

.....

Lekarniška dejavnost v Sloveniji

Avtorji:
dr. Boštjan Brezovnik
dr. Žan Jan Oplotnik
dr. Gorazd Trpin
dr. Franjo Mlinarič

LEX
LOCALIS



© **Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila Maribor**

Vse pravice pridržane. Brez pisnega dovoljenja založnika je prepovedano reproduciranje, distribuiranje, predelava ali druga uporaba tega dela ali njegovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, vključno s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranjevanjem v elektronski obliki.

Naslov: Lekarniška dejavnost v Sloveniji

Avtorji: izr. prof. dr. Boštjan Brezovnik, prof. dr. Žan Jan Oplotnik, prof. dr. Gorazd Trpin, doc. dr. Franjo Mlinarič

Recenzenta: prof. dr. Bojan Škof, izr. prof. dr. Aleš Kobal

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

615.1(497.4)(0.034.2)

LEKARNIŠKA dejavnost v Sloveniji [Elektronski vir] / Boštjan Brezovnik ... [et al.]. - El.

knjiga. - Maribor : Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila, 2016

Način dostopa (URL):
ISBN 978-961-6842-63-1 (pdf)

1. Brezovnik, Boštjan
284320256

Založnik:

Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila Maribor
Grajska ulica 7, 2000 Maribor, SI - Slovenija
tel. +386 (0)2 250 04 58, fax: +386 (0)2 252 04 59
e-mail: info@lex-localis.info, <http://www.lex-localis.info>

Odgovorna oseba založnika:

izr. prof. dr. Boštjan Brezovnik, univ. dipl. pravnik, direktor

Uredništvo:

prof. dr. Žan Jan Oplotnik (Univerza v Mariboru, Slovenija), prof. dr. Marko Kambič (Univerza v Ljubljani, Slovenija), prof. dr. Franc Grad (Univerza v Ljubljani, Slovenija), prof. dr. Borce Davitkovski (SS Cyril and Methodius University Skopje, Makedonija), prof. dr. Vesna Kranjc (Univerza v Mariboru, Slovenija), prof. dr. Hellmut Wollmann (Humboldt-Universität zu Berlin, Nemčija), prof. dr. Gernot Kocher (Karel Franzes University Graz, Avstrija), prof. dr. Duško Lozina (University of Split, Hrvaška), prof. dr. Roberto Scarciglia (University of Trieste, Italija)

Cena: brezplačen izvod

Izdajo knjige je sofinancirala Lekarniška zbornica Slovenije. V knjigi so predstavljena mnenja avtorjev za katera Lekarniška zbornica ne odgovarja.

© **Institute for Local Self-Government and Public Procurement Maribor**

All rights reserved. No part of this book may be reprinted or reproduced or utilized in any form or by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Title: Pharmacy Services in Slovenia

Authors: assoc. prof. dr. Boštjan Brezovnik, prof. dr. Žan Jan Oplotnik, prof. dr. Gorazd Trpin, assist. prof. dr. Franjo Mlinarič

Reviewers: prof. dr. Bojan Škof, assoc. prof. dr. Aleš Kobal

<p>CIP - Kataložni zapis o publikaciji Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana</p> <p>615.1(497.4)(0.034.2)</p> <p>LEKARNIŠKA dejavnost v Sloveniji [Elektronski vir] / Boštjan Brezovnik ... [et al.]. - El.</p> <p>knjiga. - Maribor : Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila, 2016</p> <p>Način dostopa (URL): ISBN 978-961-6842-63-1 (pdf)</p> <p>1. Brezovnik, Boštjan 284320256</p>

Publisher:

Institute for Local Self-Government and Public Procurement Maribor
Grajska ulica 7, 2000 Maribor, Slovenia
www.lex-localis.press, info@lex-localis.press

For Publisher:

assoc. prof. dr. Boštjan Brezovnik, director

Editorial Board:

prof. dr. Žan Jan Oplotnik (University of Maribor, Slovenia), prof. dr. Marko Kambič (University of Ljubljana, Slovenia), prof. dr. Franc Grad (University of Ljubljana, Slovenia), prof. dr. Borce Davitkovski (SS Cyril and Methodius University Skopje, Macedonia), prof. dr. Vesna Kranjc (University of Maribor, Slovenia), prof. dr. Hellmut Wollmann (Humboldt-Universität zu Berlin, Germany), prof. dr. Gernot Kocher (Karel Franzes University Graz, Austria), prof. dr. Duško Lozina (University of Split, Croatia), prof. dr. Roberto Scarciglia (University of Trieste, Italy)

Price: free copy

This project has been funded with support from the Slovene Chamber of Pharmacies. This publication reflects the views only of the authors, and the Slovene Chamber of Pharmacies cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Lekarniška dejavnost v Sloveniji

**dr. Boštjan Brezovnik
dr. Žan Jan Oplotnik
dr. Gorazd Trpin
dr. Franjo Mlinarič**

Marec 2016



Pharmacy Services in Slovenia

**dr. Boštjan Brezovnik
dr. Žan Jan Oplotnik
dr. Gorazd Trpin
dr. Franjo Mlinarič**

March 2016

Lekarniška dejavnost v Sloveniji

BOŠTJAN BREZOVNIK, ŽAN JAN OPLOTNİK, GORAZD TRPIN & FRANJO MLINARIČ

Povzetek Organiziranje vzdržne in kakovostne zdravstvene oskrbe prebivalstva spada med osnove naloge razvitih držav, zato se mu ob zasebnih sredstvih namenja zajeten del ustvarjenega BDP še iz javnih virov. Za ta namen smo v Sloveniji leta 2015 porabili 2.444 mio. EUR oz. 6,34% BDP. Sestavni del javne zdravstvene službe je izvajanje lekarniške dejavnosti, ki obsega preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili. Obstoječa pravna ureditev lekarniške dejavnosti je vsebinsko pomanjkljiva saj ne sledi enotnim načelom zagotavljanja univerzalnih zdravstvenih storitev. Zato so v preteklih letih vse glasnejši pozivi za modernizacijo izvajanja zdravstvenih in tudi lekarniških storitev, ki pa je danes izrazito monopolno naravnana. V knjigi je predstavljena uvodna študija izvajanja lekarniške dejavnosti v Sloveniji, ki predstavlja temelj za izvedbo reforme lekarniške dejavnosti.

Ključne besede: • javna služba • lekarniška dejavnost • distribucija farmacevtskih izdelkov • lekarniška mreža • Slovenija

NASLOVI AVTORJEV: dr. Boštjan Brezovnik, izredni profesor, Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Mladinska ulica 9, 2000 Maribor, Slovenija, e-pošta: bostjan.brezovnik@um.si. dr. Žan Jan Oplotnik, profesor, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Razlagova ulica 14, 2000 Maribor, Slovenija, e-pošta: zan.oplotnik@um.si. dr. Gorazd Trpin, profesor, Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta, Poljanski nasip 2, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-pošta: gorazd.trpin@pf.uni-lj.si. dr. Franjo Mlinarič, docent, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Razlagova ulica 14, 2000 Maribor, Slovenija, e-pošta: franjo.mlinaric@um.si.

Pharmacy Services in Slovenia

BOŠTJAN BREZOVNIK, ŽAN JAN OPLOTNİK, GORAZD TRPIN & FRANJO MLINARIČ

Abstract Organization of sustainable and high-quality medical care of the population is one of the fundamental tasks of developed countries; therefore, in addition to private sources, a significant part of the generated GDP is also allocated for these purposes from public sources. To this end, 2.444 million EUR or 6.34 % of GDP were spent in Slovenia in 2015. An integral part of public health care services is the implementation of pharmacy services, which encompass supplying of the population and medical institutions and other organizations with medicinal products. The existing legal regulation of pharmacy services is substantively flawed, as it does not follow unified principles of providing universal health care services. Therefore, in recent years, demands for modernization of implementation of health care, as well as pharmacy services, which are nowadays highly monopolized, became more notable. This book introduces the initial study on the implementation of pharmacy services in Slovenia, which represents the basis for the implementation of the reform of pharmacy services.

Keywords: • public service • pharmacy services • distribution of pharmaceutical products • pharmacy network • Slovenia

CORRESPONDENCE ADDRESS: Boštjan Brezovnik, Ph.D., Associate Professor, University of Maribor, Faculty of Law, Mladinska ulica 9, 2000 Maribor, Slovenia, email: bostjan.brezovnik@um.si. Žan Jan Oplotnik, Ph.D., Professor, University of Maribor, Faculty of Economics and Business, Razlagova ulica 14, 2000 Maribor, Slovenia, email: zan.oplotnik@um.si. Gorazd Trpin, Ph.D., Professor, University of Maribor, Faculty of Law, Nasipna ulica 2, 1000 Ljubljana, Slovenia, email: gorazd.trpin@pf.uni-lj.si. Franjo Mlinarič, Ph.D., Assistant Professor, University of Maribor, Faculty of Economics and Business, Razlagova ulica 14, 2000 Maribor, Slovenia, email: franjo.mlinaric@um.si.

