosti, pripravo za izročitev in izročitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene. |
| 71010 | Obdelava recepta  | 1 MF<br>1 IF<br>1 FT | 0,82<br>0,18<br>1    | 0,31  | Obdelava recepta zajema pregled glave recepta in ordinacije, razvrstitev zdravil ali živil za posebne zdravstvene namene, <b>navodilo za uporabo zdravila</b> ali živila za posebne zdravstvene namene, vodenje evidenc in strokovno administrativna dela.  |

Legenda:\* MF-magister farmacije, IF-inženir farmacije, FT-farmaceutski tehnik.

Vir: ZZZS spletna stran 2012 (101).

V ozadju opredeljene točkovne vrednosti posamezne storitve iz šifranta je kadrovski in časovni normativ. Kadrovski normativ pa je ovrednoten glede na stopnjo izobrazbe. V Preglednici XXII in Preglednici XXIII je prikazan izračun dveh najbolj pogostih storitev v lekarni.

Preglednica XXII: Izračun vrednosti točke za vročitev zdravila\*

| Izobrazba         | Kadrovski normativ ovrednoten v točkah glede na izobrazbo | Časovni normativ v minutah | Izračun točkovnika za storitev vročitev zdravila ** |
|-------------------|---|----------------------------|---|
| Visoka izobrazba  | 1 Magister farmacije = 1                                  | 0,48                       | $0,48 / 5 \times 1 = 0,1$                           |
| Višja izobrazba   | 1 Inženir farmacije = 0,75                                | 0,08                       | $0,08 / 5 \times 0,75 = 0,01$                       |
| Srednja izobrazba | 1 Farmaceutski tehnik = 0,58                              | 0,43                       | $0,43 / 5 \times 0,58 = 0,05$                       |

|  |  |
|--|--|
|  | $\Sigma=0,16$ točke ali 48 sekund dela delovne skupine |
|--|--|

Vir: Ključevšek 2007 (102).

Opombi:

\*Visoka izobrazba s specializacijo je ovrednotena s faktorjem 1,15; nepopolna srednja izobrazba s faktorjem 0,46;

\*\*1 točka pomeni 5 minut dela.

Preglednica XXIII: Izračun vrednosti točke za obdelavo recepta\*

| Izobrazba         | Kadrovski normativ ovrednoten v točkah glede na izobrazbo | Časovni normativ v minutah | Izračun točkovnika za storitev obdelava recepta **                 |
|-------------------|---|----------------------------|--|
| Visoka izobrazba  | 1 Magister farmacije = 1                                  | 0,82                       | $0,82 / 5 \times 1 = 0,16$   |
| Višja izobrazba   | 1 Inženir farmacije = 0,75                                | 0,18                       | $0,18 / 5 \times 0,75 = 0,03$                                      |
| Srednja izobrazba | 1 Farmaceutski tehnik = 0,58                              | 1,00                       | $1,00 / 5 \times 0,58 = 0,12$                                      |
|                   |   |                            | $\Sigma=0,31$ točke ali 1 minuta in 33 sekund dela delovne skupine |

Vir: Ključevšek 2007 (102).

Opombi:

\*Visoka izobrazba s specializacijo je ovrednotena s faktorjem 1,15; nepopolna srednja izobrazba s faktorjem 0,46;

\*\*1 točka pomeni 5 minut dela.

Primerjava seznama lekarniških storitev iz leta 1982 z letom 2010 pokaže, da se seznam ni bistveno spremenil. Splošne šifre storitev so ostale nespremenjene, skupina šifer za izdelavo galenskih pripravkov več niso vključene v seznam. Šifri za vročitev zdravila in obdelavo recepta sta boljše specificirani. Novost pa je vključitev obnovljivega recepta. Primerjava seznama je prikazana v Preglednici XXIV. Celoten seznam iz leta 1982 se nahaja v Prilogi B.

Preglednica XXIV: Primerjava seznama lekarniških storitev iz leta 1982 z letom 2012

| Leto 1982 |  | Leto 2012            |                                       |
|-----------|--|----------------------|---------------------------------------|
| Šifra     | Storitev                                 | Šifra                | Storitev                              |
| 70010     | Vročitev in naročilnica (skupaj 1 šifra) | Šifre 70010 do 70018 | Podrobnejša specifikacija vročitve in |

|                                  |   |                                  |  |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--|
|                                  |   |                                  | dodatkov k vročitvi recepta, naročilnice ter vključitev vročitve obnovljivega recepta (skupaj 8 šifer)                             |
| 71010                            | Obdelava recepta (skupaj 1 šifra)               | Šifre od 71010 do 72020          | Podrobnejša specifikacija obdelave in dodatka k obdelavi recepta, naročilnice ter vključitev obnovljivega recepta (skupaj 4 šifer) |
| 7200(0); šifre od 72010 do 72270 | Izdelava magistralnih zdravil (skupaj 27 šifer) | 7200(0); šifre od 72010 do 72110 | Izdelava magistralno pripravljenih zdravil (skupaj 16 šifer)   |
| 7300(0); šifre od 73010 do 73361 | Izdelava galenskih pripravkov (skupaj 91 šifer) | Ni več na seznamu.               | Ni več na seznamu.   |

Vir: ZZZS spletna stran 2012 (101), Zdravstvena skupnost Slovenije 1982 (68).

Glede na Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti (9) se v lekarni lahko izvajajo naslednje strokovne naloge:

- nabava in izdaja zdravil za uporabo v humani medicini; farmacevtskih snovi; medicinskih pripomočkov; zdravil za uporabo v veterinarski medicini; sredstev za dezinfekcijo in dezinsekcijo; sredstev za nego in varovanje zdravja in drugih izdelkov; homeopatskih izdelkov;
- izdelava magistralnih pripravkov; magistralnih pripravkov iz citostatikov; magistralnih pripravkov iz radiofarmakov; magistralnih pripravkov za popolno parenteralno prehrano; parenteralnih pripravkov; sterilnih pripravkov; homeopatskih izdelkov; galenskih izdelkov; prečiščene vode;
- izdelava in priprava sredstev za nego in varovanje zdravja;
- vodenje predpisane dokumentacije; evidenc in nadzora nad zdravili za preizkušanje in za raziskovalne namene;
- kontrola kakovosti galenskih izdelkov in farmacevtskih snovi;
- preverjanje analiznih izvidov;
- nadzor zdravil na oddelkih bolnišnice;

- izvajanje svetovalne in strokovno informativne dejavnosti s področja uporabe zdravil in medicinskih pripomočkov ter sredstev za varovanje zdravja; farmacevtske skrbi; oskrbe bolnikov z zdravili in medicinskimi pripomočki ob odpustu iz bolnišnice; oskrbe bolnikov na domu z zdravili, ki se smejo uporabljati le v bolnišnicah; znanstveno in strokovno raziskovalnega dela;
- sodelovanje pri kliničnih študijah; v zdravniškem timu pri izbiri zdravil in medicinskih pripomočkov; v komisijah za zdravila in medicinske pripomočke v bolnišnicah;
- spremljanje neželenih škodljivih učinkov zdravil in medicinskih pripomočkov; uvajanja novih zdravil in predlaganje njihove uporabe.

V sami lekarni morajo biti prostori razporejeni in opremljeni tako, da zagotavljajo kakovostno delo v skladu z dobro lekarniško prakso. Lekarna mora imeti med ostalimi prostori tudi prostor za svetovanje. Minimalna velikost skupnih prostorov mora biti vsaj 40 m<sup>2</sup>, za lekarno z dvema izdajnim pultoma pa mora biti skupna površina vsaj 70 m<sup>2</sup> (9).

Model plačevanja lekarniških storitev v Sloveniji spodbuja izvajanje manj zahtevnejših in administrativnih del z manjšo dodano vrednostjo. Delovne naloge z višjo dodano vrednostjo se tako izvajajo v omejenem obsegu prostovoljno, v model plačevanja pa niso zajete (84).

Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (103) navaja, da lahko tako strokovna javnost za primer zdravil z receptom kot širša javnost za zdravila brez recepta poišče dodatno informacijo tako pri zdravniku kot farmacevtu. Pravilnik napeljuje na izvajanje storitev svetovanja z besedami:

- v 3. členu (103), kjer mora za strokovno javnost v zdravstveno usmerjeni in poljudno-znanstveni periodiki oglaševanje vsebovati stavek:  
 “Ministrstvo za zdravje opozarja, da besedilo obravnava zdravilo, ki se sme izdajati le na zdravniški recept. O primernosti zdravila za uporabo pri posameznem bolniku lahko presoja le pooblaščen zdravnik. Dodatne informacije dobite pri svojem zdravniku ali farmacevtu.”
- V 12. členu (103), kjer pa opredeljuje stavek, ki ga mora vsebovati oglaševanje širši javnosti:



“Pred uporabo natančno preberite navodilo! O tveganjih in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom.”

Bolniki od vseh zdravstvenih institucij najpogosteje obiskujejo lekarno. S tega vidika ima lekarniški farmacevt ključno vlogo pri stiku z bolnikom, v večini v zadnji fazi pred aplikacijo zdravila. Osnova za izvajanje farmacevtske skrbi je že postavljena (18). V lekarniški dejavnosti so storitve slabo definirane, kar vodi v neustrezno svetovanje pri izdaji zdravil (104). V študiji Tajnikar et al. 2006 (1) je kot del modela procesov predvideno svetovanje bolnikom ob izdaji zdravila (1).

Razvoj farmacevtske znanosti v Sloveniji poteka tako v praksi z uvedbo nosilcev razvoja novih kognitivnih storitev na primarni ravni - kot so: storitve farmacevtske skrbi, pregled farmakoterapije pri kombinaciji zdravil in drugimi potrošnimi dobrinami širše rabe, svetovanje pri samozdravljenju, farmakovigilanco, svetovanje zdravstvenim delavcem. Strokovna plat pa je podprta v okviru izobraževanja Fakultete za farmacijo, SFD, in LZS. Osnova za uvedbo novih storitev torej obstaja (84). S pomočjo ustreznega vrednotenja in integriranja novih kognitivnih storitev v obstoječi zdravstveni sistem, je lahko finančni rezultat boljši, kot bi bil vložek v popolnoma nov projekt v okviru zdravstva (84). Možna pa je tudi usmeritev v koncept izbrane lekarne, kjer individualna lekarniška obravnava omogoča spremljanje učinkov zdravljenja in učinkovitejše izvajanje farmakovigilance (84). Podatki o bolniku dostopni lekarniškemu farmacevtu in sodelovanje med zdravstvenimi sodelavci predstavlja predpogoj (50).

#### ***4.3 Primerjava poslovanja lekarniške dejavnosti javnih zavodov in lekarn s koncesijo***

V Zakonu o lekarniški dejavnosti (56) opredeljuje lekarniško dejavnost kot del zdravstvene dejavnosti, ki zagotavlja preskrbo prebivalstva, ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili. Lekarniško dejavnost opravljajo javni zavodi in na podlagi koncesije zasebniki. Koncesijo podeljuje občina na podlagi javnega razpisa.