Kazala

Kazalo vsebine

	Uvod.....	1
	Lekarniška dejavnost.....	7
1	Regulacija lekarniške dejavnosti.....	15
2	Vsebina regulacije lekarniške dejavnosti	17
2.1	Regulativna pristojnost EU	18
2.2	Regulativna pristojnost države in lokalnih skupnosti.....	22
	Usmeritve EU in nacionalne usmeritve na področju razvoja lekarniške dejavnosti	29
	Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji	33
	Razvoj dejavnosti farmacevtskih izdelkov	35
	Trendi na distribucijskem trgu farmacevtskih izdelkov	39
1	Model optimizacije vrednostne verige farmacevtskih izdelkov	39
1.1	Distribucija.....	40
1.2	Odmerjanje pacientom	41
2	Evropske razmere na področju distribucije farmacevtskih izdelkov	42
	Zdravstvena oskrba do 2020	45
	Značilnosti lekarniških mrež v Evropi	49
1	Dostopnost zdravil	49
2	Kakovost lekarniških storitev	51
3	Ekonomičnost.....	51
	Tržne razmere v Sloveniji	53
1	Ključni trendi in razvoj	53
1.1	Demografski trendi.....	53
1.2	Življenjske navade	55
1.3	Prodor spletnega marketinga	56
2	Razmere na slovenskem trgu.....	57
2.1	Izdatki javnega zdravstvenega sektorja.....	57
2.2	Izdatki potrošnikov.....	61
	Značilnosti lekarniške mreže v Sloveniji	67
1	Finančna analiza poslovanja lekarn v obdobju 2011-2014	70
	Ocena finančnih posledic reforme lekarniške dejavnosti v Sloveniji.....	73
1	Scenarij A: Povečanje števila lekarn na cilj 6.300 prebivalcev/lekarniško enoto.....	74

2	Scenarij B: Povečanje števila lekarn na cilj 6.000 prebivalcev/lekarniško enoto	75
3	Scenarij C: Povečanje števila lekarn na cilj 5.000 prebivalcev/lekarniško enoto	76
	Zaključek	79
	Literatura	81

Kazalo slik

Slika 1:	Lastna ocena zdravja (delež ocen z dobro in zelo dobro)	34
Slika 2:	Ocena vrednosti svetovnega trga farmacevtskih izdelkov (v mrd. USD).....	36
Slika 3:	Struktura vrednostne verige v farmacevtski dejavnosti	37
Slika 4:	Členitev vrednostne verige po deležnikih	40
Slika 5:	Pomen različnih distribucijskih kanalov	43
Slika 6:	Struktura končne cene zdravila v EU (2013)	44
Slika 7:	Priložnosti re-definirane zdravstvene vrednostne verige	46
Slika 8:	Nova tržna dinamika glede na bolezni in procedure	47
Slika 9:	Število prebivalcev na lekarno	50
Slika 10:	Starostna piramida prebivalstva 2015 in projekcija 2035	54
Slika 11:	Pričakovana življenjska doba ob rojstvu: 2008-2015	54
Slika 12:	Gibanje deleža kadilcev in ljudi s prekomerno telesno težo in kadilcev.....	55
Slika 13:	Izdatki za zdravje kot % v BDP	57
Slika 14:	Izdatki za zdravila na zeleni recept po ATC klasifikaciji	58
Slika 15:	Vrednosti programov zdravstvenih storitev v letu 2014	59
Slika 16:	Financiranje izdatkov za zdravila (2013).....	60
Slika 17:	Struktura cene zdravila v primerjavi z državami EU	61
Slika 18:	Izdatki potrošnikov za farmacevtske izdelke in zdravstvene storitve (2010 – 2015).....	62
Slika 19:	Prodaja farmacevtskih izdelkov potrošnikom po kategorijah (2010-2015).....	62
Slika 20:	Prodaja farmacevtskih izdelkov potrošnikom po kategorijah (2010-2015).....	63
Slika 21:	Trendi prodaje farmacevtskih izdelkov potrošnikom po kategorijah (2015-2019)	63
Slika 22:	Prodaja OTC izdelkov na prebivalca v EUR in stopnja rasti v letu 2012	64
Slika 23:	Deleži največjih proizvajalcev farmacevtskih izdelkov v izdatkih potrošnikov (2011-2015)	65
Slika 24:	Tržni deleži blagovnih znamk (2012-2015).....	65
Slika 25:	Mreža lekarn v Sloveniji (1993-2015).....	67
Slika 26:	Zaposleni v javni lekarniški službi	68

Slika 27: Število receptov obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)	69
Slika 28: Soodvisnost nagrade za zaposlene od prodaje na zaposlenega v letu 2014	72

Kazalo tabel

Tabela 1: Pokritost mreže lekarn na ravni statističnih regij	69
Tabela 2: Pregled ključnih finančnih podatkov o poslovanju javnih lekarn v obdobju 2011-2014	70
Tabela 3: Primerjava gibanja prihodkov javnih lekarn z BDP/prebivalca in zasebno potrošnjo	72
Tabela 4: Dodatne lekarniške enote po statističnih regijah-Scenarij A	74
Tabela 5: Dodatne lekarniške enote po statističnih regijah-Scenarij B	75
Tabela 6: Dodatne lekarniške enote po statističnih regijah-Scenarij C	76

Uvod

V Sloveniji smo po letu 1991 izvedli prvo reformo javnih služb, ko je s prehodom na novi ustavni in politični sistem prišlo do ukinitve sistema svobodne menjave dela na področju tedanjih dejavnosti posebnega družbenega pomena, s tem pa tudi do ukinitve institucije samoupravnih interesnih skupnosti ter organizacij združenega dela, ki so opravljale dejavnosti posebnega družbenega pomena kot oblike izvajanja javnih služb na teh področjih. Pristojnosti prvih so prešle na tedanje izvršilne organe republiške skupščine in občinskih skupščin, medtem ko je na področju izvajanja javnih služb zazevala velika statusna praznina, saj so imele vse organizacije na tem področju svoj temelj v Zakonu o združenem delu /ZZD/ iz leta 1976. To praznino je za tisti čas v letu 1991 ustrezno zapolnil Zakon o zavodih /ZZ/ (Uradni list RS, št. 12/1991), ki je tedanje organizacije združenega dela, ki so opravljale dejavnosti posebnega družbenega pomena na področju družbenih dejavnosti, preoblikoval v prvo statusno obliko oseb javnega prava v novi ureditvi, t.j. v javni zavod (Trpin, 2003: 62-63). Vsled z navedenim je Državni zbor RS v letu 1992 sprejel Zakon o lekarniški dejavnosti /ZLD/ (Uradni list RS, št. 9/1992) in v prvem odstavku 2. člena določil, da je lekarniška dejavnost javna služba, ki jo opravljajo javni zavodi in na podlagi koncesije zasebniki.

Kljub pozitivnim učinkom Zakona o zavodih /ZZ/ in Zakona o lekarniški dejavnosti /ZLD/ pa imata le ta danes precej pomanjkljivosti in nejasnosti, kar je razumljivo glede na čas nastanka in na takojšnjo potrebo po ureditvi negospodarskih javnih služb in še posebej lekarniške dejavnosti.

Prvo vprašanje, ki ga Zakon o zavodih /ZZ/ ni mogel povsem zadovoljivo rešiti, je vprašanje premoženja javnih zavodov. Z ukinitvijo družbene lastnine je bilo namreč tudi na tem področju treba poiskati ustreznega lastnika, ki ga je zakonodajalec našel v državi oziroma samoupravni lokalni skupnosti. Dotodanje premoženje teh organizacij, ki je bilo kot družbena lastnina v upravljanju njihovih delavcev, je tako postalo lastnina države oziroma samoupravnih lokalnih skupnosti. Zakon o zavodih /ZZ/ ni bil selektiven, ampak je ipso lege preoblikoval v javne zavode vse organizacije, ki so delovale na področju družbenih (tudi lekarniške) dejavnosti in ki so imele ob njegovi uveljavitvi status posebnega družbenega pomena, ne glede na pravno naravo njihovega dela. S tem je nacionaliziral premoženje številnih organizacij, ki so kljub svojemu statusu pridobivale ves dohodek ali večino dohodka na trgu. Tako so bili delavci v teh organizacijah postavljeni v depriviligiran položaj, saj kljub enakim pogojem za svoje delo, kot so jih imeli delavci v gospodarstvu, niso enakopravno z njimi sodelovali v postopku lastninjenja družbene lastnine.

Prenos premoženja javnih zavodov na samoupravne lokalne skupnosti pa je povzročil velike težave tudi pri njihovem upravljanju. Centralno upravljanje premoženja javnih zavodov je na eni strani demotiviralo slednje za gospodarno ravnanje s sredstvi za svoje delo, na drugi strani pa sprožilo nerealne apetite po investicijah v družbeno infrastrukturo, ki niso izražale realnih potreb. Posledica tega so bili dragi projekti, ki glede na centralno odločanje o investicijah niso upoštevali realne distribucije potreb po družbeni infrastrukturi. Sam proces tekočega upravljanja premoženja v javnih zavodih pa je ostal tog in birokratski, saj so procesi odločanja bistveno predolgi in preveč odmaknjeni od okolja, kjer potrebe po tem odločanju nastajajo (Trpin, 2003: 63-64).

Zanimiva je ugotovitev, da še danes večina organizacij, ki so izpolnjevale in še izpolnjujejo pogoje za preoblikovanje v gospodarsko družbo ali zasebni zavod, nadaljuje svoje delo kot javni zavod. S tem pa nastaja nenormalen položaj, saj se v statusni obliki zavoda izvajajo praktično vse, tudi tržne dejavnosti, čeprav so po določitih drugega odstavka 1. člena Zakona o zavodih /ZZ/ zavodi organizacije, ki se ustanovijo tudi za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Sklenemo lahko, da je javni zavod v praksi ena najbolj neustrezno uporabljenih statusnih oblik.

Posebej pomanjkljive so tudi določbe Zakona o zavodih /ZZ/, ki urejajo financiranje javnih zavodov. Javni zavodi se sicer lahko financirajo iz javnih in zasebnih sredstev. Financiranja javnih zavodov pa ne določa Zakon o zavodih /ZZ/, pač praviloma zakoni oziroma odloki povzemajo določila, ki veljajo za financiranje zavodov po Zakonu o zavodih /ZZ/. V skladu z določilom 48. člena veljavnega Zakon o zavodih /ZZ/ pridobiva zavod sredstva za svoje delo: • od ustanovitelja, • s plačili za storitve, • s prodajo blaga in storitev na trgu ter • iz drugih virov v skladu z zakonom in aktom o ustanovitvi. Vprašanje financiranja pa ni zgolj vprašanje stroškov virov financiranja in s tem izvajanja posamezne javne službe, ampak je predvsem vprašanje mehanizmov učinkovitosti izvajanja dejavnosti javnih služb. Ugotovimo lahko, da sedanji sistem financiranja javnih zavodov ne spodbuja učinkovitega in racionalnega izvajanja dejavnosti javnih služb (tudi lekarniške dejavnosti), kar pa skupaj s centralizacijo odločanja o vseh pomembnejših vprašanjih, ki se tičejo javnih zavodov, ovira večji napredek na tem področju. Financiranje javnih zavodov je zato drugo ključno vprašanje, ki bi ga bilo treba, po mnenju mnogih, urediti na povsem drugačnih temeljih (Trpin, 2003: 64).

V tej zvezi je zanimivo tudi vprašanje razpolaganja s presežkom v javnih zavodih. Javni zavod lahko v skladu z določili veljavnega Zakona o računovodstvu /ZR/ (Uradni list RS, št. 23/1999, 30/2002-ZJF-C, 114/2006-ZUE) in 48. člena Zakona o zavodih /ZZ/ razporedi presežek prihodkov nad odhodki le v skladu z zakonom in odločitvijo ustanovitelja ter ga uporabi le za opravljanje in razvoj dejavnosti, če ni z aktom o ustanovitvi drugače določeno. Javni zavod je tako ne glede na vir pridobivanja prihodkov omejen pri porabi presežka, ker ga mora uporabiti za opravljanje in razvoj dejavnosti, vendar pa ni prepovedano, da se presežek ne bi uporabljal tudi za druge

namene, če ustanovitelj to seveda dovoli z aktom o ustanovitvi. Presežki bi se morali porabljeni za razvoj dejavnosti, razširitev dejavnosti, izboljšanje kakovosti storitev ali pa bi se morala zmanjšati poraba javnih sredstev za uresničevanje programa javnega zavoda. V danem primeru gre za pomanjkljivo zakonsko opredelitev in s tem nedoslednost zakonodajalca, saj bi slednji lahko odločil, da se sredstva vrnejo v proračun in bi se s tem zmanjšalo proračunsko financiranje. Ob tem ostaja odprta tudi vrsta drugih vprašanj, kot je npr. ločitev sredstev pridobljenih na trgu od proračunskih sredstev, kar bi vplivalo na prostost razpolaganja s temi sredstvi ter z morebitnim delom presežka, ki je ustvarjen z dejavnostjo na trgu, nadalje vprašanje investicij, ki se financirajo iz presežkov, čeprav te niso namenjene izvajanju javnih služb, so pa v praksi pogoste itn.

Celoten sistem financiranja je tako privedel do tega, da so se številni javni zavodi (tudi tisti, ki izvajajo lekarniško dejavnost) pričeli ukvarjati s tržnimi, včasih pa celo z gospodarskimi dejavnostmi kljub temu da javni zavod lahko opravlja gospodarsko dejavnost le, če je ta namenjena dejavnosti, za katero je ustanovljen (18. člen ZZ). Zakon o zavodih /ZZ/ ne določa, kdaj je dejavnost namenjena osnovni, temeljni dejavnosti, zato je to treba presojati v vsakem primeru posebej glede na zakone in akte o ustanovitvi, ki določajo dejavnost javne službe. Navedeno določilo 18. člena Zakona o zavodih /ZZ/ pa praviloma povzemajo zakoni in odloki o ustanovitvi javnih zavodov (Korpič-Horvat, 2003: 24-25).

S tem je na trgu nastala nenormalna situacija, saj javni zavodi pri izvajanju gospodarskih (tržnih) dejavnosti pomenijo nelojalno konkurenco na trgu v razmerju do zasebnega sektorja, ki mu zlahka konkurirajo, saj imajo večino svojih stroškov že pokritih iz državnega oziroma občinskih proračunov. To vprašanje pa se je ob vstopu v EU še zaostriilo, saj takšno stanje pomeni kršitev ene temeljnih evropskih politik, t.j. varstva svobode konkurence.

Ob navedenem moramo opomniti, da je Državni zbor RS z uveljavitvijo Zakona o lekarniški dejavnosti /ZLD/ liberaliziral izvajanje lekarniške dejavnosti na način, da jo lahko ob javnih zavodih, izvajajo tudi zasebniki na podlagi koncesije. Institut koncesije javne službe pa je bil uveden s sprejemom Zakona o zavodih /ZZ/. Slednji ureja splošni postopek podelitve koncesije (negospodarske) javne službe, pri čemer pa se nanaša predvsem na koncesije, ki se podelijo predvsem (zasebnim) zavodom, če izpolnjujejo predpisane pogoje za opravljanje javne službe. Tak zavod (zakon ga označuje s pojmom zavod s pravico javnosti) pa ima glede opravljanje javne službe pravice, dolžnosti in odgovornosti javnega zavoda (23., 24. člen ZZ). Seveda pa se lahko, po določilih Zakona o zavodih /ZZ/, koncesija za opravljanje javne službe da (podeli) tudi podjetju, društvu, drugi organizaciji ali posamezniku, ki izpolnjuje za opravljanje javne službe predpisane pogoje (28. člen ZZ). Koncesija za opravljanje dejavnosti javne službe se lahko da (podeli) z zakonom ali odlokom občine ali mesta ali z odločbo pristojnega organa v skladu z zakonom oziroma odlokom (akt o koncesiji) (25. člen ZZ). Posebnost te ureditve pa je v tem, da se lahko koncesija ustanovi in podeli tako s splošnim kot tudi posamičnim aktom - upravno odločbo. Zakon o zavodih /ZZ/ še določa, da se lahko

koncesija podeli za določen čas, pri čemer pa ne določa časovne omejitve (slednje je očitno prepuščeno ureditvam v področni zakonodaji). Bistvene pomanjkljivosti navedene zakonske ureditve koncesije (negospodarske) javne službe pa je v tem, da ne ureja številnih institutov, ki so značilni za koncesijska razmerja, kot so prenos koncesije, obvezna koncesija, dolžnosti in pravice v primeru višje sile, odgovornosti koncesionarja (za ravnanja zaposlenih oseb) in s tem v zvezi možnost koncedentovega začasnega prevzema javne službe ter odgovornosti koncedenta za ravnanja koncesionarja.

Ob navedeni pravni ureditvi koncesije v Zakonu o zavodih /ZZ/ pa lahko zasledimo nekatera določila tudi v področni zakonodaji, ki ureja izvajanje zdravstvene in lekarniške dejavnosti. Tako lahko npr. v skladu z določili Zakona o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/ (Uradni list RS, št. 23/2005-UPB2, 15/2008-ZPacP, 23/2008-ZZdrS-E, 77/2008-ZDZdr, 40/2012-ZUJF, 14/2013) javno službo v zdravstveni dejavnosti opravljajo na podlagi koncesije domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo z zakonom določene pogoje. Koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli z odločbo občinski oziroma mestni upravni organ s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje, koncesijo za opravljanje javne službe v drugih dejavnostih pa podeli z odločbo ministrstvo, pristojno za zdravje. V vseh postopkih odločanja mora koncedent pridobiti še mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pristojne zbornice ali strokovnega združenja. Zakon o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/ določa še vsebino koncesijske pogodbe in postopek odvzema koncesije (41. - 44. člen ZZDej). Specifično ureditev koncesije lahko zasledimo tudi v Zakonu o lekarniški dejavnosti /ZLD/, po katerem se lahko koncesija za izvajanje lekarniške dejavnosti podeli samo fizični osebi (lekarnarju). Koncesija za opravljanje lekarniške dejavnosti podeli pristojni občinski organ z odločbo na podlagi predhodnega soglasja ministrstva, pristojnega za zdravje ter mnenja lekarniške zbornice in Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS po izvedenem javnem razpisu. Podobno kot velja za Zakon o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/, tudi Zakon o lekarniški dejavnosti /ZLD/ določa še vsebino koncesijske pogodbe in postopek odvzema koncesije. Posebnost, ki jo zasledimo v Zakonu o lekarniški dejavnosti /ZLD/ pa je način nadaljevanja izvajanja koncesionirane lekarniške dejavnosti po smrti koncesionarja (13. - 20. člen ZLD).

Ob navedenih predpisih pa moramo opomniti še na določila Zakona o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/ (Uradni list RS, št. 127/2006). Slednji v V. poglavju posebej ureja nekatera vprašanja, ki se nanašajo na koncesijo storitev izvajanja gospodarskih javnih služb in koncesijo storitev izvajanja drugih dejavnosti (slednje bi lahko razumeli kot negospodarske dejavnosti). S specifično ureditvijo nekaterih vprašanj je Državni zbor RS z Zakonom o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/ vnesel v pravni red zmedo. Ob neenotni uporabi terminov (ZJZP uporablja termin 'koncesija storitev', ki jo lahko razumemo kot koncesijo javne službe) je Zakon o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/ določil, da se za izbiro koncesionarja in izvajanje koncesijskega razmerja, ko je predmet koncesije storitev izvajanje gospodarskih javnih služb ali dejavnosti, ki se zagotavljajo na način in pod pogoji, ki veljajo za gospodarske javne službe, ob določitih Zakona o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/, uporabljajo tudi pravila Zakona o gospodarskih

javnih službah /ZGJS/ (Uradni list RS, št. 32/1993, 30/1998-ZZLPPO, 127/2006-ZJZP, 38/2010-ZUKN, 57/2011-ORZGJS40). Ko pa je predmet koncesije storitev izvajanje drugih (negospodarskih) dejavnosti, se za izbiro koncesionarja in izvajanje koncesijskega razmerja smiselno uporabljajo pravila Zakona o gospodarskih javnih službah /ZGJS/. Slednje pa je povsem nelogično, obenem pa se pri uporabi navedenega določila v praksi zastavlja vprašanje, katera določila Zakona o gospodarskih javnih službah /ZGJS/ dejansko uporabiti, saj Zakon o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/ z navedenim ni določil subsidiarne uporabe določil Zakona o gospodarskih javnih službah /ZGJS/.