Lekarna kot javni zavod je definirana v 5. členu Zakona o javnih financah (105) kot posredni proračunski uporabnik. ZZZZ kot neposredni uporabnik javnih sredstev. Lekarna s koncesijo pa predstavlja prejemnika proračunskih sredstev na podlagi pogodbe sklenjene

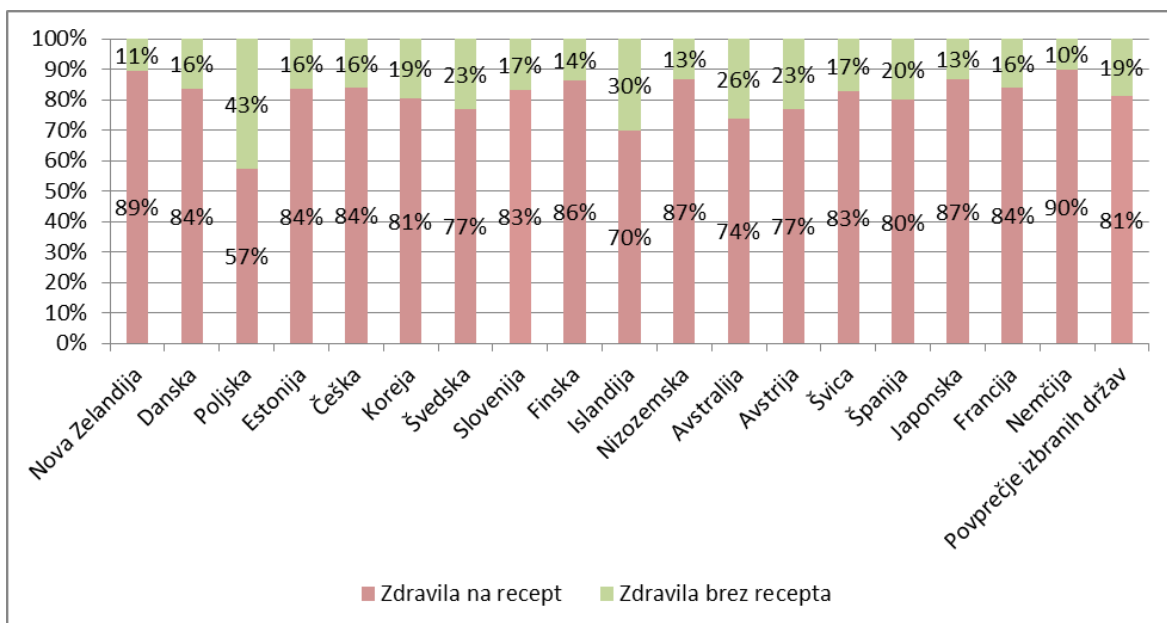
z neposrednim proračunskim uporabnikom. Tako neposredni kot posredni uporabniki morajo do 28. februarja za preteklo leto pripraviti poročilo o doseženih ciljih in rezultatih (105).

V študiji Tajnikar et al. 2006 (1) je bila podana ocena, ali so prihodki za izvajanje javne službe v lekarnah ustrezni za normalno poslovanje. Eno temeljnih načel sožitja javne službe in tržne dejavnosti je namreč nedovoljeno navzkrižno subvencioniranje oziroma se mora vsaka dejavnost financirati v takšnem obsegu, da omogoča neodvisen obstoj. Dejavnost za izvajanje javne službe pa bi v osnovi morala biti neprofitna. To pomeni, da ne omogoča posebnega presežka prihodkov nad odhodki v primeru pozitivnega rezultata, negativni rezultat pa naj ne bi bil prisoten (1).

Ministri držav članic EU so se na srečanju 24.5.2006 (106) posvetovali o naslednjem: “Dostopnost do varne zdravstvene oskrbe bi morala biti zagotovljena vsakemu državljanu. Med drugim je varovanje bolnika negativno odvisno tudi od vpletanja komercialnih elementov v zdravstveni sistem.”

Model financiranja lekarniške dejavnosti bi moral biti financiran v razumnem obsegu iz javnih sredstev. Usmerjanje financiranja lekarn v tržno dejavnost je v negativni povezavi z etiko farmacevtskega poklica (29).

Na Sliki 14 je prikazana razdelitev prodaje glede na zdravila na recept in zdravila brez recepta. Delež prodaje zdravil na recept je v povprečju izbranih držav 81% za leto 2009. Najvišjo vrednost dosega Nemčija z 90%, najnižjo pa Poljska s 57%. Slovenija se nahaja malo nad povprečjem s 83%.



Slika 14: Delež prodaje farmacevtskih izdelkov glede na zdravila z in zdravila brez recepta za leto 2009\* za izbrane države\*\*

Vir: Podatkovna baza OECD Library (37).

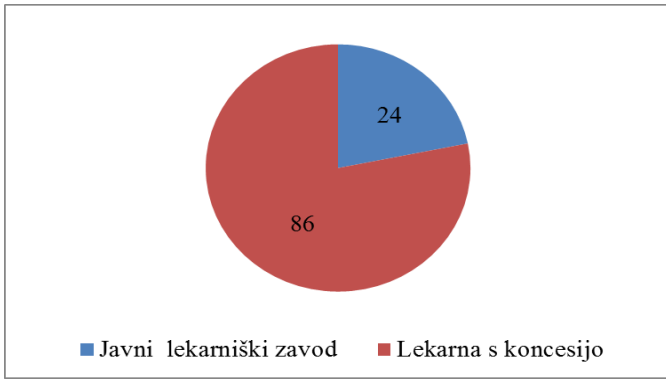
Opombe:

\*V državah, kjer podatka za 2009 ni bilo na voljo, je bil uporabljen zadnji podatek, ki je bil na voljo.

\*\*Države so bile izbrane glede na to, ali je bila delitev prodaja farmacevtskih izdelkov na voljo.

V Sloveniji položaj javnih lekarniških zavodov ni enak lekarnam s koncesijo, ker je ustanovitelj javnega zavoda občina, ki v zadnjem obdobju vpliva na upravljanje in strategijo razvoja (84). Lekarne so v začetku tega stoletja subvencionirale stroške za izvajanje javne službe s prodajo blaga in storitev na trgu (43).

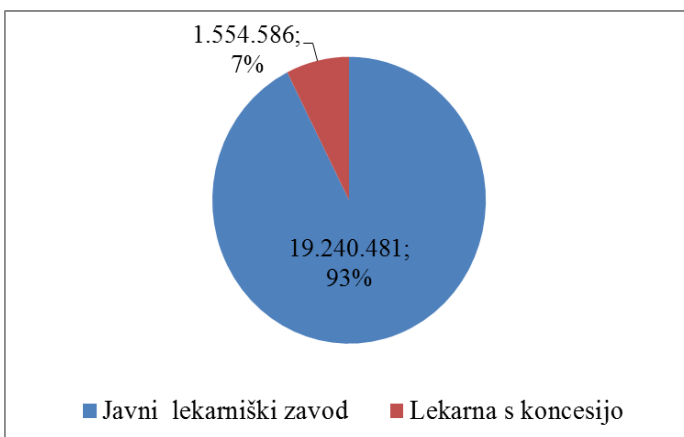
Analiza podatkov pridobljenih s strani AJPEs-a (86) in Ministrstva za finance (87) o poslovanju javnih lekarniških zavodov in lekarn s koncesijo za leto 2011 je predstavljena v nadaljevanju. V analizo je bilo vključenih 86 lekarn s koncesijo in 24 javnih lekarniških zavodov kot je prikazano na Sliki 15.



Slika 15: Število javnih lekarniških zavodov in lekarn s koncesijo v letu 2011, ki so vključeni v analizo

Vir: AJPES 2012 (86), PIRS 2012 (90).

Primerjava prihodkov na Sliki 16 je pokazala, da so v letu 2011 93% celotne prodaje v Sloveniji dosegli javni lekarniški zavodi.



Slika 16: Celotni prihodki ter deleži celotne prodaje v Sloveniji za javne lekarniške zavode in lekarn s koncesijo v letu 2011, ki so vključeni v analizo

Vir: AJPES 2012 (86), Ministrstvo za finance 2012 (87).

Pri primerjavi poslovanja med javnimi lekarniškimi zavodi in lekarnami s koncesijo pridemo do rezultata, da v povprečju delujeta v letu 2011 zelo podobno. Dobičkonosnost smo definirali kot presežek prihodkov nad odhodki v primerjavi s celotnimi prihodki. Rezultat za povprečni javni lekarniški zavod je 2%, za povprečno lekarno s koncesijo pa 3% dobičkonosnost za leto 2011, kot je prikazano v Preglednici XXV.

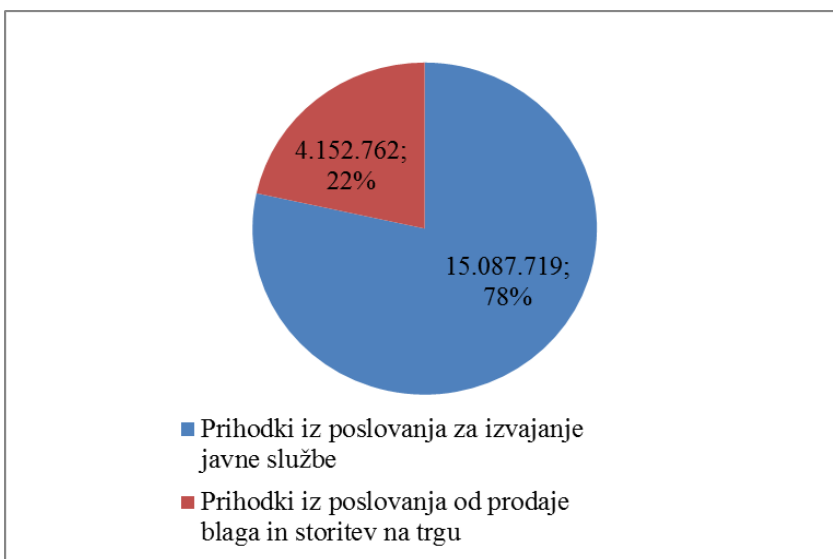
Preglednica XXV: Primerjava poslovanja za povprečni javni lekarniški zavod in povprečno lekarno s koncesijo za leto 2011

| <b>Poslovni podatki v EUR</b>  | <b>Povprečje na pravno osebo javni lekarniški zavod</b> | <b>Povprečje na pravno osebo lekarna s koncesijo</b> |
|--------------------------------|---|--|
| Celotni prihodki               | 19.240.481  | 1.554.586  |
| Celotni odhodki                | 18.868.252  | 1.500.674  |
| Presežek prihodkov nad odhodki | 372.229   | 53.912   |
| Dobičkonosnost                 | 2%  | 3%   |

Vir: AJ PES 2012 (86), Ministrstvo za finance 2012 (87).

Nadaljnjo analizo smo opravili glede na vrsto dejavnosti, ki jo javni lekarniški zavodi opravljajo. Podatke za lekarne s koncesijo nismo uspeli pridobiti, ker podatki niso bili javno dostopni. Na Sliki 17 je razvidno, da so javni lekarniški zavodi v letu 2011 78% svojih prihodkov pridobili z izvajanjem javne službe.

Dobičkonosnost posamezne vrste dejavnosti smo prikazali v Preglednici XXVI. Podatki za leto 2011 za javne lekarniške zavode kažejo, da je dobičkonosnost dejavnosti za izvajanje javne službe 0,2%. Dobičkonosnost za izvajanje dejavnosti prodaje blaga in storitev na trgu pa je za povprečni javni lekarniški zavod 8,4%.



Slika 17: Delež prodaje za izvajanje javne službe in prodaje blaga in storitev na trgu za povprečen javni lekarniški zavod v Sloveniji za leto 2011

Vir: AJPES 2012 (86).

Preglednica XXVI: Dobičkonosnost po vrstah dejavnosti za povprečni javni lekarniški zavod za leto 2011

| Poslovni podatki v EUR   | Izvajanje javne službe | Poslovanje od prodaje blaga in storitev na trgu |
|--|------------------------|---|
| Celotni prihodki za povprečni javni lekarniški zavod               | 15.087.719             | 4.152.762                                       |
| Celotni odhodki za povprečni javni lekarniški zavod                | 15.062.380             | 3.805.872                                       |
| Presežek prihodkov nad odhodki za povprečni javni lekarniški zavod | 25.338                 | 346.890   |
| Dobičkonosnost   | 0,2%                   | 8,4%  |

Vir: AJPES 2012 (86).

#### **4.4 Predlog sodobnega modela plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo**

Zdravljenje z zdravili ostaja v okviru javnega zdravstva kot predvideva Bismarkov model. Temelji kot so vzajemnost, solidarnost in socialna pravičnost (43) je potrebno upoštevati pri postavitvi modela plačevanja zdravstva in s tem modela plačevanja lekarniške dejavnosti. Iz tega sledi, da so vse storitve zajete v model plačevanja dostopne vsem

državljanom in financirane s pomočjo javnega zdravstva. Prosto oblikovanje cen na podlagi ponudbe in povpraševanja ne vodi v optimalni rezultat za vse državljane (23).

Dober model plačevanja lekarniške dejavnosti je finančno vzdržen glede na trende v zdravstvu. Model se prilagaja glede na bistvene spremembe v poslovanju lekarn. Model ni odvisen od cen zdravil in tako omogoča obvladovanje stroškov nacionalnih zdravstvenih sistemov. Dober model postavi interes bolnika na prvo mesto, kar pomeni, da mora usmerjati delovanje lekarne v zadovoljevanje bolnikovih potreb.