Izhajajoč iz navedenega lahko razberemo, da je zakonodajalec ob pomanjkljivi ureditvi instituta koncesije negospodarske javne službe v Zakonu o zavodih /ZZ/ poskušal v področni zakonodaji t.j. Zakonu o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/ in Zakonu o lekarniški dejavnosti /ZLD/ ter Zakonu o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/, urediti nekatera odprta vprašanja koncesijskih razmerij, vendar se je tega lotil nesistemično, nenatančno in stihijsko.

Lekarniška dejavnost

Z Zakonom o lekarniški dejavnosti /ZLD/ je določeno, da je lekarniška dejavnost del zdravstvene dejavnosti in obsega preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili. Preskrba z zdravili pa obsega izdajo zdravil na recept in brez recepta ter magistralno pripravo zdravil (1. člen ZLD).

V sedANJI pravni ureditvi je lekarniška dejavnost javna služba (2. člen ZLD), zato je moramo, za razumevanje pravne ureditve izvajanja lekarniške dejavnosti, ki je predmet predloga zakona najprej spregovoriti o samem pojmu javne službe.

Še pred navedenim pa moramo opomniti na vse glasnejše pozive po modernizaciji izvajanja socialnih in zdravstvenih storitev, med katere prištevamo tudi lekarniško dejavnost, znotraj Evropske unije. Ob argumentaciji, da je izvajanje lekarniške dejavnosti monopolno naravnano so vse glasnejši pozivi tudi v Sloveniji. V strokovnih krogih se posebej izpostavlja nujna potreba po modernizaciji izvajalskih oblik in načina izvajanja ne le lekarniške, pač pa tudi drugih dejavnosti s katerimi se prebivalcem zagotavljajo socialne in zdravstvene storitve.

V današnjem času se razpoložljivost večine dobrin sicer zagotavlja preko delovanja tržnih zakonitosti, vendar pa nekaterih dobrin ni mogoče zagotavljati preko sistema tržne proizvodnje saj bi bile v nasprotnem primeru cene dobrin za uporabnike z nizko kupno močjo previsoke. Zaradi navedenega nekatere dobrine zagotavlja družba (država) izven sistema delovanja tržnih zakonitosti v javnem interesu (Krajewski, 2003: 343). Te, t.i 'javne dobrine', so lahko ali določeni proizvodi, storitve, družbena razmerja ali družbeno stanje¹.

¹ Javne dobrine ločimo od ostalih dobrin po nekaterih lastnosti oziroma karakteristikah. Za javne dobrine je bistveno, da se zagotavljajo širši skupini prebivalcev na širšem območju. Dobavljajo se skupno ali kolektivno. Financirajo se solidarno, kar pomeni, da v družbi obstaja splošen konsenz, da vsak posameznik prispeva sredstva za zagotavljanje javnih dobrin, navkljub temu da javne dobrine morebiti ne uporablja. Slednje pomeni, da morajo biti financirane kolektivno in neodvisno od posameznika. So nekonkurenčne v smislu, da njih uporaba ne izključuje od uporabe drugih uporabnikov. Njihova bistvena značilnost je v tem, da se jim posameznik ne more odreči na način, da za njih uporabo ne bo plačeval (Sheldon, 1977: 108-109).

V teoriji upravnega prava se kot javne dobrine navajajo:

- dobrine, ki morajo biti na voljo vsem ljudem, ne glede na njihov materialni oziroma socialni položaj; v sodobni družbi morajo biti na primer vsi ljudje deležni osnovne izobrazbe,

Dejavnosti, s katerimi se zagotavljajo za družbo eksistenčno pomembne dobrine (tudi preskrba prebivalstva z zdravili) ali pa so le te pomembne zgolj za njen socialni, ekonomski ali kulturni razvoj, družba pogosto podvrže posebnemu pravnemu režimu 'javne službe'. Zagotavljanje dobrin, ki posamezniku omogočijo neodvisno in človeka vredno ter dostojno življenje je torej temelj javne službe (Fisher, 1998: 1, 5).

Ob odločitvi države o tem katere dobrine so za družbo tolikšnega pomena, da njih zagotavljanje izvzame iz sistema tržnih zakonitosti, mora le ta odločiti tudi o njih alokaciji in distribuciji med uporabnike. Slednje torej pomeni, da mora država odločiti o tem kdo naj dobi posamezno (javno) dobrino ter pod kakšnimi pogoji in tudi o tem kdo naj izvaja dejavnost javne službe ter skrbi za alokacijo in distribucijo (javnih) dobrin med uporabnike.

Dejstvo je, da se z razvojem družbe večja obseg za družbo pomembnih (javnih) dobrin in logična posledica tega je, da družba (država) skladno z razvojem širi obseg javnih služb. Z razvojem javnih služb pa se spreminja tudi vloga javnih oblasti (Evropske unije, države in lokalnih skupnosti) pri izvajanju dejavnosti javnih služb, ki se nenehno prilagajajo socialnemu, ekonomskemu in tehnološkemu razvoju.² Država v svojem bistvu izvaja tri temeljne funkcije in sicer: regulatorno (oblastno), pospeševalno in servisno.

V okviru regulatorne funkcije izvaja država družbeno regulacijo, pri čemer postavlja abstraktna pravila ravnanja ter na njihovi podlagi, na temelju realnih situacij, oblikuje konkretna pravna razmerja oz. konkretna pravila ravnanja. To funkcijo izvaja na njeni

osnovnega zdravstvenega varstva, ki zajema tudi oskrbo z zdravili, osebne in premoženjske varnosti itn.;

- dobrine, ki so - zaradi splošnega interesa - v sodobni družbi celo obvezne; take dobrine v obliki storitev javne uprave imamo zlasti na področju zdravstva, veterinarske službe, komunale, vzgoje in izobraževanja itn., kot na primer: obveznost zdravljenja nalezljivih bolezni, obvezna oddaja bolnika v bolnišnico, obvezno cepljenje živali, obvezna uporaba komunalnih storitev (npr. obvezni priključki na javni vodovod, kanalizacijo, obvezno odlaganje smeti na predpisana mesta), obvezno obiskovanje osnovne šole itn.; take dobrine so obvezne in jih mora družbena skupnost (država) po potrebi celo vsiliti tistim, ki ne bi sami uvideli, da so jim v korist in bi z neuporabo teh dobrin ogrozili življenje, zdravje ali kake druge dobrine drugih ljudi;
- dobrine, pri katerih ni mogoče individualizirati neposrednega uporabnika; uporabniki so vsi ljudje, ki prihajajo z njimi v stik, vendar jih ni mogoče ugotoviti in jim zaračunati storitev; take so npr. t.i. kolektivne komunalne storitve (kot je npr. uporaba cest, pločnikov, trgov, javnih parkov in nasadov, javne razsvetljave itd.) ali delovanje morskih svetilnikov, službe javne varnosti, varstva narave in okolja itd.;
- dobrine, katerih proizvajalci so po naravi stvari v monopolnem položaju nasproti uporabnikom; tu načela tržnega gospodarstva ne pridejo v poštev, ker ni mogoča konkurenca, ker se po naravi stvari lahko pojavlja na določenem območju le en sam proizvajalec: tak je npr. položaj na področju komunalnih dejavnosti, v cestnem prometu, v vodnem gospodarstvu itn. (Šinkovec, 1992: 274-275).

² Communication from the Commission - A methodological Note for the Horizontal Evaluation of Services of General Economic Interest (COM (2001) 598, 17.10.2001), stran 4.

izvršilni ravni celoten sistem državne uprave ter v določeni meri tudi nosilci javnih pooblastil.

Druga je pospeševalna funkcija, ki predstavlja sklop neoblastnih ukrepov države in njenih institucij, s katerimi v skladu s politiko omogoča hitrejši razvoj določenih dejavnosti oziroma področij družbenega življenja.

V okviru servisne funkcije pa zagotavlja javne dobrine, to je tiste dobrine, ki so nujno potrebne za zadovoljevanje potreb posameznikov, pa jih iz različnih razlogov ni mogoče zagotoviti prek sistema tržne menjave.

Vse navedene funkcije se izvajajo v splošnem (javnem) interesu, ki jim sploh daje njihov smisel in je temelj njihovega obstoja. Družbena regulacija omogoča predvidljivost ravnanja posameznikov v njihovih medsebojnih interakcijah in na ta način zagotavlja družbeno sožitje. Pospeševalni ukrepi zagotavljajo uravnoteženost družbenega razvoja in s tem ravnovesje družbenega sistema. Zagotavljanje javnih dobrin in javnih storitev pa omogoča proizvodnjo in distribucijo tistih dobrin in storitev, do katerih ni mogoče priti prek sistema tržne menjave, ampak samo preko določenih poti v organizirani družbeni skupnosti. Vse te dejavnosti predstavljajo splošni (javni) interes, ki ga je treba uresničiti zato, da se v končni posledici uresničijo interesi posameznikov oziroma zadovoljijo njihove potrebe.

Za razumevanje vsebine tega predloga zakona je posebej pomembna servisna funkcija t.j. zagotavljanje javnih dobrin in javnih storitev. Bistveno za te dobrine in storitve, ki se zagotavljajo v okviru servisne funkcije je, da jih ni mogoče pridobivati prek sistema tržne menjave. To sicer ne pomeni, da tržnih mehanizmov pri teh dejavnostih ni mogoče vzpostaviti, saj se lahko praktično vsako dejavnost izvaja na tržen način. Odsotnost tržnih mehanizmov v tej zvezi pomeni, da bi njihova vzpostavitev na posamezni dejavnosti lahko privedla do motenj v delovanju družbenega sistema oziroma njegovih posameznih podsistemov. Iz tega razloga država nadomesti te mehanizme tako, da zagotavlja njihovo izvajanje prek svojih upravnih sistemov v okviru temeljne funkcije, to je družbene regulacije (Trpin, 2005: 356-360).

Odsotnost tržnih mehanizmov nadomesti s svojo regulacijo bodisi država bodisi ožja (lokalna) ali širša (npr. evropska) skupnost, na katero država prenese pristojnost regulacije (OECD Report on Regulatory Reform Synthesis, 1997). Slednje pomeni, da na izvajanju dejavnosti javne službe in na razdelitvi (javnih) dobrin, ki iz teh dejavnosti izhajajo, država ali ožja oziroma širša skupnost, vzpostavi poseben javnopravni režim, ki ureja celokupnost vseh razmerij v zvezi s temi dejavnostmi.

Javna služba tako ni dejanski, ampak je normativni pojav. Ta normativni pojav je sicer pogojen z realnimi družbenimi razmerji, ki jih ureja, vendar je za sam pojem javne službe kljub vsemu bistven njegov normativni del. Ni javne službe brez njenega normativnega dela, ker brez pravne ureditve ni posebnega pravnega režima na posamezni dejavnosti, ki bistveno razlikuje pravni položaj te dejavnosti v razmerju do

povsem enake dejavnosti, ki se odvija v okviru zasebnopravnega režima (Trpin, 2005: 356-360).

Glede na navedeno lahko sklenemo, da o ustanavljanju ali ukinitvi javne službe odloča samo država (zakonodajalec). Od njene volje (javnega interesa) pa je odvisno, ali bo pristojnost odločitve o ustanovitvi oziroma ukinitvi javne službe ter vzpostavitvi posebnega pravnega režima javne službe in njegovem obsegu, torej pristojnost regulacije, prepustila ožji ali širši skupnosti ali pa bo o tem odločala sama. Prenos te pristojnosti na širšo (npr. evropsko) skupnost je odvisen od stopnje njene integracije v širšo družbeno skupnost, na ožjo (npr. regionalno ali lokalno) skupnost pa je pogojen predvsem s stopnjo decentralizacije države.

Na tem mestu moramo opomniti, da je Slovenija z vstopom v Evropsko unijo prevzela pravni red Evropske unije, ki pa enovitega pojma 'javna služba' ne uporablja, pač pa v pravnem redu Evropske unije zasledimo zgolj termin 'services of general interest' (prev. storitve v splošnem interesu), ki odkazuje na predmet javne službe in ga prvič zasledimo v Commission Communication on Services of General Interest in Europe (Uradni list C 281, 26.09.1996) in kasneje v Green Paper on Services of General Interest (COM (2003) 270 final, 21.5.2003) ter v White Paper on Services of General Interest (COM (2004) 374 final, 12.5.2004), ki so sicer politično zelo pomembni, vendar pravno nezavezujoči dokumenti.

V praksi se je termin 'services of general interest' pričel uporabljati na podlagi termina 'services of general economic interest', ki je v uporabi v primarnem skupnostnem pravu (Grilc & Ilešič, 2001: 5-6). Pomensko je širši od navedenega termina in zajema tako tržne (gospodarske) kot netržne (negospodarske) storitve, ki jih javne oblasti kvalificirajo kot tiste, ki se opravljajo v splošnem interesu in so podvržene posebnim obveznostim javne službe (angl. public service obligation). Sam termin 'services of general interest' je po besedah Evropske komisije kompleksen in spreminjajoč. Obsega širok krog od energetske, poštnih, transportnih in telekomunikacijskih storitev do zdravstva, izobraževanja in socialnih služb. Ravno tako pa obsega različne dimenzije izvajanja od evropskega, celo svetovnega do lokalnega okolja. Organizacija izvajanja teh dejavnosti pa je raznovrstna, kar je posledica kulturnih, zgodovinskih in geografskih raznolikosti ter tehnološke razvitosti posamezne države (Green Paper on Services of General Interest, 2003: 5).

V Green paper on Services of General Interest je Evropska komisija v uvodu poudarila, da so storitve, ki se izvajajo v splošnem interesu (angl. services of general interest) posebnega pomena za Evropsko unijo. Imajo posebno mesto med skupnimi vrednotami Evropske unije in so ključna prvina modela evropske družbe. Pomembno prispevajo k dvigu kvalitete življenja prebivalcev Evropske unije in preprečujejo socialno izključitev in izolacijo posameznih struktur prebivalcev. Glede na težo, ki jo imajo v gospodarstvu ter njihovo pomembno vlogo pri proizvodnji dobrin in storitev, kakovost, razpoložljivost in dostopnost teh storitev prispevajo k splošni konkurenčnosti evropskega gospodarstva in večji koheziji enotnega trga. Kot navaja Evropska komisija,

je učinkovito in nediskriminatorno zagotavljanje storitev v splošnem interesu pogoj za učinkovito delovanje enotnega trga ter bodočo ekonomsko integracijo v Evropski uniji. Te storitve so steber t.i. evropskega državljanstva (angl. european citizenship) in tvorijo nekatere pravice, ki jih uživajo prebivalci Evropske unije.

Dejstvo je, da dandanes pravic pravno ne urejajo in varujejo samo ustave držav, temveč številni akti mednarodnega prava, s tem pa dobivajo človekove pravice in njihovo varstvo univerzalno naravo. Sprejem mednarodnih pravnih aktov o človekovih pravicah je pospešila zlasti tragična izkušnja druge svetovne vojne, ki je pomenila eno hujših in najbolj množičnih kršitev človekovih pravic. Do takrat je namreč prevladalo stališče, da sta ureditev in varstvo človekovih pravic in svoboščin izključna domena vsake države, zato se vanje nihče ne sme vmešavati.

Po drugi svetovni vojni je pobudo za kodifikacijo pravic in svoboščin prevzela Organizacija združenih narodov, ki je 10. decembra 1948 sprejela Splošno deklaracijo človekovih pravic (Universal Declaration of Human Rights)³, ki ob klasičnih državljanskih in političnih pravicah obsega tudi nekatere novejšje kulturne, ekonomske in socialne pravice. V sklopu slednjih je potrebno, predvsem zaradi razumevanja vsebine predloga zakona, posebej izpostaviti določilo prvega odstavka 25. člena splošne deklaracije, po katerem ima vsakdo pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami; pravico do varstva v primeru brezposelnosti, bolezni, delovne nezmožnosti, vdovstva ter starosti ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, neodvisnih od njegove volje.

Čeprav Splošna deklaracija človekovih pravic ni pravno zavezujoč dokument, je izjemno pomembna, saj je postala merilo uresničevanja človekovih pravic v posameznih delih sveta in tudi izhodišče za sprejemanje univerzalnih in regionalnih aktov o človekovih pravicah. Ob univerzalnih dokumentih, ki jih je sprejela OZN, sta za Slovenijo posebej pomembni Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin /EKČP/ (ureja le državljanske in politične pravice), ki so jo na podlagi Splošne deklaracije o človekovih pravicah, dne 4. novembra 1950 v Rimu sprejele članice Sveta Evrope, veljati pa je začela 3. septembra 1950, Slovenija pa jo je skupaj s protokoli 1-7 in 9-11 ratificirala leta 1994 (Zakon o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, spremenjene s protokoli št. 3, 5 in 8 ter dopolnjene s protokolom št. 2, ter njenih protokolov št. 1, 4, 6, 7, 9, 10 in 11 /MKVCP/ (Uradni list RS-MP, št. 7/1994)) in Evropska socialna listina /MESL/, ki so jo dne 18.

³ Kljub temu, da pomeni Splošna deklaracija človekovih pravic vsebinsko kompromis med interesi zahodnih držav in interesi nekdanje Sovjetske zveze ter v njej ideološki krog vključenih socialnih držav in da ni pravno zavezujoč dokument, je ta deklaracija izjemnega pomena, saj je postala merilo uresničevanja človekovih pravic v posameznih delih sveta, pa tudi izhodiščni temelj za sprejemanje univerzalnih in regionalnih aktov o človekovih pravicah (Rupnik, Cijan & Grafenauer, 1996: 219).

oktobra 1961 sprejele članice Sveta Evrope, Slovenija pa jo je ratificirala leta 1999 (Zakon o ratifikaciji Evropske socialne listine (spremenjene) /MELS/ (Uradni list RS-MP, št. 7/1999)) (Kaučič & Grad, 2003: 96-100). Vsebina slednje pa je za razumevanje predloga zakona bistvena, saj skupaj s Protokolom zagotavlja vrsto socialnih pravic katerih vsebina so dobrine, ki jih mora prebivalcem zagotavljati država.

Države pogodbenice Evropske socialne listine /MESL/ so sprejele za cilj svoje politike, da si z vsemi ustreznimi državnimi in mednarodnimi sredstvi prizadevajo za ustvarjanje razmer, v katerih je mogoče učinkovito uresničiti 31 taksativno naštetih pravic in načel, med katerimi sta tudi pravica posameznika, da izrabi vse možnosti, ki mu omogočajo uživanje najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda ter pravica posameznika, ki je brez zadostnih sredstev do socialne in zdravstvene pomoči.

Na tem mestu moramo omeniti, da vsebino socialnih pravic, navedenih v Evropski socialni listini /MESL/, ki jih glede na razmerje med človekom in državo, razvrščamo med t.i. pravice pozitivnega statusa, ki dajejo posamezniku možnost, da lahko od države zahteva določene dobrine oziroma storitve, država pa jih mora izpolniti, ureja tudi Ustava Republike Slovenije /Ustava RS/ (Uradni list RS, št. 33I/1991-I, 42/1997-UZS68, 66/2000-UZ80, 24/2003-UZ3a, 69/2004-UZ14, 69/2004-UZ43, 69/2004-UZ50, 68/2006-UZ121, 140, 143, 47/2013-UZ148, 47/2013-UZ90, 97, 99). Slednja v okviru poglavja o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah ureja predvsem temeljne socialne in ekonomske pravice, nekatere druge ekonomske in socialne pravice pa so uvrščene v poglavje o gospodarskih in socialnih razmerjih.