Predlog modela za Slovenijo sloni na zgledu Japonske, ki vključuje posebno preglednico s seznamom FKS. Za razvrstitev FKS pa smo uporabili tretji del slovenske klasifikacije težav povezanih z zdravili kot prikazani v Preglednici IV. Glede na način izvedbe FKS, pa smo vključili FKS ob izdaji zdravila na recept in FKS, ki ni vezan na proces izdaje. Predlog slovenskega modela plačevanja lekarniške dejavnosti tako vključuje dva seznama. Prvi seznam vključuje točkovnik storitev vezanih na izdajo zdravil in izdelavo magistralno pripravljenih zdravil prikazan v Preglednici XXVII. Drugi seznam pa prikazuje predlog točkovnika za FKS, ki niso vezane na izdajo zdravil. Slednji seznam je prikazan v Preglednici XXVIII. Obstoječemu točkovniku storitev smo dodali šifro 71030, ki predvideva svetovanje bolniku v zvezi z zdravilom. Predviden je 2,5 minute zelo kratek razgovor ali kratek 5 minutni razgovor. Storitve se izvede ob izdaji zdravila na recept pri blagajni in omogoča reševanje enostavnih primerov, kjer bolnik ne vidi potrebe po zasebnem prostoru. V primeru, da je rešitev problema zahtevnejša in/ali bolnik potrebuje zaseben razgovor se lekarniški farmacevt in bolnik dogovorita za termin svetovanja. Storitve svetovanja so v tem primeru ovrednotene kot v preglednici XXVIII.

Preglednica XXVII: Predlog točkovnika storitev vezanih na izdajo zdravil in izdelavo magistralno pripravljenih zdravil

| Šifra             | Kratek opis                      | Kadrovski normativ* | Normativ (min) | Točke |
|-------------------|----------------------------------|---------------------|----------------|-------|
| 70010             | Vročitev zdravila                | 1 MF                | 0,48           | 0,16  |
|                   |                                  | 1 IF                | 0,08           |       |
|                   |                                  | 1 FT                | 0,43           |       |
| od 70011 do 70018 | Dodatki k vročitvi nespremenjeni |                     |                |       |

|                     |   |                      |                   |                            |
|---------------------|---|----------------------|-------------------|----------------------------|
| <b>71010</b>        | Obdelava recepta                              | 1 MF<br>1 IF<br>1 FT | 0,82<br>0,18<br>1 | 0,31                       |
| <b>71011, 71012</b> | Dodatki k obdelavi recepta nespremenjeni      |                      |                   |                            |
| <b>71020</b>        | Obdelava naročilnice - vrstica                | 1 MF<br>1 FT         | 0,35<br>0,25      | 0,1                        |
| <b>71030</b>        | <b>Svetovanje bolniku v zvezi z zdravilom</b> | <b>1 MF</b>          | <b>Ponder 1</b>   | <b>Vrednost ponderja 1</b> |
| <b>72000</b>        | Izdelava magistralno pripravljenih zdravil    |                      |                   |                            |

Preglednica XXVIII: Predlog točkovnika farmacevtskih kognitivnih storitev, ki niso vezane na izdajo

| <b>Primarna domena</b>                       | <b>Koda</b> | <b>Intervencija</b>  | <b>Ponder</b> |
|--|-------------|--|---------------|
| I0 Brez intervencije                         | I0.0        | Brez intervencije.   | Ponder I0.0   |
| I1 Samostojna intervencija                   | I1.1.       | Napotitev pacienta k zdravniku.                                      | Ponder I1.1.  |
|  | I1.2        | Ukinitev zdravila. Navedi...   | Ponder I1.2   |
|  | I1.3        | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  | Ponder I1.3   |
|  | I1.4        | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             | Ponder I1.4   |
|  | I1.5        | Popravek režima zdravljenja z zdravilom. Navedi...                   | Ponder I1.5   |
|  | I1.6        | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila. Navedi...           | Ponder I1.6   |
|  | I1.7        | Popravek napake pri prehodni izdaji zdravila. Navedi...              | Ponder I1.7   |
|  | I1.8        | Popravek svetovanja o zdravilu. Navedi...                            | Ponder I1.8   |
|  | I1.9        | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... | Ponder I1.9   |
|  | I1.10       | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila. Navedi...            | Ponder I1.10  |
|  | I1.11       | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       | Ponder I1.11  |
|  | I1.12       | Obvestilo predpisovalcu.   | Ponder I1.12  |
| I2 Intervencija dogovorjena s predpisovalcem | I2.1        | Ukinitev zdravila. Navedi...   | Ponder I2.1   |
|  | I2.2        | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  | Ponder I2.2   |
|  | I2.3        | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             | Ponder I2.3   |
|  | I2.4        | Popravek režima zdravljenja z zdravilom.                             | Ponder I2.4   |



|   |      |  |             |
|---|------|--|-------------|
|   |      | Navedi...  |             |
|   | I2.5 | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila.<br>Navedi...        | Ponder I2.5 |
|   | I2.6 | Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju.<br>Navedi...         | Ponder I2.6 |
|   | I2.7 | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... | Ponder I2.7 |
|   | I2.8 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila.<br>Navedi...         | Ponder I2.8 |
|   | I2.9 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       | Ponder I2.9 |
| I3 Predlog intervencije, odločitev predpisovalca ni znana | I3.1 | Ukinitev zdravila. Navedi zdravilo...                                | Ponder I3.1 |
|   | I3.2 | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  | Ponder I3.2 |
|   | I3.3 | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             | Ponder I3.3 |
|   | I3.4 | Popravek režima zdravljenja z zdravilom.<br>Navedi...                | Ponder I3.4 |
|   | I3.5 | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila.<br>Navedi...        | Ponder I3.5 |
|   | I3.6 | Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju.<br>Navedi...         | Ponder I3.6 |
|   | I3.7 | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... | Ponder I3.7 |
|   | I3.8 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila.<br>Navedi...         | Ponder I3.8 |
|   | I3.9 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       | Ponder I3.9 |
| I4 Predlog intervencije, predpisovalec je ni sprejel      | I4.1 | Ukinitev zdravil. Navedi...  | Ponder I4.1 |
|   | I4.2 | Vpeljava novega zdravila. Navedi...                                  | Ponder I4.2 |
|   | I4.3 | Zamenjava farmacevtske oblike. Navedi...                             | Ponder I4.3 |
|   | I4.4 | Popravek režima zdravljenja z zdravilom.<br>Navedi...                | Ponder I4.4 |
|   | I4.5 | Popravek količine predpisanih pakiranj zdravila.<br>Navedi...        | Ponder I4.5 |
|   | I4.6 | Popravek svetovanja o zdravilu oz. zdravljenju.<br>Navedi...         | Ponder I4.6 |
|   | I4.7 | Svetovanje z namenom popravka neprimerne uporabe zdravila. Navedi... | Ponder I4.7 |
|   | I4.8 | Sprememba na nivoju izdelkov, ki niso zdravila.<br>Navedi...         | Ponder I4.8 |
|   | I4.9 | Spremljanje zdravljenja z zdravilom. Navedi...                       | Ponder I4.9 |

|                       |      |   |             |
|-----------------------|------|---|-------------|
| I5 Druga intervencija | I5.1 | Razjasnitev informacij s predpisovalcem.      | Ponder I5.1 |
|                       | I5.2 | Neželeni dogodek sporočen pristojnim organom. | Ponder I5.2 |
|                       | I5.3 | Druga intervencija. Navedi...                 | Ponder I5.3 |

Predlog posodobljenega modela lekarniške dejavnosti za Slovenijo je zgolj tehničen prikaz seznama FKS. Vsako FKS je potrebno še ustrezno ovrednotiti s primernim ponderjem.

Predlog posodobljenega modela lekarniške dejavnosti za Slovenijo predstavlja osnovo za pogajanja pri potrditvi Splošnega dogovora za lekarniško dejavnost, kjer se definirajo plani financiranja. Naloga Lekarniške zbornice Slovenije je, da zagovarja interese lekarniških farmacevtov, ki vidijo v izvajanju farmacevtskih kognitivnih storitev strokovno in odgovorno oskrbo bolnika. Skupaj s Slovenskim farmacevtskim društvom pa sodeluje pri reševanju farmacevtske problematike, ki je v neplačevanju FKS očitna.

V lekarni obstaja prostor namenjen FKS, lekarne ga želijo izvajati, bolniki si želijo strokovne in odgovorne oskrbe v obliki svetovanja. Naslednji korak je vključitev FKS v model plačevanja lekarniške dejavnosti. Vendar to ni končna rešitev. Za uspešno implementacijo FKS na podlagi Avstralske študije (15) bi v Sloveniji potrebovali še naslednje ključne dejavnike dobro sodelovanje med lekarniškim farmacevtom in zdravnikom, dobro komunikacijo ter timsko delo, podporo pri pogajanjih v pogodbah za izvajanje lekarniške dejavnosti.

#### **4.5 Predlog dizajna slovenske lekarne**

Dizajn slovenske lekarne bi moral odražati usmeritev in razvoj lekarniške dejavnosti. Prvi korak glede posodobitve dizajna je bil narejen s Pravilnikom za opravljanje lekarniške dejavnosti leta 2006 (9), ki vključuje prostor za svetovanje. Dizajn na Sliki 5 je dobra osnova za vključevanje FKS. Glede na Bismarkov model zdravstvenega sistema, pa je omejitev prostora za ne-farmacevtske izdelke nujna. Obiskovalcem lekarne ne morejo biti prioriteten predstavljene ne-farmacevtski izdelki. Ne-farmacevtski izdelki lekarni prinašajo dodatni zaslužek, vendar v skladu z etičnimi načeli stroke ne morejo slednje postaviti na prvo mesto. Strokovna oskrba bolnika bi morala biti v lekarni postavljena kot prioriteta. Da bi slednje izrazili v dizajnu, je nedopustno izkoristiti čas čakanja obiskovalca lekarne v vrsti za recept s predstavitvijo ne-farmacevtskih izdelkov na različnih sodobnih policah,

vrtljivih vozičkih ipd. tik pred ali ob čakajočem obiskovalcu lekarne. Omejitev prostora za ne-farmacevtske izdelke na tretjino prostora, ki je na voljo za predstavitev obiskovalcu lekarne bi odražalo trenutno poslovanje v lekarni. Ostale dve tretjine prostora, ki je na voljo obiskovalcu lekarne za predstavitev, pa bi lahko izkoristili za informacije o preventivi posamezne bolezni, zgodnjem odkrivanju bolezni in informacijah o zdravljenju z zdravili.

## **5. Razprava**

### **5.1 Omejitve pri izvedbi magistrskega dela**

Pri pregledu literature smo ugotovili, da v bazi Pub Med obstaja zelo malo člankov, ki bi v celoti obravnavali modele plačevanja lekarniške dejavnosti na primarnem nivoju. Uporabni članki so bili predvsem s področja novih kognitivnih storitev. Z mentorjevo usmeritvijo je bilo lažje najti domačo literaturo. Dodana vrednost so bili tudi povezani članki.

Pri pridobivanju podatkov o poslovanju lekarn smo naleteli na problem nedostopnosti podatkov za posamezne lekarne s koncesijo. Uspeli smo pridobiti agregirane podatke za prihodke in odhodke v letu 2011 za 86 lekarn s koncesijo. Izkazi uspeha razdeljeni na vrsto dejavnosti izvajanje javne službe, prodaja blaga in storitev na trgu, pa niso bili javno dostopni niti za posamezno lekarno s koncesijo, ne v agregirani obliki. V primeru, da bi te podatke pridobili, bi lahko opravili bolj podrobno primerjavo v poslovanju med povprečnim javnim lekarniškim zavodom in povprečno lekarno s koncesijo.

Cilj magistrske naloge je bil podati predlog sodobnega modela plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo. Predlog je bil sestavljen glede na izsledke magistrske naloge in vseh zbranih podatkov, ki so bili na voljo v danem trenutku. Z dodatnimi raziskavami področja, vprašalniki namenjeni lekarniškim farmacevtom, bi lahko prišli do še bolj uporabnega predloga. Tukaj vidimo možnosti za nadaljnje delo.

### **5.2 Najprimernejši sodobni model plačevanja lekarniške dejavnosti**

Na podlagi primerjalne analize modelov plačevanja lekarniške dejavnosti glede na variabilen in fiksen del plačila smo obravnavali 31 držav sveta. 14 držav ima obliko maržnega sistema, 14 držav obliko kombiniranega sistema, 3 države pa zgolj fiksen del plačila. Vsaka država ima svojstven model obračunavanja lekarniških storitev. Rezultat je v skladu s pričakovanji, saj smo pri pregledu literature ugotovili, da je rezultat stanja v zdravstvu zgodovinsko osnovan za vsako državo posebej. Spremembe v zdravstvu pa se razvijajo zelo počasi (3).

V skupino treh držav, ki imajo zgolj fiksen del plačila spadajo Slovenija, Koreja in Japonska. Glede na zelo ozko področje raziskovanja in slabo dostopnost literature, smo bili veseli, da je bil zelo podrobno opisan japonski model v članku Akaho et al. 2003 (91). Dodatno bi Japonsko lahko opredelili kot visoko razvito državo. Pri pregledu najsodobnejše zdravstvene statistike v Preglednici VII smo ugotovili, da za Japonsko velja pričakovana življenjska doba 83 let za leto 2010 (najdaljša med obravnavanimi državami). Kazalec število lekarniških farmacevtov na 1000 prebivalcev ima prav tako najvišje vrednostni 1,56. Zanimivost Japonske je tudi zgodovinska dvojna vloga zdravnika in lekarniškega farmacevta. Interakcija obeh strokovnih področij je pustila posledice v razumevanju potreb vsake storke posebej in medsebojnem povezovanju, kar se odraža v modelu plačevanja lekarniške dejavnosti.

Na podlagi primerjalne analize »Pros« in »Cons« vsake vrste modela plačevanja lekarniške storitve smo ugotovili, da modeli, ki vsebujejo maržo niso primerni za obvladovanje stroškov nacionalnih zdravstvenih sistemov. Rezultat se ujema s trendi v zdravstvu, ki zajemajo višanje stroškov zdravstva zaradi daljšanja življenjske dobe prebivalstva, spreminjanja demografske strukture prebivalstva v EU in znanstvenega napredka na področju sodobnih orodij zdravljenja. Zdravila in zdravljenje z zdravili tem trendom sledijo. Je pa iz modelov, ki vsebujejo maržo razvidno, da je z vsako bolj restriktivno obliko maržnega modela, poskus izločitve višine cene zdravila prisoten. Model prispevek glede na bolnika zajema vse kategorije sodobne vloge lekarniškega farmacevta. Model je neodvisen od cene zdravil. Lekarniški farmacevt pa je motiviran za bolnikovo lojalnost, kar predstavlja osnovo za uspešno sodelovanje pri odkrivanju in preprečevanju težav povezanih z zdravili. Model prispevek glede na recept je lahko podobno učinkovit, če vsebuje točkovnik za vrednotenje farmacevtskih kognitivnih storitev kot na primeru Japonske.

S pomočjo razvrščanja modelov glede na izbrani kriterije smo uspeli prikazati vse vrste modelov plačevanja lekarniške dejavnosti na eni sliki, Slika 13. Glede na kriterij strokovne neodvisnosti od cen zdravil, stopnje kontrole nad stroški za delo lekarn ter stopnjo usmerjenosti k bolniku, je bil najbolje razvrščen model prispevek glede na bolnika. Model prispevek na recept, bi se najboljšemu rezultatu pridružil, če bi vseboval vrednotenje

farmacevtskih kognitivnih storitev. Rezultati razvrstitve se ujemajo s sodobnimi trendi razvoja vloge lekarniškega farmacevta.

### **5.3 Prednosti in pomanjkljivosti slovenskega modela plačevanja lekarniške dejavnosti**

V Sloveniji se model plačevanja lekarniške dejavnosti od leta 1982 ni bistveno spreminjal. Pri primerjavi šifranta storitev iz leta 1982 in 2012 v Preglednici XXIV smo ugotovili, da se je število šifer z leti zmanjšalo. Zmanjšanje je bilo posledica razvoja farmacevtske panoge, ker so sedaj zdravila na voljo v lekarnah v že pripravljenih farmacevtskih oblikah. Del šifranta, ki obravnava izdajo zdravila, pa se je le malo prilagodil. Svetla izjema je vključitev obnovljivega recepta. Šifrant iz leta 2012 pa glede storitev svetovanja vključuje zgolj pregled navodila za uporabo zdravila, ki je vključen v šifro obdelava recepta. FKS v šifrantu niso predvidene.

Pri pregledu zakonodaje lekarniške dejavnosti smo ugotovili, da glede na Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti (9) v lekarni med drugim lahko opravljajo svetovalne in strokovno informativne dejavnosti s področja uporabe zdravil in medicinskih pripomočkov ter sredstev za varovanje zdravja. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (103) usmerja predpisovalce, da si pridobijo dodatne informacije o zdravilih na recept pri lekarniškem farmacevtu. Širšo javnost pa usmerja, da se lahko glede zdravila brez recepta posvetujejo tudi z lekarniškim farmacevtom. Trenutni model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji FKS ne predvideva, kar pomeni da niso plačane.

Lekarniški farmacevt je postavljen pred etično dilemo, saj njegovo strokovno delo temelji na kodeksu lekarniške deontologije (30), ki predvideva, da sme za svoje delo vzeti le pošteno plačilo. Kot član Slovenskega farmacevtskega društva, pa lekarniški farmacevt prisega na kodeks farmacevtske etike, da stroke ne bo žrtvoval dobičkarstvu. V skladu s tem postavlja bolnikovo korist na prvo mesto. Etična dilema nastane, ko lekarniški farmacevt zazna bolnikovo potrebo, jo zadovolji, vendar za opravljeno storitev ni plačan. Lekarniški farmacevt v javnem lekarniškem zavodu deluje v skladu s skupnimi načeli javnih uslužbencev, med drugimi v skladu z načelom strokovnosti, načelom častnega ravnanja, načelom odgovornosti za rezultate in načelom dobrega gospodarja, kot prikazano

v Preglednici VI. Etične dileme lekarniškega farmacevta obstajajo pri nefinanciranju izvajanja FKS (29). Zgleden primer je bolnik, ki pride v lekarno samo po nasvet glede stranskih učinkov zdravila na recept. Lekarniški farmacevt mu glede na kodeks farmacevtske etike ustreže, vendar plačila za storitev svetovanja lekarna ne bo dobila povrnjeno. V točkovniku storitev namreč storitev svetovanja glede informacij o zdravilih ni predvidena.

V primerjavi z EU se preračunana slovenska lekarniška marža giblje med 8% in 9% kot prikazano na Sliki 12. Podatek za leto 2009 za članice EFPIA prikazanim na Sliki 9, je 20,3%. To je približno 2,5 krat več kot velja za Slovenijo. Najsodobnejši podatek za Nemčijo za leto 2011, prikazan na Sliki 11, je 15,4% za lekarniško maržo. Ta podatek pa je približno 2 krat večji kot za Slovenijo.

Prednost slovenskega modela plačevanja lekarniške dejavnosti je v točkovniku storitev, ker je vrednost točke neodvisna od cene zdravil. Izračun in uskladitev vrednosti točke temelji na Splošnem dogovoru za lekarniško dejavnost. Vrednost točke se usklajuje za celotno dejavnost, če se spremenijo operativni stroški za lekarniško dejavnost, kot na primer plače.

Glavna pomanjkljivost slovenskega modela plačevanja lekarniške dejavnosti je, da ne predvideva plačevanja FKS. S tem model ne sledi trendom sodobnega razvoja lekarniške dejavnosti. Lekarniškem farmacevtu pa prepusti odločitev, ali bo ravnal etično in bolniku vseeno svetoval. FKS so potrebne zaradi obstoja težav povezanih z zdravili. V nemški raziskavi (20) je bilo ugotovljeno, da je pojavnost tovrstnih primerov približno 9 na teden na lekarno. Slovenska klasifikacija za težave povezane z zdravili obstaja. Upošteva vrsto težav povezanih z zdravili, dejavnike tveganja, intervencije in izide intervencij. Osnova za vrednotenje FKS obstaja. Na primarni ravni v Sloveniji pa se že uvajajo nove FKS kot na primer storitev pregleda uporabe zdravil, ki ga podpira Razširjen strokovni kolegij za lekarniško farmacijo.

Lekarniška mreža se je od ustanovitve Slovenije podvojila na približno 300 lekarniških enot. Javni lekarniški zavod in lekarna s koncesijo naj bi bili v enakovrednem položaju glede poslovanja. Pri pregledu poslovanja za javni lekarniški zavod in lekarno s koncesijo za leto 2011 smo ugotovili, da ne obstajajo bistvene razlike v rezultatih poslovanja.

Donosnost kot smo jo definirali je približno 2% za povprečni javni lekarniški zavod in 3% za povprečno lekarno s koncesijo. V začetku stoletja je študija narejena za potrebe LZS (1) pokazala, da je v lekarnah prisotno navzkrižno subvencioniranje dejavnosti. Vendar poslovni izidi za javne lekarniške zavode za leto 2011 tega ne potrjujejo. Možnost obstaja, da je navzkrižno subvencioniranje prisotno pri lekarnah s koncesijo, vendar za to nismo imeli dostopnih podatkov. Vsekakor pa je rezultat poslovanja pod pričakovanji. Če bi upoštevali, da za dejavnost prodaje blaga in storitev na trgu veljajo marže v višini od 20% do 30%, za dejavnost izvajanja javne službe pa 0%, bi glede na strukturo dejavnosti javnih lekarniških zavodov kot na Sliki 17 pričakovali dobičkonosnost v višini med 4,4% in 6,6%.

### **5.3.1 Težava z upravljanjem z zalogami v slovenskih lekarnah**

Poudariti moramo, da je upravljanje zalog v slovenskih lekarnah povezano z dodatnimi stroški, ki niso vključeni kot element za izračun lekarniške točke. Vzroke za težave z upravljanjem zalog zdravil v lekarni lahko opredelimo z naslednjimi točkami:

- zaloge je potrebno financirati po nabavni vrednosti, zdravila visokega cenovnega razreda pa predstavljajo finančno breme lekarne. Posledično visokocenovnih zdravil lekarne ne želijo imeti na zalogi;
- prilagoditev na novo nabavno vrednost zdravil je 14 dni, kar predstavlja negativni finančni vpliv za nekatere lekarne, kljub optimalnemu vodenju zalog;
- število različnih zdravil je vsako leto, mesec večji, za potrebe večjega obsega prostora v lekarni je potrebno zagotoviti dodaten prostor, ki predstavlja dodatni finančni strošek za lekarno (prostor za shranjevanje optimalne zaloge);
- stroški odpisa zaradi poškodbe, pretečenega roka so tudi prisotni v lekarniški dejavnosti.

Model lekarniške dejavnosti, ki najbolj ustreza poslovnim procesom v lekarni, in s tem upravljanja z zalogami so maržni modeli, ki so vezani na ceno zdravila. V tem primeru je kriterij poslovanja lekarne na prvem mestu. Slednji kriterij ni bil izbran za primerjavo modelov plačevanja lekarniške dejavnosti, ker smo dali prednost bolnikovim potrebam, strokovni neodvisnosti in nadzoru stroškov za delo lekarn z vidika države. Vsekakor pa naj bi vsak model plačila lekarniške dejavnosti omogočal povračilo operativnih stroškov poslovanja lekarne in s tem tudi upravljanja z zalogami.



## **5.4 Sodobni model plačevanja lekarniške dejavnosti za Slovenijo**

Model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji temelji na dostopnosti vsem državljanom in financiranja javnega zdravstva v skladu z Bismarkovim modelom. Dober model postavi interes bolnika na prvo mesto, kar pomeni da mora usmerjati delovanje lekarne v zadovoljevanje bolnikovih potreb, biti finančno vzdržen, se prilagajati glede na bistvene spremembe v poslovanju lekarn ter biti neodvisen od cen zdravil.