Temelj in izhodišče za vse ekonomske in socialne pravice predstavlja načelo socialne države (2. člen Ustave RS), katerega izpeljavo na ustavnopravni ravni predstavljajo posamezne ustavne določbe v okviru poglavja o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah, o gospodarskih in socialnih razmerjih in o državni ureditvi. V okviru poglavja o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah pa je potrebno najprej omeniti vse tiste ustavne določbe, ki zagotavljajo posamezne temeljne socialne pravice kot človekove pravice; ob njih pa tudi določbe, iz katerih sicer ne izhajajo posamezne človekove pravice, državo pa vendar zavezujejo k določenemu aktivnemu ravnanju (ustvarjanju možnosti) pri zagotavljanju določenih socialnih storitev in dobrin. Kot najpomembnejše je na tem mestu potrebno omeniti predvsem ustavne določbe v zvezi s socialno varnostjo v širšem smislu (50. člen o pravici do socialne varnosti, 51. člen o pravici do zdravstvenega varstva, 52. člen o pravicah invalidov), ob njih pa še določbe o varstvu družine, starševstva in otrok (53. do 56. člen) in določbe o izobrazbi (57. člen), o stanovanju (78. člen). Nadalje pa so izraz načela socialne države tiste ustavne določbe, s katerimi je vsebina, dosežek določenih človekovih pravic oziroma svoboščin zamejen tudi s socialnim vidikom: pri opredelitvi ustavnopravnega jamstva lastnine je treba upoštevati njeno socialno funkcijo (33. člen v povezavi s 67. členom); čeprav je gospodarska pobuda svobodna, pa se ne sme opravljati v nasprotju z javno koristjo, v okviru katere je mogoče upoštevati tudi usklajen gospodarski in socialni razvoj (prvi in drugi odstavek 74. člena) (Šturm et al, 2002: 90-91).

Ob navedenem pa je potrebno še posebej izpostaviti določilo 14. člena Ustave RS, ki v prvem odstavku med okoliščinami, ki ne smejo biti podlaga za razlikovanje, našteva tudi gmotno stanje in družbeni položaj posameznika, v drugem odstavku pa določa splošno načelo enakosti, ki pa skupaj z načelom pravne države in z načelom socialne države pomeni udeljanje načela pravičnosti v Ustavi RS (Šturm et al, 2002: 172). V okviru načela enakosti so v Sloveniji vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, kar pa v primeru pravic pozitivnega statusa in določb, iz katerih sicer ne izhajajo posamezne človekove pravice, državo pa vendar zavezujejo k določenemu aktivnemu ravnanju (ustvarjanju možnosti) pri zagotavljanju določenih dobrin in storitev, predstavlja za državo obveznost, da vzpostavi učinkovit sistem za proizvodnjo ter alokacijo in distribucijo dobrin in storitev, ki so vsebina navedenih pravic pozitivnega statusa in drugih določb ustave, med prebivalstvo.

Ureditev človekovih pravic in svoboščin se v primerjavi z drugimi določbami Ustave RS razlikuje po tem, da se človekove pravice in svoboščine uresničujejo neposredno na podlagi Ustave RS (prvi odstavek 15. člena). Načelo neposrednega uresničevanja navedenih socialnih pravic, ki so predmet obravnave v v predlogu zakona, vsebuje, enako kot to velja za vse ostale pravice in svoboščine, na eni strani ustavno prepoved zakonodajalcu, da z zakonom omejuje te pravice in svoboščine, na drugi strani pa daje posamezniku najmočnejše pravno jamstvo pri uveljavljanju teh pravic. To načelo pa je pomembno tudi s stališča varstva človekovih pravic in svoboščin, saj se posameznik za varstvo svojih pravic lahko neposredno sklicuje na ustavo. Socialne in ekonomske pravice, v nasprotju z absolutnimi pravicami, terjajo zakonsko ureditev, pri čemer pa je drugi odstavek 15. člena Ustave RS določil tri zavezujoče pogoje, ki jih mora Državni zbor RS kumulativno upoštevati:

- a. predpisati je mogoče samo način uresničevanja človekovih pravic in svoboščin;
- b. to je mogoče storiti samo z zakonom, ne pa tudi z drugim predpisom,
- c. in to le tedaj, kadar tako določa ustava, ali če je nujno zaradi same narave posamezne pravice ali svoboščine (Kaučič & Grad, 2003: 102-103).

Državni zbor RS je tako dolžan z ustrezno normativno aktivnostjo:

- določiti način uresničevanja navedenih pravic;
- določiti vsebino navedenih pravic in upravičence;
- oblikovati pravno podlago sistema za proizvodnjo in alokacijo ter distribucijo dobrin in storitev, ki so vsebina navedenih pravic pozitivnega statusa in drugih ustavnih določb, iz katerih sicer ne izhajajo posamezne človekove pravice, državo pa vendar zavezujejo k določenemu aktivnemu ravnanju (ustvarjanju možnosti) pri zagotavljanju določenih socialnih storitev in dobrin;
- zagotoviti ustrezen sistem financiranja proizvodnje dobrin in storitev;
- vzpostaviti posebno institucionalno strukturo za delovanje sistema ter
- nenazadnje zagotoviti tudi učinkovito uveljavljanje posameznih pravic.

Pri oblikovanju predpisov z navedenega področja, njihovem izvrševanju in interpretaciji mora država (zakonodajalec) upoštevati načelo socialne države, kar pomeni, da mora usklajeno upoštevati interese vseh skupin prebivalstva, še posebej tistih s slabšim socialno-ekonomskim položajem oziroma tistih, ki zaradi svojega šibkega položaja v razmerju do drugih skupin prebivalstva ne morejo sami enakovredno uveljavljati svojih interesov nasproti interesom drugih. Načelo socialne države nalaga obveznost upoštevati socialne interese posameznikov oziroma posameznih skupin prebivalstva. Država je tako dolžna z aktivnimi ukrepi nuditi pomoč tistim, ki so je zaradi svojega neugodnega socialnega položaja potrebni. Načelo socialne države izhaja iz spoznanja, da ne zadostuje le določitev civilnih in političnih pravic kot obrambnih pravic, saj te mnogim posameznikom v praksi niso dejansko enako dostopne in vsi ne morejo enako učinkovito uresničevati vseh teh pravic, če posameznik nima osnovnih pogojev za življenje, delo, ustvarjanje, pridobivanje in človekov razvoj, zato so potrebni aktivni ukrepi države v korist šibkejših posameznikov ali skupin. Gre za prehod od liberalističnega pojmovanja države v koncept socialne pravne države. Temeljni premik v zahtevi, da je namesto formalne enakosti treba zagotavljati materialno enakost, t.j. dejansko enakost možnosti pri učinkovitem uresničevanju vseh posameznih pravic v praksi, v stvarnem življenju, za slednje pa je osnovni predpogoj predvsem izenačevanje dejanskih pogojev za pridobivanje materialnih in moralnih dobrin (Šturm et al, 2002: 94-95).

Država je tako (na področju socialnih pravic) na podlagi določila prvega odstavka 50. člena Ustave RS (pravica do socialne varnosti), ki določa, da imajo državljani pod pogoji, določenimi z zakonom, pravico do socialne varnosti, zavezana z ustreznimi ukrepi zagotoviti vzpostavitev in delovanje sistema socialne varnosti, iz katerega bodo za posameznika izhajala urejena in pravno zavarovana upravičenja. Aktivnosti države, ki jo zadeva navedena ustavna določba, se nanašajo tako na njeno zakonodajno, izvršilno in sodno funkcijo. Država je tako dolžna posameznikom zagotoviti socialno varnost, vendar vsebina te pravice v Ustavi RS ni podrobno določena. Navedeni prvi odstavek 50. člena Ustave RS glede opredelitve vsebine ustavne pravice do socialne varnosti napotuje na zakon (t.i. zakonski pridržek), a se ob tem zastavlja vprašanje kakšna je lahko oziroma mora biti zakonska izpeljava te ustavne pravice. Na to vprašanje Ustava RS ne daje jasnega odgovora, se pa osredotoča izključno na zakonsko določena sredstva in na razmerje med uporabljenimi sredstvi in namenom zakonodajalca. Zakonodajalec ne zavezuje, da sprejema določene ukrepe, ampak mu daje možnost izbire. Zakonodajalec lahko tako sprejme vsak ukrep, ki bo pomenil izpolnitev njegove obveznosti. Vendar pa slednje ne pomeni, da je zakonodajalec popolnoma svoboden pri oblikovanju sistema socialne varnosti oziroma določitve načina izvrševanja ustavne pravice do socialne varnosti. V prvem odstavku 50. člena Ustave RS določena pravica do socialne varnosti je najbolj splošna in temeljna. Sistem človekovih pravic s področja socialne varnosti je v Ustavi RS dograjen še z nekaterimi konkretnije opredeljenimi pravicami oziroma področji varovanja. Nujni sestavni del te pravice so obvezna socialna zavarovanja (drugi odstavek 50. člena); izrecno so navedena zdravstveno, pokojninsko in invalidsko zavarovanje (Šturm, 2002: 517-554). V 51. členu pa je posebej urejena pravica do zdravstvenega varstva, ki je ena temeljnih

pravic pozitivnega statusa in terja od države, da mora vzpostaviti učinkovit sistem za zagotavljanje storitev zdravstvenega varstva, kar pomeni, da mora država vzpostaviti tak sistem javne zdravstvene službe in s tem tudi javne lekarniške službe, ki je sposobna nuditi prebivalcem potrebne zdravstvene storitve.