Predlog modela za Slovenijo sloni na zgledu Japonske, ki uporablja model točkovnika za različne vrste lekarniških storitev, vključno s FKS. Dodatni argument za primernost japonskega modela je, da zaseda Japonska prvo mesto po najsodobnejšem kazalcu zdravstvene statistike povprečna življenjska doba ob rojstvu s 83 leti. Zgodovinsko pa je dvojna vloga zdravnika in lekarniškega farmacevta postavila sistem lekarniških storitev, ki je prilagojen na potrebe predpisovalcev in lekarniških farmacevtov. Slovenski model smo tako po zgledu Japonske nadgradili z vključitvijo FKS točkovnika. Osnovo za razvrstitev FKS v točkovnik je bil tretji del slovenske klasifikacije težav povezanih z zdravili prikazan v Preglednici IV. Glede na način izvedbe FKS, pa smo vključili FKS ob izdaji zdravila na recept in FKS, ki ni vezan na proces izdaje. Predlog slovenskega modela plačevanja lekarniške dejavnosti tako vključuje dva seznama. Prvi seznam vključuje predlog točkovnika storitev vezanih na izdajo zdravil ter izdelavo magistralno pripravljenih zdravil prikazanega v Preglednici XXVII (nadgradnja obstoječega točkovnika). Drugi seznam pa vključuje predlog točkovnika za FKS, ki niso vezane na izdajo zdravil, prikazanega v Preglednici XXVIII (dodaten točkovnik). V predlog so vključeni le splošni ponderji. Primeren ponder je potrebno opredeliti s pomočjo nadaljnje raziskave. Najprej je potrebno izbrati primeren ponder, nato pa ga ovrednotiti. Izbira ponderja s pomočjo fokusne skupine vseh deležnikov v lekarniški dejavnosti bi lahko bila ena od metod. Izbira in vrednost ponderja pa bi se lahko opredelila s pomočjo pilotne raziskave v slovenskih izbranih lekarnah.

Predlog posodobljenega modela lekarniške dejavnosti za Slovenijo predstavlja osnovo za pogajanja LZS in SFD pri reševanju farmacevtske problematike. Vendar pa je vključitev FKS v model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji le eden od elementov razvoja lekarniške dejavnosti. Za dobro implementacijo FKS je osnova tudi dobro sodelovanje med

lekarniškim farmacevtom in zdravnikom, dobra komunikacija ter timsko delo, podpora izven lekarne pri pogajanjih o pogodbah za izvajanje lekarniške dejavnosti.

### ***5.5 Dizajn slovenske lekarne***

Predlagan dizajn vključuje prostor za izvajanje FKS. Dve tretjini lekarniškega prostora, ki je na voljo predstavitvi obiskovalcu, pa bi bilo na voljo predstavitvi FKS. Predlagan dizajn bi poudaril sodobno vlogo lekarniškega farmacevta, ga povezal z zdravnikom in izkoristil v polni meri strokovno znanje lekarniškega farmacevta. Motivacija za delo lekarniškega farmacevta pa bi se posledično dvignila. Etična dilema glede izvajanja FKS ne bi bila prisotna, k izvajanju FKS pa bi spodbujal tudi sam dizajn lekarne. Obiskovalec lekarne bi v lekarniškem farmacevtu videl bolj osebnega svetovalce kot prodajalca s strokovnim znanjem.

## 6. Sklep

Za namen priprave predloga sodobnega modela plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji, ki se v zadnjih tridesetih letih ni bistveno spreminjal, smo analizirali tuje modele in pregledali, kako deluje model plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji. Sodobni model naj bi vključeval razvojne trende lekarniške farmacije s spodbujanjem izvajanja FKS. Slednje pripomorejo k reševanju, odkrivanju in preprečevanju težav povezanih z zdravili.

Rezultati primerjalnih analiz so pokazali:

- med 31 izbranimi OECD državami ima skoraj polovica zgolj variabilen del plačila, 14 držav ima model plačevanja lekarniške dejavnosti v obliki kombinacije variabilnega in fiksnega dela, le 3 države Koreja, Japonska in Slovenija pa imajo predviden zgolj fiksni del plačila;
- vsaka vrsta modela plačevanja lekarniške dejavnosti ima svoje prednosti in slabosti;
- modeli primerjani s stopnjo strokovne neodvisnosti od cene zdravil, stopnjo kontrole nad stroški za delo lekarn ter glede na stopnjo usmerjenosti k bolniku so v prirejeni BCG matriki pokazali, da je najprimernejši model plačevanja lekarniške dejavnosti model s prispevkom glede na bolnika;
- podrobna obravnava japonskega modela je pokazala, da tudi zadostuje vsem trem kriterijem;
- slovenski modela plačevanja lekarniške dejavnosti ne vsebuje točkovnika za FKS;
- pregled poslovanja za leto 2011 glede na pravno organizacijsko obliko lekarne je pokazala, da se poslovanje povprečnega javnega lekarniškega zavoda bistveno ne razlikuje od povprečne lekarne s koncesijo.

Predlog izboljšave modela plačevanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji je prirejen po zgledu Japonske. Nadgradnja vključuje plačilo FKS z zdravilom na recept, ki se doda trenutnemu točkovniku lekarniških storitev. Za FKS brez zdravila, pa se doda nov točkovnik osnovan na tretjem delu slovenske klasifikacije težav povezanih z zdravili. Za razporeditev prostora v lekarni pa smo predlagali nov dizajn, ki poudarja usmeritev lekarne v izvajanje FKS.

Realizacija predloga na primarni ravni zdravstvene oskrbe bi zadovoljila potrebe bolnika, ki pričakuje univerzalni dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev, lekarniškemu farmacevtu pa omogočila vodenje zdravljenja z zdravili v smeri varnejše in učinkovitejše uporabe zdravil. Boljše izkoriščanje strokovnega farmacevtskega znanja pa bi posledično pozitivno vplivalo na dolgoročno racionalizacijo zdravstvenega sistema.

## 7. Literatura in viri

1. Tajnikar M, Pušnik K. Ocena stroškov poslovanja lekarn s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami v Sloveniji-razširjen povzetek. Študija, Inštitut za javni sektor za Lekarniško zbornico Slovenije, Ljubljana, junij 2006; 1-50.
2. Decision No 1350/2007/EC of the European parliament and of the council of 23.11.2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). Official Journal of European Union 20.11.2007; L301: 3-13.
3. Schoonveld E. The Price of Global Health: Drug Pricing Strategies to Balance Patient Access and the Funding of Innovation. Gower Publishing Limited, Anglija, 2011; 1-341.
4. Commission of the European communities. Together for Health: A strategic Approach for the EU 2018-2013, COM(2007) 630 final. White paper, Bruselj, 23.10.2007; 1-11.
5. Bečan D. Sistematičen pregled raziskav vrednotenja koristi klinične farmacije in farmacevtske skrbi. Diplomaska naloga, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za Farmacijo, Ljubljana 2012; 1-173.
6. Volkerink B, De Bas P, Van Gorp N, Philipsen N. Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies. Ecorys Nederland BV študija za Evropsko komisijo, Rotterdam, junij 2007; 1-84.
7. Pravilnik o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini. Uradni list 37, 5.5.2000; 4386-4391.
8. Nutescu EA, Klotz RS. Basic terminology in obtaining reimbursement for pharmacists' cognitive services. American Journal of Health-System Pharmacy januar 2007; 15, 64 (2): 186-92.
9. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. Uradni list 39, 13.4.2006; 4211-4219.
10. Otoničar N. Napake pri ravnanju z zdravili – vidik lekarniškega farmacevta. Magistrska naloga, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, Ljubljana, 2008; 1-105.
11. Zajec D. Lekarniški farmacevt lahko prepreči veliko napak. Delo, 21.9.2012.
12. Špringer J. Farmacevtska skrb kot celosten zdravstveni dogodek za posameznega bolnika. Specialistična naloga, Lekarniška zbornica Slovenije, Ljubljana, 2005; 1-124.

13. Pavšar H. Vrednotenje farmacevtske intervencije v okviru lekarniških storitev. Specialistična naloga, Lekarniška zbornica Slovenije, Maribor, 2009; 1-101.
14. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Heaton AH, Wadd WB, Hardie NA, Artz MB. Effects of collaborative drug therapy management on patients' perceptions of care and health-related quality of life. *Research in Social & Administrative Pharmacy* marec 2006; 2 (1): 129-142.
15. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy - quantification of facilitators. *The Annals of Pharmacotherapy*, junij 2008; 42 (6): 861-868.
16. Ignatov N. Napake pri ravnanju z zdravili. Specialistična naloga, Lekarniška zbornica Slovenije, Ljubljana, 2010; 1-99.
17. Kooy MJ, Dessing WS, Kroodsma EF, Smits SR, Fietje EH, Kruijtbosch M, De Smet PAGM. Frequency, nature and determinants of pharmaceutical consultations provided in private by Dutch community pharmacists. *Pharmacy World & Science*, april 2007; 29 (2): 81-89.
18. Tikvič U. Sistematičen pregled raziskav o težavah povezanih z zdravili v javnih lekarnah. Diplomaska naloga, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za Farmacijo, Ljubljana, 2012; 1-156.
19. Kos M. Klasifikacija težav povezanih z zdravili DRP-SLO-V1. Katedra za socialno farmacijo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo v sodelovanju s Pharmaceutical Care Network Europe, 25.12.2011; 1-4.
20. Hämmerlein A, Griese N, Schulz M. Survey of Drug-Related Problems Identified by Community Pharmacies. *The Annals of Pharmacotherapy*, november 2007; 41: 1825-1832.
21. Ess SM, Schneeweiss S, Szucs TD. European healthcare policies for controlling drug expenditure. *Pharmacoeconomics*, 2003; 21 (2): 89-103.
22. World Health Organization: *Drugs and Money*. IOS Press, Amsterdam, 2003; 1-152.
23. Kayne SB. *Pharmacy Business Management*. Pharmaceutical Press, London, 2005; 1-382.
24. Organization for Economic Cooperation and Development, OECD: *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2008; 1-215.

25. Vogler S, Arts D, Habl C. La officina de farmacia de Europa-Lecciones de la desregulacion–estudio de casos praticos. Študija, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitwesen, Dunaj, 2005; 1-184.
26. AMP Health Europe. EU finally accepts cannot remove local restrictions on pharmacy ownership. Health Business News for European Pharmaceutical Market, 30.11.2011. [Http://www.apmhealthurope.com/print\\_story.php?numero=26491](http://www.apmhealthurope.com/print_story.php?numero=26491); 30.11.2011.
27. Pharmaceutical Group of European Union. Ref 10.05.21E 002PR: European Court rejects European Commision’s Arguments on Pharmacy Establishment rules. PGEU Press Release 1.6.2010, 1 str. [Http://www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu), 12.6.2012.
28. Organization for Economic Cooperation and Development, OECD. Regulatory Reform in Ireland: Enhancing Market Openness trough Regulatory Reform. Organization for Economic Cooperation and Development, Paris, 2001; 1-51.
29. Podnar K. Etika farmacevtskega poklica. Moje zdravje 12.4.2011; 9-11.
30. Slovensko farmacevtsko društvo. Kodeks farmacevtske etike članov Slovenskega farmacevtskega društva. 25. skupščina Slovenskega farmacevtskega društva, 13.5.2000; 1-2. [Http://www.sfd.si/?viewPage=29](http://www.sfd.si/?viewPage=29), 6.6.2012.
31. Lekarniška zbornica Slovenije. Kodeks lekarniške deontologije. Ljubljana; 1-6. [Http://www.lzs.si](http://www.lzs.si), 6.6.2012.
32. Zakon o javnih uslužbencih (ZJU). Uradni list 56, 28.6.2002; 5851-5888.
33. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Coiuncil of 7<sup>th</sup> September 2005 on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union 30.9.2005; L 255: 22-142. E-priročnik: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/40004AB729CBFDAC1256D3500226AD2>, 31.5.2012.
34. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding Health Care: potions for Europe. European Observatory on Helath Care Systems Series, Open University Press, Buckingham 2002; 1-327.
35. Resolution AP (94) 1 on the rational use of medicines. Commitee of Ministers 10.10.1994; 1-2. [Http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=542621](http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=542621), 5.6.2012.
36. Organization for Economic Cooperation and Development ali OECD Health data 2011, OECD.StatExtracts, [Http://www.oecd.org](http://www.oecd.org), 25.7.2012.
37. Podatkovna baza OECD Library; <http://www.oecd-ilibrary.org>, 4.8.2012.
38. Barros PP. Pharmaceutical policies in European countries. Advances in Health Economics and Health Service Research 2010; 22: 3-27.

39. Mullins CD, Seal B, Seoane VE, Sankaranarayanan J, Asche CV, Jayadevappa R, Lee WC, Romanus DK, Wang J, Hay JW, Smeeding J. Good research practices for measuring drug costs in cost-effectiveness analyses: Medicare, Medicaid and other US government payers perspectives: the ISPOR Drug Cost Task Force report (Part IV). *Value in Health* januar-februar 2010; 13 (1): 18-24.
40. Albrecht T, Česen M, Hindl D, Jakubowski E, Kramberger B, Korstin PV, Premik M, Toth M. Health Care Systems in Transition: HIT Summary: Slovenia 2002. European Observatory on Health Care Systems, World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen; 1-10.  
[Http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries](http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries), 19.6.2012.
41. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. World Health Organisation regional publications, European Series 72, 1997; 1-321.  
[Http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies](http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies), 19.6.2012.
42. Stock SAK, Radaelli M, Lauterbach KW. Disease management and health care reforms in Germany-Does more competition lead to less solidarity? *Health Policy* 2007; 80 (1): 86-96.
43. Kogovšek Vidmar T. Položaj, vloga in smeri razvoja lekarniške farmacije v slovenskem zdravstvenem sistemu. Specialistična naloga, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, Ljubljana, oktober 2000; 1-104.
44. Pharmaceutical Group of European Union. Statement Ref 09.01.08E 01: Why Pharmacies Need Fully Qualified Pharmacists, Approved by the PGEU General Assembly on 10.3.2009. Bruselj, 1-5. [Http://www.pgeu.eu/](http://www.pgeu.eu/), 12.6.2012.
45. Pharmaceutical Group of European Union. Ref 12.05.07E 04PR: European Pharmacists Call on European Governments to Protect the Sustainability of the Community Pharmacy Network. PGEU Press Release 30.3.2012; 1-1. [Http://www.pgeu.eu/](http://www.pgeu.eu/), 12.6.2012.
46. Pharmaceutical Group of European Union. Statement Ref 12.03.29E 002: Sustainable European Community Pharmacies Part of the Solution, Bruselj; 1-4. [Http://www.pgeu.eu/](http://www.pgeu.eu/), 12.6.2012.
47. Pharmaceutical Group of European Union. PGEU warns European governments against pharmacy funding cuts 15.5.2012. [Http://www.pgeu.eu/en/press](http://www.pgeu.eu/en/press), 12.6.2012.



48. Lluch M. Are regulations of community pharmacies in Europe questioning our pro-competitive policies? *Eurohealth* 2009; 15 (4): 26-28.
49. Resolution ResAP (2001) 2 concerning the pharmacist's role in the framework of health security. Committee of Ministers 21.3.2001 and the 746<sup>th</sup> meeting of the Ministers' Deputies; 1-5. [Http://www.coe.int](http://www.coe.int), 19.6.2012.
50. Bernsten C, Andersson K, Garipey Y, Simoens S. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy* april 2010; 95 (1): 1-9.
51. LaFleur J, Larson BS, Gunning KM, Stoddard GJ, Madden CA, Oderda L, Steinvort C, Oderda GM. Agreement between pharmacists for problem identification: an initial quality measurement of cognitive services. *The Annals of Pharmacotherapy* julij 2009; 43 (7): 1173-80.
52. Gastelurrutia MA, Benrimoj CSI, Castrillon CC, De Amezua MJ, Fernandez LF, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharmacy World and Science* februar 2009; 31 (1): 32-9.
53. Razširjen strokovni kolegij za lekarniško farmacijo. Stališče RSK za lekarniško farmacijo o mestu in vlogi klinične farmacije na primernem in sekundarnem nivoju. *Lekarništvo, strokovno glasilo Lekarniške zbornice Slovenije*, junij 2012; 40 (1): 20-22.
54. Lekarniška zbornica Slovenije. [Http://www.lzs.si](http://www.lzs.si), 24.7.2012.
55. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2011. Ljubljana, marec 2012; 1-168.
56. Zakon o lekarniški dejavnosti. *Uradni list* 36, 13.4.2004; 4230-4234.
57. Sklep o ustanovitvi Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. *Uradni list* 115, 10.11.2006; 12109-12113.
58. Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini. *Uradni list* 102, 17.12.2010; 15723-15734.
59. Keber D, Markovič S, Mate T, Morovič B, Poplas ST, Simčič B. Nacionalna strategija razvoja financiranja zdravstvene dejavnosti (2010-2020). Ministrstvo za zdravje RS, Ljubljana, 2010; 1-34.
60. Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za

- usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010, 7.10.2009; 1-61.
61. Cenik zdravstvenih storitev-Lekarne od 1.1.2010-1.5.2012.  
[Http://www.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf](http://www.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf), 15.5.2012.
  62. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2005. Ljubljana april 2006; 1-131.
  63. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2006. Ljubljana, marec 200; 1-132.
  64. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2007. Ljubljana, september 2008; 1-132.
  65. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2008. Ljubljana, marec 2010; 1-146.
  66. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2009. Ljubljana, april 2010; 1-160.
  67. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo 2010. Ljubljana, april 2011; 1-172.
  68. Zdravstvena skupnost Slovenije. Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela. Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1982; 1-219.
  69. Križaj T, Lebar C, Marušič V. Vsebina dela slovenskih delovnih terapevtov. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Posvetovanje: Delovna terapija – strokovna sedanjost, 2.2.2012; 141-148.
  70. Podboršek B. Določanje cen zdravil v Sloveniji. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, maj 2010; 1-55.
  71. Huttin C. A critical review of the remuneration systems for pharmacists. Health Policy. april 1996; 36 (1): 53-68.
  72. Barros PP. Pharmaceutical Market Reforms in Portugal under the memorandum of understanding. Eurohealth incorporating Euro Observer 2012; 18(1): 33-36.
  73. Resolution AP (93) 1 on the role and training of community pharmacists. Committee of Ministers 23.11.1993 and the 503<sup>rd</sup> meeting of the Minister' Deputies; 1-3.
  74. Poirier S, Buffington DE, Memoli GA. Billing third party payers for pharmaceutical care services. Journal of American Pharmaceutical Association januar-februar 1999; 39 (1): 50-64.

75. Look KA, Mott DA, Leedham RK, Kreling DH, Hermansen-Kobulnicky CJ. Pharmacy Participation and claim characteristics in the Wisconsin Medicaid Pharmaceutical care program from 1996 to 2007. *Journal of Managed Care Pharmacy* 2012; 18 (2): 116-28.
76. Vogler S, Habl C, Bogut M, Vončina L. Comparing pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Croatia to the European Union Member States. *Croatian Medical Journal* april 2011; 52 (2): 183-97.
77. Pharmaceutical Group of the European Union ali PGEU. Letno poročilo 2007, Ref.: 08.02.13E 001 AR. Bruselj, 2008; 1-22. [Http://www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu); 11.6.2012.
78. Pharmaceutical Group of the European Union ali PGEU. Letno poročilo 2008, Ref.: 09.01.23E 002 AR. Bruselj, 2009; 1-23. [Http://www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu); 11.6.2012.
79. Pharmaceutical Group of the European Union ali PGEU. Letno poročilo 2009, Ref.: 10.03.11E 002 AR. Bruselj, 2010; 1-22. [Http://www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu); 11.6.2012.
80. Pharmaceutical Group of the European Union ali PGEU. Letno poročilo 2010, Providing Quality Pharmacy Services to Communities in Times of Change. Bruselj, 2011; 1-24. [Http://www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu); 11.6.2012.
81. Pharmaceutical Group of the European Union ali PGEU. Letno poročilo 2011, 24 hours in the pharmacy. Bruselj, 2012; 1-28. [Http://www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu); 11.6.2012.
82. Garcia AS, Abadia TMB, Duran A, Hernandez QC, Bernal DE. Spain Health system review. *European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Velika Britanija*, 2010; 12 (4): 1-330.  
[Http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies](http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies), 19.6.2012.
83. ABDA, Federal Union of German Association of Pharmacists. *German Pharmacies Figures Data Facts 2011*. Berlin, 2012; 1-35.
84. Slovensko farmacevtsko društvo (SFD). Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljni razvoj slovenskega zdravstvenega sistema. Urednik Hladnik Gorazd, vsebina Pisk Nina et al. Nacionalni strateški dokument, različica 3.0, 3.5.2011; 1-65.
85. PubMed. [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), 19.5.2012.
86. Ajpes. Javna objava letnih poročil. [Http://www.ajpes.si/JOLP](http://www.ajpes.si/JOLP), 4.6.2012.
87. Ministrstvo za finance, Davčna uprava RS. Skupni prihodki in odhodki registriranih lekarnarjev za leto 2011. Dopis 100-215/2012-3(01-5000-09), 21.8.2012.
88. Amazon Books. [Http://www.amazon.com](http://www.amazon.com), 5.5.2012.

89. Kotler P. Marketing Management – trženjsko upravljanje. Slovenska knjiga, Ljubljana, 1998: 1-832.
90. Poslovni imenik Republike Slovenije. [Http://www.pirs.si](http://www.pirs.si), 4.6.2012.
91. Akaho E, MacLaughlin E J, Takeuchi Y. Comparison of prescription reimbursement methodologies in Japan and the United States. Journal of the American Pharmacists Association julij-avgust 2003; 43(4): 519-26.
92. Philipsen N. Regulation of and by Pharmacists in the Netherlands and Belgium, An Economic Approach. The Institute for Transnational legal research at Maastricht University, Maastricht, 2003; 1-195.
93. Philipsen N, Faure MG. The regulation of Pharmacists in Belgium and the Netherlands: In the public or Private Interest? Journal of Consumer Policy 2002; 25: 155-201.
94. Šlebinger M, Ovin R, Festić M. Sistemi oskrbe z zdravili v Evropi. 11. Strokovno srečanje ekonomistov in polovodnih delavcev v zdravstvu, Maribor, 23. in 24. april 2004, Ljubljana, Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2004; 41-50.
95. Kenneally M, Walshe V. Pharmaceutical cost-containment policies and sustainability: recent Irish experience. Value Health marec-april 2012; 15 (2): 389-93.
96. Zingone MM, Malcolm KE, McCormick SW, Bledsoe KR. Analysis of pharmacist charges for medication therapy management services in an outpatient setting. American Journal of Health-System Pharmacy, september 2007; 64 (17): 1827-31.
97. Davidova J, Praznovcova L, Lundborg CS. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the Czech Republic and Sweden. Pharmacy World and Science januar 2008; 30 (1): 57-64.
98. Gobrecht J. Remuneration of services and costs in German pharmacies. Gradivo seminarja Posvet o lekarniški dejavnosti, LZS, Ljubljana, 25.11.2009.
99. Ovin R, Festić M, Šlebinger M. Narodnogospodarske posledice lekarniške dejavnosti v Sloveniji. Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Maribor, Institut za ekonomsko diagnozo in prognozo. Študija izdelana za potrebe Lekarniške zbornice Slovenija, Maribor, januar 2004; 1-142.
100. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, Priročnik št.3. December 2007.
101. ZZZS Šifranti. 15. Seznam storitev za lekarne V115E. [Http://www.zzzs.si/zzzs/pao/ZJavSif.nsf](http://www.zzzs.si/zzzs/pao/ZJavSif.nsf), 31.5.2012.

102. Ključevšek M. Vrednotenje dela v slovenskih lekarnah in načini vrednotenja v EU. Specialistična naloga, Lekarniška zbornica Slovenije, Ljubljana, 2007; 1-87.
103. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov. Urani list 76, 28.9.2001; 7889-7891.
104. Baričević A, Strmčnik M, Šteger K, Mrhar A. Lekarna – Institucija zdravstvenega sistema ali tržna dejavnost? Spatula april 2012; 56: 22-26.
105. Zakon o javnih financah (ZJF). Uradni list 79, 30.9.1999; 12394-12411.
106. Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Committee of Ministers 24.5.2006 and the 965<sup>th</sup> meeting of the Ministers' Deputies; 1-17. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM>, 19.6.2012.