Zakonodajalec je, na podlagi navedenega 51. člena Ustave RS z Zakonom o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/, vzpostavil mrežo javnih zdravstvenih služb, na primarni ravni (obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, ki se izvaja na podlagi posebnega Zakona o lekarniški dejavnosti /ZLD/), sekundarni (obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost) ter terciarni ravni (obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov) in opredelil katere dejavnosti se izvajajo v okviru javne zdravstvene službe in uredil položaj zdravstvenih institucij in zdravstvenih delavcev, ki izvajajo zdravstveno dejavnost (z Zakonom o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/, Zakonom o zdravniški službi /ZZdrS/ (Uradni list RS, št. 72/2006-UPB3, 15/2008-ZPacP, 58/2008, 107/2010-ZPPKZ, 40/2012-ZUJF) in z Zakonom o opravljanju zdravstvenih poklicev v Republiki Sloveniji za državljane drugih držav članic Evropske unije /ZOZPEU/ (Uradni list RS, št. 86/2002, 2/2004)).

Na tem mestu moramo omeniti, da je zakonodajalec z Zakonom o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/ določil, da se zdravstvena dejavnost opravlja kot javna služba v okviru mreže javne zdravstvene službe. Ob tem je določil, da javno zdravstveno mrežo na primarni ravni, ki obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost določi in zagotavlja občina ali mesto v skladu z merili za postavitev mreže javne zdravstvene službe, ki se določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije ob upoštevanju:

- zdravstvenega stanja, števila, starostne in socialne strukture prebivalcev,
- enakih pogojev oziroma možnosti za uporabo zdravstvenih storitev,
- potrebnega obsega posamezne dejavnosti,
- stopnje urbanizacije območij, specifičnosti poselitve in dostopnosti na demografsko ogroženih območjih ter stanja onesnaženosti okolja in
- gospodarskih možnosti (4., 5. člen ZZDej).

1 Regulacija lekarniške dejavnosti

Država, oziroma po njenem pooblastilu širša (evropska) ali ožja (lokalna) skupnost, vstopa na področje javne lekarniške službe na eni strani kot regulator lekarniške dejavnosti, na drugi strani pa kot izvajalec lekarniške dejavnosti, kadar in kolikor jih izvaja sama v lastni režiji oziroma kot (so)lastnica (kapitalskih deležev) ali (so)ustanoviteljica različnih pravnih oseb bodisi javnega bodisi zasebnega prava (izvajalcev javne lekarniške službe). Temelj regulacije javne lekarniške službe je lekarniška dejavnost, ki jo država (zakonodajalec) v javnem interesu izvzame iz sistema tržnih mehanizmov in s pravnimi normami uredi celokupnost vseh pravnih razmerij, ki se nanašajo na njeno izvajanje ter zagotavljanje preskrbe prebivalstva z zdravili, kar je

predmet lekarniške dejavnosti. Na tem mestu moramo opomniti, da je vsebina regulacije lekarniške dejavnosti odvisna od njene narave.

Glede na naravo sicer ločimo med gospodarskimi (tržnimi) in negospodarskimi (netržnimi) dejavnostmi, vendar v slovenski pravni ureditvi ne zasledimo podrobne definicije gospodarske oziroma negospodarske dejavnosti. V zakonodaji lahko zasledimo samo definicijo pridobitne dejavnosti, to je dejavnosti, ki se na trgu opravlja zaradi pridobivanja dobička (drugi odstavek 3. člena Zakona o gospodarskih družbah /ZGD-1/ (Uradni list RS, št. 65/2009-UPB3, 33/2011, 91/2011, 32/2012, 57/2012, 44/2013-odl US, 82/2013, 55/2015)). Glede na navedeno lahko trdimo, da je pojem pridobitne dejavnosti dejansko sinonim za pojem gospodarske dejavnosti, vendar moramo gospodarsko dejavnost, kot pridobitno dejavnost razmejiti od gospodarske dejavnosti javne službe. Pri slednji je praviloma pridobivanje dobička podrejeno zadovoljevanju javnih potreb. Tako lahko razumemo tudi določilo drugega odstavka 1. člena Zakona o gospodarskih javnih službah /ZGJS/, ki določa, da se z gospodarskimi javnimi službami zagotavljajo materialne javne dobrine kot proizvodi in storitve, katerih trajno in nemoteno proizvodnje v javnem interesu zagotavlja Republika Slovenija oziroma občina ali druga lokalna skupnost zaradi zadovoljevanja javnih potreb, kadar in kolikor jih ni mogoče zagotavljati na trgu. Pri zagotavljanju navedenih dobrin pa je pridobivanje dobička podrejeno zadovoljevanju javnih potreb (drugi odstavek 2. člena ZGJS).

Na podlagi navedenega se lahko vsaka gospodarska dejavnost izvaja kot dejavnost gospodarske javne službe, kadar se pridobivanje dobička podredi zadovoljevanju javnih potreb. Z navedenim se pridobitna dejavnost dejansko omeji, kar pa je, v skladu z določilom tretjega odstavka 74. člena Ustave RS, to v pristojnosti zakonodajalca. Navedeno določilo je dejanska pravna podlaga za odločanje zakonodajalca, v katerih pridobitnih dejavnostih bo pridobivanje dobička podredil zadovoljevanju javnih potreb. Okvir navedenih dejavnosti pa je zakonodajalec določil s prvim odstavkom 2. člena Zakona o gospodarskih javnih službah /ZGJS/, po katerem se gospodarske javne službe določijo z zakoni na področju energetike, prometa in zvez, komunalnega in vodnega gospodarstva in gospodarjenja z drugimi vrstami naravnega bogatstva, varstva okolja ter z zakoni, ki urejajo druga področja gospodarske infrastrukture.

V kolikor je cilj opravljanja gospodarskih dejavnosti pridobivanje dobička, je cilj opravljanja negospodarskih dejavnosti temu nasproten. V primeru negospodarskih dejavnosti javnih služb se pridobitni namen popolnoma podredi zadovoljevanju javnih potreb. Negospodarska narava dejavnosti javnih služb je v praksi zlasti značilna za tiste dejavnosti, s katerimi se zagotavljajo dobrine oziroma storitve, ki so predmet človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Negospodarska narava dejavnosti je praktično odraz načela socialne države, saj država z izvajanjem negospodarskih dejavnosti s katerimi se zagotavljajo posamezniku dobrine in storitve, ki mu omogočajo uživanje njegovih človekovih pravic in svoboščin, izvaja svojo socialno funkcijo. Cilj izvajanja navedenih dejavnosti ni zgolj v zadovoljevanju javnih potreb temveč predvsem v zagotavljanju dejanske enakosti, saj mora država za vsakogar ustvariti pogoje za

nemoteno uresničevanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, ki so z ustavo zagotovljene vsakomur, ne glede na njegove osebne okoliščine (narodnost, raso, spol, jezik itn.) in še posebej ne glede na njegovo gmotno stanje. Slednje torej pomeni, da mora biti vsakomur omogočen dostop do dobrin in storitev, ki so predmet človekovih pravic in temeljnih svoboščin, ne glede na njegov finančni položaj in njegovo zmožnost plačevanja navedenih dobrin in storitev.

Podobno kot to velja za gospodarske dejavnosti, v slovenski pravni ureditvi ne zasledimo definicije negospodarske dejavnosti. Okvir navedenih dejavnosti zasledimo v drugem odstavku 1. člena Zakona o zavodih /ZZ/, ki med te dejavnosti prišteva dejavnost vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, katerih cilj ni pridobivanje dobička. Iz navedenega lahko sklenemo, da je narava lekarniške dejavnosti negospodarska (netržna).

Ob navedenem moramo na tem mestu opomniti, da so od same narave in vsebine dejavnosti javne službe odvisna vsa pravno urejena družbena razmerja, ki nastajajo v zvezi z njenim izvajanjem in njenimi rezultati. Izvajanje dejavnosti javnih služb je lahko bodisi obvezno bodisi ne. Izvajanja negospodarskih dejavnosti javnih služb, s katerimi se zagotavljajo dobrine oziroma storitve, ki so predmet človekovih pravic in temeljnih svoboščin pa je v načelu obvezno, saj mora država vsakomur omogočiti nemoteno uživanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, pa vendar lahko v praksi zasledimo vrsto primerov, ko se bodisi država bodisi lokalne skupnosti samostojno odločajo ali bodo na določenem območju izvajale dejavnosti negospodarskih javnih služb. Takšen primer je ravno na področju izvajanja lekarniške dejavnosti, ki je v pristojnosti lokalnih skupnosti. Slednje se lahko samostojno odločijo, ali bodo prebivalstvu na njenem območju zagotovile preskrbo z zdravili, kar je predmet javne službe lekarniške dejavnosti, ali ne.

2 Vsebina regulacije lekarniške dejavnosti

Shematsko lahko vsebino regulacije javne lekarniške službe razdelimo v (Pličanič, 1999: 923-937; Virant, 2004: 130; Trpin, 2003: 361; Pirnat, 2004: 125):⁴

- a. ureditev splošnega pravnega okvira** javne službe, ki zajema zlasti:
- določitev dejavnosti, v kateri je prisoten splošen interes;

⁴ Upravljanje javnih služb obsega zlasti naslednje naloge (Pirnat, 2004: 125):

- predpisovanje načina in pogojev izvajanja javne službe (regulation),
- odločanje o dostopu do izvajanja javne službe in določanje posebnih pogojev opravljanja dejavnosti (licensing),
- določanje cen in drugih ekonomskih pogojev izvajanja javne službe (pricing),
- nadzor.

- opredelitev obsega in vsebine javnega interesa ter ustreznega javnopravnega režima oziroma obveznosti javne službe, ki naj zagotovi uresničitev splošnega interesa,
- določitev sistema financiranja izvajanja lekarniške dejavnosti, kar zajema tudi določanje cen in drugih ekonomskih pogojev opravljanja dejavnosti in
- določitev oblik oziroma načina izvajanja lekarniške dejavnosti.