## Priloge

### Priloga A: Seznam storitev za lekarne, ZZZS Šifrant-E Lekarne, V115E za leto 2012

| Šifra | Kratek opis  | Kadrovski normativ*  | Nor-mativ (min)      | Točke | Dolg opis   |
|-------|--|----------------------|----------------------|-------|---|
| 70010 | Vročitev zdravila  | 1 MF<br>1 IF<br>1 FT | 0,48<br>0,08<br>0,43 | 0,16  | Vročitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene je fizična predaja enega kosa zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, ki vključuje naročanje in prevzem zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, analizo, strokovno evidenco, shranjevanje, impliranje, kontrolo serije izdelave in datum zapadlosti, pripravo za izročitev in izročitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene. |
| 70011 | Vročitev zdravil za 4x večje pakiranje od najmanjšega            |                      | 0                    | 0,64  |   |
| 70012 | Vročitev zdravil za 3x večje pakiranje od najmanjšega            |                      | 0                    | 0,48  |   |
| 70013 | Dodatek k vročitvi zdravil za 4x večje pakiranje od najmanjšega  |                      | 0                    | 0,48  | Dodatek k vročitvi zdravil za 4x večje pakiranje od najmanjšega. Storitev s šifro 70013 "dodatek k vročitvi zdravil za 4x večje pakiranje od najmanjšega" se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70010, ni pa je moč evidentirati skupaj s šifro 70011.  |
| 70014 | Dodatek k vročitvi zdravil za 3x večje pakiranje od najmanjšega. |                      | 0                    | 0,32  | Dodatek k vročitvi zdravil za 3x večje pakiranje od najmanjšega. Storitev s šifro 70014 "dodatek k vročitvi zdravil za 3x večje pakiranje od najmanjšega" se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70010, ni pa je moč evidentirati skupaj s šifro 70012.  |
| 70015 | Dodatek k vročitvi zdravil                                       |                      | 0                    | 0,02  | Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept. Storitev s šifro 70015 se evidentira   |

|       |  |                      |                   |      |   |
|-------|--|----------------------|-------------------|------|---|
|       | na obnovljivi recept   |                      |                   |      | skupaj s storitvijo s šifro 70010 za vsako izdano škatlo zdravila   |
| 70016 | Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept za 3x večje pakiranje od najmanjšega |                      | 0                 | 0,06 | Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept za 3x večje pakiranje od najmanjšega. Storitve s šifro 70016 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70012 za vsako izdano škatlo zdravila.   |
| 70017 | Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept za 4x večje pakiranje od najmanjšega |                      | 0                 | 0,08 | Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept za 4x večje pakiranje od najmanjšega (storitev s šifro 70017 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70011 za vsako izdano škatlo zdravila)   |
| 70018 | Dodatek k vročitvi zdravil (obnovljivi)  |                      | 0                 | 0,04 | Dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept. Storitve s šifro 70018 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70010 za vsako izdano škatlo zdravila.  |
| 71010 | Obdelava recepta   | 1 MF<br>1 IF<br>1 FT | 0,82<br>0,18<br>1 | 0,31 | Obdelava recepta zajema pregled glave recepta in ordinacije, razvrstitev zdravil ali živil za posebne zdravstvene namene, navodilo za uporabo zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene, vodenje evidenc in strokovno administrativna dela. |
| 71011 | Dodatek k obdelavi recepta ob izdaji zdravil na obnovljivi recept                    |                      | 0                 | 0,03 | Storitve s šifro 71011 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 71010 ob vsaki izdaji zdravil na obnovljiv recept (tako pri prvi kot ponovni izdaji).  |
| 71012 | Dodatek k obdelavi recepta (obnovljivi)  |                      | 0                 | 0,08 | Dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept. Storitve s šifro 71012 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 71010 ob vsaki izdaji zdravil na obnovljivi recept.  |
| 71020 | Obdelava naročilnice - vrstica   | 1 MF<br>1 FT         | 0,35<br>0,25      | 0,1  |   |
| 72000 | Izdelava magistralno pripravljenih   |                      | 0                 | 0    | Izdelava magistralno pripravljenih zdravil za storitve od šifre 72010 do 72240 se za vsako naslednjo količino ali za njen del, vendar ne  |

|       |  |                      |                      |      |   |
|-------|--|----------------------|----------------------|------|---|
|       | zdravil  |                      |                      |      | manjši kot 25 % predvidene količine, poveča točkovna vrednost za 50 %.  |
| 72010 | Tehtanje in merjenje ene sestavine (do 1000 g)   | 1 MF<br>1 FT         | 0,67<br>1            | 0,25 |   |
| 72020 | Mešanje dveh ali več tekočin (do 1000 g)   | 1 MF<br>1 FT         | 1,75<br>0,58         | 0,42 |   |
| 72021 | Vročitev magistralno pripravljenih razredčitev metadona v soku Centrom, predpisanih na posebno naročilnico tega Centra | 1 MF<br>1 IT<br>1 FT | 0,12<br>0,02<br>0,11 | 0,04 | Vročitev magistralno pripravljenih razredčitev metadona v soku Centrom za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, predpisanih na posebno naročilnico tega Centra, je fizična vročitev celotne količine pripravljenih magistralnih pripravkov, predpisanih na posebno naročilnico Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki vključuje naročanje zdravila, soka ter embalaže, vodenje strokovnih evidenc, shranjevanje, impliranje, kontrolo, datum zapadlosti, pripravo za izročitev ter izročitev celotne količine predpisanih magistralnih razredčitev metadona s točkovno vrednostjo za eno pripravljeno razredčitev v višini 0,04 |
| 72022 | Obdelava naročilnice Centra za magistralno pripravo raztopin metadona v soku   | 1 MF<br>1 FT         | 0,35<br>0,25         | 0,1  | Obdelava naročilnice Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog za magistralno pripravo raztopin metadona v soku   |
| 72023 | Priprava magistralnih razredčitev metadona v soku za peroralno uporabo,  | 1 MF<br>1 FT         | 1,21<br>0,4          | 0,29 | Priprava magistralnih razredčitev metadona v soku za peroralno uporabo, predpisanih na posebno naročilnico Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog  |



|       |  |              |              |      |  |
|-------|--|--------------|--------------|------|--|
|       | predpisanih na posebno naročilnico Centra                                    |              |              |      |  |
| 72030 | Raztapljanje ali razribavanje (do 1000 g)                                    | 1 MF<br>1 FT | 4,17<br>1,17 | 0,97 |  |
| 72040 | Izdelava kapljic za oko  | 1 MF         | 22           | 4,4  |  |
| 72041 | Priprava kapljic za oči za bolnikovo uporabo na domu (dexamethason-neomycin) | 1 MF<br>1 FT | 5,17<br>1,5  | 1,21 |  |
| 72050 | Priprava peroralne antibiotične suspenzije                                   | 1 MF<br>1 FT | 5,17<br>1,5  | 1,21 |  |
| 72051 | Izdelava tekočih peroralnih farmacevtskih oblik po FS (do 300g)              | 1 MF<br>1 FT | 7,67<br>8,34 | 2,5  |  |
| 72060 | Mešanje čajev  | 1 MF<br>1 FT | 1,67<br>3    | 0,68 |  |
| 72070 | Mešanje praškov (do 300 g)   | 1 MF<br>1 FT | 6,7<br>12    | 6,68 |  |
| 72080 | Razdelitev praškov do 0,5 g (1 kom)  | 1 FT         | 0,25         | 0,37 |  |
| 72090 | Razdelitev praškov v škrobne, želatinske ali druge kapsule (1 kom)           | 1 FT         | 0,5          | 0,06 |  |

|       |   |              |           |      |  |
|-------|---|--------------|-----------|------|--|
| 72100 | Razdelitev zdravil iz originalne embalaže (1 kom) | 1 FT         | 0,08      | 0,01 |  |
| 72110 | Izdelava dekoktov in infuzov (do 300 g)           | 1 MF<br>1 FT | 5,67<br>7 | 1,95 |  |

Legenda:\* MF-magister farmacije, IF-inženir farmacije, FT-farmaceutski tehnik.

Vir: ZZZS spletna stran 2012 (101).

Priloga B: Tabela lekarniške storitev iz »Zelene knjige« iz leta 1982

| Šifra          | Opredelitev zdravstvene storitve  | Kadrovski normativ   | Časovni normativ v minutah | Točkovna vrednost |
|----------------|---|----------------------|----------------------------|-------------------|
| 70010          | Vročitev in naročilnica   | 1 F<br>1 VFT<br>1 FT | 0,48<br>0,08<br>0,43       | 0,16              |
| 71010          | Obdelava recepta  | 1 F<br>1 VFT         | 0,82<br>0,18               | 0,31              |
| <b>7200(0)</b> | <b>Izdelava magistralnih zdravil. Za storitve od šifre 72010 do 72270 se za vsako sledečo količino ali za njen del, vendar ne manjši kot 25% predvidene količine poveča točkovna vrednost za 50%.</b> | 1 FT                 | 1,00                       |                   |
| 72010          | Tehtanje ali merjenje ene ingredience (do 1000 g)   | 1 F<br>1 FT          | 0,67<br>1,00               | 0,25              |
| 72020          | Mešanje dveh ali več tekočin (do 1000 g)  | 1 F<br>1 FT          | 1,75<br>0,58               | 0,42              |
| 72030          | Raztapljanje ali razribavanje z dekantiranjem in filtriranjem (do 1000 g)   | 1 F<br>1 FT          | 4,17<br>1,17               | 0,97              |
| 72040          | Izdelava očesnih kapljic  | 1 F                  | 22                         | 4,40              |
| 72050          | Raztapljanje antibiotičnih sirupov  | 1 F<br>1 FT          | 5,17<br>1,50               | 1,21              |
| 72060          | Mešanje čajev (do 500g)   | 1 F<br>1 FT          | 1,67<br>3                  | 0,68              |
| 72070          | Mešanje praškov (do 300 g)  | 1 F<br>1 FT          | 1,67<br>3                  | 0,68              |
| 72080          | Razdelitev praškov do 5 g (1 kos)   | 1 FT                 | 0,25                       | 0,03              |
| 72090          | Razdelitev zdravil v škrobne, želatinaste ali druge kapsule (1 kos)   | 1 FT                 | 0,5                        | 0,06              |
| 72100          | Razdelitev zdravil in zdravstvenih pripomočkov iz originalne embalaže (1 kos)   | 1 FT                 | 0,08                       | 0,01              |
| 72110          | Izdelava dekoktov (do 300 g)  | 1 F<br>1 FT          | 5,67<br>7,00               | 1,95              |
| 72120          | Izdelava infuzov (do 300 g)   | 1 F<br>1 FT          | 5,67<br>7,00               | 1,95              |
| 72130          | Izdelava linimentov (do 300 g)  | 1 F<br>1 FT          | 7,67<br>8,34               | 2,50              |
| 72140          | Maceracije (trajanje do 24 ur)  | 1 F<br>1 FT          | 7,67<br>8,34               | 2,50              |
| 72150          | Izdelava mazil (do 300 g)   | 1 F<br>1 FT          | 7,67<br>8,34               | 2,50              |
| 72160          | Izdelava paste (do 300 g)   | 1 F<br>1 FT          | 7,67<br>8,34               | 2,50              |
| 72170          | Izdekava kreme (do 300 g)   | 1 F<br>1 FT          | 7,67<br>8,34               | 2,50              |
| 72180          | Izdelava tekočih pudrov (do 300 g)  | 1 F<br>1 FT          | 7,67<br>8,34               | 2,50              |
| 72190          | Izdelava mazil za oči   | 1 F                  | 22                         | 4,40              |
| 72200          | Izdelava mase za bacile, bole, stile, globule in sirupi (do 100 g)  | 1 F<br>1 FT          | 9,67<br>11,67              | 3,29              |
| 72210          | Oblikovanje bacilov, stilov, bolov, globul in supozitorjev (za 1 kos)   | 1 FT                 | 0,50                       | 0,06              |
| 72220          | Izdelava emulzije (do 300 g)  | 1 F<br>1 FT          | 8,00<br>10,00              | 2,76              |
| 72230          | Izdelava želatine (do 300 g)  | 1 F                  | 10,00                      | 3,32              |

|                |  |             |                  |       |
|----------------|--|-------------|------------------|-------|
|                |  | 1 FT        | 11,34            |       |
| 72240          | Izdelava mase za pilule                      | 1 F<br>1 FT | 10,00<br>11,34   | 3,32  |
| 72250          | Oblikovanje pilul (za 10 kosov)              | 1 FT        | 1,00             | 0,12  |
| 72260          | Sterilizacija (do 1000 g)                    | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>15,00    | 2,74  |
| 72270          | Izdelava vseh zdravil po aseptičnem postopku | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>15,00    | 2,74  |
| <b>7300(0)</b> | <b>Izdelava galenskih pripravkov</b>         |             |                  |       |
| 73010          | Aqua purificata (1 kg)                       | 1 F<br>1 FT | 0,5<br>1,83      | 0,31  |
| 73020          | Aqua purificata sterilizata (1 kg)           | 1 F<br>1 FT | 1,5<br>5,17      | 0,90  |
| 73030          | Aqua pro injectione (1 kg)                   | 1 F         | 14               | 2,80  |
| 73050          | Aqua aromaticae                              | 1 F<br>1 FT | 34,01<br>34,01   | 10,75 |
| 73951          | Aqua aromaticae – polnjeno (lag.)            | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|                | <b>Bacili medicati</b>                       |             |                  |       |
| 73060          | Priprava mase (1 kg)                         | 1 F         | 60,01            | 12,00 |
| 73061          | Oblikovanje (100 kosov)                      | 1 FT        | 40,01            | 4,64  |
| 73062          | Polnjenje (1 sc.)                            | 1 L         | 1,33             | 0,15  |
|                | <b>Capsule medicinales</b>                   |             |                  |       |
| 73070          | Priprava mase z granuliranjem (1 kg)         | 1 F<br>1 FT | 20,00<br>20,00   | 6,32  |
| 73071          | Priprava mase – pulvisiranje (1 kg)          | 1 F<br>1 FT | 13,34<br>13,34   | 4,22  |
| 73072          | Oblikovanje (100 kosov)                      | 1 FT        | 26,01            | 3,02  |
| 73073          | Polnjenje (1 sc.)                            | 1 L         | 1,33             | 0,15  |
|                | <b>Collyria</b>                              |             |                  |       |
| 73080          | Priprava raztopine (10 kg)                   | 1 F         | 45,34            | 9,07  |
| 73081          | Polnjenje (1 lag.)                           | 1 FT        | 1,67             | 0,19  |
| 73082          | Sterilizacija (30 lag.)                      | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>15,00    | 2,74  |
|                | <b>Conspergentia</b>                         |             |                  |       |
| 73090          | Priprava mase (10 kg)                        | 1 F<br>1 FT | 48,34<br>145,03  | 26,49 |
| 73091          | Polnjenje (1 sc.)                            | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|                | <b>Dosipulveres</b>                          |             |                  |       |
| 73100          | Priprava mase (1 kg)                         | 1 F<br>1 FT | 20,00<br>6,67    | 4,77  |
| 73101          | Dosiranje (100 plv.)                         | 1 FT        | 26,67            | 3,09  |
| 73102          | Polnjenje po 5 plv. (1 vr.)                  | 1 L         | 1,33             | 0,15  |
|                | <b>Emulsiones</b>                            |             |                  |       |
| 73110          | Priprava mase (1 kg)                         | 1 F<br>1 FT | 62,51<br>124,19  | 26,91 |
| 73111          | Polnjenje (1 lag.)                           | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|                | <b>Extracta</b>                              |             |                  |       |
| 73120          | Ex fluida (1 kg)                             | 1 F<br>1 FT | 47,34<br>47,34   | 14,96 |
| 73121          | Ex sicca (1 kg)                              | 1 F<br>1 FT | 62,01<br>62,01   | 19,60 |
|                | <b>Emplastra</b>                             |             |                  |       |
| 73130          | Priprava mase (10 kg)                        | 1 F<br>1 FT | 284,06<br>284,06 | 89,76 |
|                | <b>Gelatinea medicinales</b>                 |             |                  |       |
| 73140          | Priprava mase (1 kg)                         | 1 F         | 9,50             | 5,21  |

|       |   |             |                  |       |
|-------|---|-------------|------------------|-------|
|       |   | 1 FT        | 28,51            |       |
| 73141 | Polnjenje (1 kos)                         | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Granulata</b>                          |             |                  |       |
| 73150 | Priprava mase (1 kg)                      | 1 F<br>1 FT | 20,00<br>20,00   | 6,32  |
| 73151 | Polnjenje (1 sc.)                         | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Guttae</b>                             |             |                  |       |
| 73160 | Priprava (1 kg)                           | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>9,67     | 2,12  |
| 73161 | Polnjenje (1 lag.)                        | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Infundibila</b>                        |             |                  |       |
| 73170 | Priprava raztopine (10 l)                 | 1 F         | 88,02            | 17,60 |
| 73171 | Polnjenje (1 l g)                         | 1 FT        | 1,67             | 0,19  |
| 73172 | Sterilizacija (100 lg.)                   | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>15,00    | 2,74  |
|       | <b>Linimenta</b>                          |             |                  |       |
| 73180 | Priprava mase za 1. liquida (10 kg)       | 1 F<br>1 FT | 11,67<br>23,00   | 5,00  |
| 73181 | Priprava mase za 1. solida (10 kg)        | 1 F<br>1 FT | 80,02<br>160,00  | 34,56 |
| 73182 | Priprava mase za 1. emulzije (10 kg)      | 1 F<br>1 FT | 61,67<br>141,70  | 28,77 |
| 73183 | Polnjenje (1 lag.)                        | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Oculenta</b>                           |             |                  |       |
| 73190 | Priprava mase (100 g)                     | 1 F         | 22,00            | 4,40  |
| 73191 | Polnjenje (1 kos)                         | 1 FT        | 1,67             | 0,19  |
| 73192 | Aseptični postop. (100 g)                 | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>15,00    | 2,74  |
|       | <b>Oculoguttae</b>                        |             |                  |       |
| 73200 | Priprava raztopine (100 g)                | 1 F         | 22,00            | 4,40  |
| 73201 | Polnjenje (1 lag.)                        | 1 FT        | 1,67             | 0,19  |
| 73202 | Aseptično postopek (100 g)                | 1 F<br>1 FT | 5,00<br>15,00    | 2,74  |
|       | <b>Otoguttae</b>                          |             |                  |       |
| 73210 | Priprava raztopine (100 g)                | 1 F<br>1 FT | 7,33<br>14,67    | 3,17  |
| 73211 | Polnjenje (1 lag.)                        | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Pastae</b>                             |             |                  |       |
| 73220 | Priprava mase (10 kg)                     | 1 F<br>1 FT | 100,02<br>200,04 | 43,21 |
| 73221 | Polnjenje (1 kos)                         | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Pulveres</b>                           |             |                  |       |
| 73230 | Pulv. mixti (10 kg)                       | 1 F<br>1 FT | 48,34<br>145,03  | 26,49 |
| 73231 | Pulv. glycyrrhizae comp. (10 kg)          | 1 F<br>1 FT | 66,67<br>200,04  | 36,54 |
| 73232 | Pulv. standardisati (1 kg)                | 1 F         | 21,34            | 4,27  |
| 73233 | Pulv. stabilisati (1 kg)                  | 1 FT        | 44,01            | 8,80  |
| 73234 | Polnjenje (1 kos)                         | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Rhinoguttae</b>                        |             |                  |       |
| 73240 | Priprava raztopine (100 g)                | 1 F<br>1 FT | 7,33<br>14,67    | 3,17  |
| 73241 | Polnjenje (1 lag.)                        | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Sapones medicinales et saponimenta</b> | 1 F<br>1 FT | 15,00<br>29,67   | 6,44  |

|       |  |             |                  |       |
|-------|--|-------------|------------------|-------|
| 73250 | Priprava mase (1 kg)   | 1 F<br>1 FT | 15,00<br>29,67   | 6,44  |
| 73251 | Polnjenje (1 kos)  | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Sirupi</b>  |             |                  |       |
| 73260 | Priprava mase z maceriranjem in kuhanjem (10 kg)               | 1 F<br>1 FT | 51,68<br>155,03  | 28,32 |
| 73261 | Priprava z mešanjem in raztapljanjem (10 kg)                   | 1 F<br>1 FT | 24,17<br>72,51   | 13,25 |
| 73262 | Polnjenje (1 lag.)   | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Solutions medicinales</b>                                   |             |                  |       |
| 73270 | Priprava z mešanjem (10 kg)                                    | 1 F<br>1 FT | 21,34<br>42,68   | 9,22  |
| 73271 | Priprava z raztapljanjem (10 kg)                               | 1 F<br>1 FT | 29,34<br>58,66   | 12,67 |
| 73272 | Priprava s kemičnimi reakcijami v raztopini (1 kg)             | 1 F<br>1 FT | 63,33<br>31,34   | 16,30 |
| 73273 | Polnjenje (1 lag.)   | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Species</b>   |             |                  |       |
| 73280 | Priprava z mešanjem drog (10 kg)                               | 1 F<br>1 FT | 18,34<br>55,01   | 10,05 |
| 73281 | Priprava z mešanjem drog in dodajanjem drugih substanc (10 kg) | 1 F<br>1 FT | 33,34<br>100,02  | 18,27 |
| 73282 | Polnjenje (1 kos)  | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Suppositorija</b>   |             |                  |       |
| 73290 | Priprava mase (1 kg)   | 1 F         | 60,01            | 12,00 |
| 73291 | Oblikovanje (100 kos)  | 1 FT        | 40,01            | 4,64  |
| 73292 | Polnjenje (1 sc.)  | 1 L         | 1,33             | 0,15  |
|       | <b>Tablettae</b>   |             |                  |       |
| 73300 | Priprava mase  | 1 F<br>1 FT | 20,00<br>20,00   | 6,32  |
| 73301 | Oblikovanje (100 tbl.)   | 1 FT        | 14,67            | 1,70  |
| 73302 | Polnjenje (1 sc.)  | 1 L         | 1,33             | 0,15  |
|       | <b>Tincturae</b>   |             |                  |       |
| 73310 | Priprava 1:4 (10 kg)   | 1 F<br>1 FT | 51,68<br>155,03  | 28,32 |
| 73311 | Priprava 1:10 (1 kg)   | 1 F<br>1 FT | 30,01<br>30,01   | 9,48  |
| 73312 | Polnjenje (1 lag.)   | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Unguenta</b>  |             |                  |       |
| 73320 | Ung. emulzija (10 kg)  | 1 F<br>1 FT | 83,35<br>170,03  | 36,39 |
| 73321 | Ung. raztopine (10 kg)   | 1 F<br>1 FT | 83,33<br>170,03  | 36,39 |
| 73322 | Ung. suspenzije (10 kg)  | 1 F<br>1 FT | 100,02<br>200,04 | 43,21 |
| 73323 | Tekoči pudri (10 kg)   | 1 F<br>1 FT | 83,35<br>170,03  | 36,39 |
| 73324 | Polnjenje (1 kos)  | 1 L         | 1,67             | 0,19  |
|       | <b>Vagitorija</b>  |             |                  |       |
| 73330 | Priprava mase  | 1 F         | 60,01            | 12,00 |
| 73331 | Oblikovanje (100 kos)  | 1 FT        | 40,01            | 4,64  |
| 73332 | Polnjenje (1 sc.)  | 1 L         | 1,33             | 0,15  |
|       | <b>Vina medicata</b>   |             |                  |       |
| 73340 | Priprava medicin. vina (10 kg)                                 | 1 F<br>1 FT | 58,35<br>175,04  | 31,97 |
| 73341 | Polnjenje (1 lag.)   | 1 L         | 1,67             | 0,19  |

|       | <b>Reagentia</b>  |     |       |       |
|-------|---|-----|-------|-------|
| 73350 | Priprava z raztapljanjem ali mešanjem (1 kg)                | 1 F | 44,68 | 8,94  |
| 73351 | Priprava kot zgoraj plus usmerjanje PH ali podobno (100 kg) | 1 F | 22,67 | 4,54  |
| 73352 | Polnjenje (1 lag.)  | 1 L | 1,67  | 0,19  |
|       | <b>Trimetrijske raztopine</b>                               |     |       |       |
| 73360 | Priprava raztopine (1 L)                                    | 1 F | 69,01 | 13,80 |
| 73361 | Polnjenje (1 lag.)  | 1 L | 1,67  | 0,19  |

Legenda: F – farmacevt, VFT – višji farmacevtski tehnik, FT – farmacevtski tehnik, L- laborant.

Vir: Zdravstvena skupnost Slovenije, 1982, str. 192.