Ta del regulacije javne službe je običajno v pristojnosti države, znotraj državne oblasti pa v pristojnosti zakonodajalca.

b. sprotno 'normativno' intervencijo oziroma upravljanje javne službe, ki se nanaša na:

- določanje tehničnih in drugih pogojev (standardov in normativov) za izvajanje javne lekarniške službe;
- reševanje sporov med samimi izvajalci lekarniške dejavnosti ter med njimi in uporabniki javnih dobrin in storitev;
- nadzor nad izvajanjem predpisov idr.

Takšna dejavnost je na ravni države običajno v pristojnosti izvršilno-upravne veje oblasti (torej vlade).

V zvezi z vprašanjem regulacije javnih služb je tako v Sloveniji kot v drugih državah članicah EU posebej aktualno vprašanje razmejitev regulativne pristojnosti med EU, državo in lokalnimi skupnostmi (regijami, pokrajinami, občinami). Razmejitev teh pristojnosti je vsekakor kompleksna in pogosto zavajajoča tako za države članice, lokalne skupnosti in izvajalce javnih služb kot tudi uporabnike dobrin oziroma storitev (Green Paper on Services of General Interest, 2003: 9).

2.1 Regulativna pristojnost EU

Pomembno je vedeti, da je bil osnovni namen ustanovitve evropskih skupnosti, ki so ob ustanovitvi imele, vsaka zase, svoj okvir v izvajanju ekonomskih ciljev, v zagotavljanju temeljnih ekonomskih svoboščin, to je; *a. prostega prometa blaga*, *b. prostega gibanja oseb*, *c. prostega pretoka kapitala* in *d. svobodo opravljanja storitev na skupnem evropskem trgu*. Zato ne preseneča dejstvo, da v sami Pogodbi o delovanju Evropske unije ne zasledimo določil, ki bi se neposredno nanašale na javne službe, zasledimo pa vrsto določil, ki pa vplivajo na njihovo izvajanje.

Za razmejitev regulativne pristojnosti med EU in državo članico je bistveno razlikovanje med gospodarsko (tržno) in negospodarsko (netržno) naravo storitev, ki se zagotavljajo z izvajanjem javne službe. Narava in vsebina posamezne storitve sta tako konstitutivna elementa aplikacije svobode opravljanja storitev na enotnem trgu in uporabe pravil konkurenčnega prava EU.

Termin storitve (services) zasledimo v 57. členu Pogodbe o delovanju Evropske unije (Uradni list Evropske unije C326/70, 26.10.2012), ki določa, da med storitve štejejo vse tiste, ki se praviloma opravljajo za plačilo⁵ in kolikor jih ne urejajo določbe, ki se nanašajo na prosti pretok blaga, kapitala in oseb.⁶ Sodišče ES (danes Sodišče EU) je tako npr. odločilo, da se po PES med storitve ne šteje tistih storitev, ki se financirajo izključno iz javnih sredstev.⁷ Glede na navedeno in ob upoštevanju določila prve točke prvega odstavka Direktive 2006/123/ES o storitvah na notranjem trgu (Uradni list EU L 376/36, 27.12.2006, ki določa, da termin 'storitev' pomeni vsako pridobitno dejavnost, ki se praviloma opravlja za plačilo, lahko sklenemo, da med storitve, v smislu navedenega določila 57. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije, štejemo zgolj storitve gospodarske (tržne) narave. Iz navedenega izhaja, da negospodarske (netržne) storitve (dejavnosti) niso predmet urejanja prava EU.

Razlikovanje med gospodarsko (tržno) in negospodarsko (netržno) naravo storitev pa je pomembno tudi zaradi opredelitve pojma podjetja (*undertaking*) v smislu uporabe konkurenčnega prava EU.⁸ Sodišče ES (danes Sodišče EU) je jasno povedalo, da se konkurenčna pravila prava EU in pravila notranjega trga nanašajo na podjetja, torej vsako entiteto, ki opravlja gospodarsko (tržno) dejavnost ne glede na njen pravni status in ne glede na način financiranja njenega delovanja⁹ ter da je vsako ponujanje dobrin in storitev na trgu gospodarska (tržna) dejavnost¹⁰.

Sodišče EU v svojih odločitvah, ki se nanašajo na področje svobode opravljanja storitev in uporabe pravil konkurenčnega prava EU, posebej poudarja pomembnost razmejitve med gospodarsko (tržno) in negospodarsko (netržno) naravo storitve. Ali je šteti neko storitev za gospodarsko (tržno) ali negospodarsko (netržno) je predvsem odvisno od tega na kakšen način država oziroma od nje pooblaščen lokalna skupnost (regija, pokrajina, občina) organizira zagotavljanje teh storitev, se pravi v kakšni obliki in na kakšen način. Zatorej je v pristojnosti države članice EU, da odloči ali bo izvajanje posamezne dejavnosti in s tem zagotavljanje storitev podredila svobodi opravljanja

⁵ V zadevi Humbel (263/86, Humbel, [1998] ECR 5365, para 17) je Sodišče ES odločilo, da je bistvena značilnost plačila v dejstvu, da pomeni nadomestilo za opravljeno storitev in je normalno dogovorjeno med izvajalcem in uporabnikom storitve. Glej še zadeve C-157/99, Geraets-Smits/Peerbooms [2001], ECR I-5473, para. 58 in zadeva C-451/99, Cura Anlagen, [2002] ECR I-3193, para. 18.

⁶ K storitvam štejejo zlasti: a. dejavnosti industrijskega značaja, b. dejavnosti trgovinskega značaja, c. obrtne dejavnosti in d. dejavnosti samostojnih poklicev. 50. člen PES.

⁷ Zadeva C-109/92, Wirth, [1993] ECR -6447, para. 17 mnenje AG Stix-hackl, združena primera C-76/05 in C-318/05, Schwarz in Commission/Germany, para. 34 et seq.

⁸ Zadeva C-41/90, Höfner und Elser [1991] ECR I-3851, para. 36.

⁹ Primer C-41/90 Höfner [1991] ECR I-1979. V tem primeru je Sodišče ES (danes Sodišče EU) za podjetja štelo tudi nemške agencije za zaposlovanje, ki bi jih, kot trdi Pirmat, po našem pravu lahko uvrstili med zavode. V primeru C-69/91 Decoster [1993] ECR I-5335, pa je Sodišče ES povedalo, da je lahko podjetje tudi del državne uprave in da je obstoj pravne osebnosti v tem smislu irelevanten.

¹⁰ Združena primera C-180-184/98, Pavel Pavlov and Others v Stichtung Pensionenfonds Medische Spezialisten [2000] ECR I-691.

storitev in/ali uporabi pravil konkurenčnega prava EU. Na primer, če se lekarniška dejavnost v pretežni meri financira iz javnih sredstev in se izvaja preko javnih institucij, potem sta tako dejavnost kot tudi izvajalec javne službe izvzeta iz uporabe pravil konkurenčnega prava EU. Če pa se država članica odloči, da se bo lekarniška dejavnost v pretežni meri financirala s plačili uporabnikov in iz zasebnih sredstev uporabnikov storitev ali če na področju lekarniške dejavnosti uvede konkurenco, potem je lekarniška dejavnost gospodarska dejavnost in izvajalci te javne službe zapadejo pod pravila konkurenčnega prava EU. Z drugimi besedami, komercializacija dejavnosti javne službe je pogosto razlog, da dejavnosti in izvajalci javnih služb zapadejo pod pravila konkurenčnega prava EU (Krajewski, 2003: 343).

Da povzamemo: predmet urejanja konkurenčnega prava EU in svobode opravljanja storitev so zgolj storitve gospodarske (tržne) narave. Če so storitve javnih služb po naravi opredeljene kot negospodarske (netržne), potem se zanje ne uporablja večine pravil prava EU. Ko pa ima storitev gospodarsko (tržno) naravo, zapadeta tako dejavnost kot tudi izvajalec te dejavnosti pod pravila konkurenčnega prava EU. Če se izvajanje teh dejavnosti prenese na izvajalca s posebnimi obveznostmi javne službe, kot so npr. univerzalne storitve, potem so te dejavnosti, dejavnosti gospodarske javne službe (splošnega gospodarskega pomena) v smislu drugega odstavka 106. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (prejšnji 86. člena PES) (Green Paper of Services of General Interest, 2003: 9-10).

Izhajajoč iz navedenega lahko sklenemo, da je EU pristojna normativno urejati področja, ki se nanašajo (tudi) na izvajanje gospodarskih javnih služb. Osnovni namen regulativne pristojnosti EU na navedenih področjih je, da z ukrepi, ki so ji na voljo, zagotovi prebivalcem EU dostop do visokokvalitetnih dobrin oziroma storitev, ki se zagotavljajo z gospodarskimi javnimi službami (Green Paper on Services of General Interest, 2003: 9-10).

Javne službe nad katerimi ima EU regulativno pristojnost lahko glede na obseg razvrstimo v tri skupine in sicer:

a. Gospodarske javne službe, ki jih izvajajo velike, na infrastrukturo (omrežja) vezane industrije (network industries)

Evropska komisija sprejela vrsto predpisov, ki tvorijo pravni okvir za izvajanje na gospodarskih javnih služb na navedenih področjih in vključujejo obveznosti javne službe na ravni EU ter zagotavljajo varstvo potrošnikov oziroma uporabnikov, varnost in zdravje ljudi ter pravico do univerzalne storitve.

b. Druge gospodarske javne službe

Druge gospodarske javne službe kot so npr. ravnanje s komunalnimi odpadki, oskrba s pitno vodo ali RTV oddajanje niso predmet splošnega pravnega režima EU. Na splošno je izvajanje in organizacija teh gospodarskih javnih služb predmet

notranje državne ureditve, konkurenca in državna pravila dodeljevanja pomoči pa lahko vplivajo na poslovanje med državami članicami. Na izvajanje teh gospodarskih javnih služb pa lahko vplivajo tudi posamezna pravila prava EU, kot je npr. okoljevarstvena zakonodaja.

c. Negospodarske javne službe in javne službe, ki nimajo vpliva na trgovanje med državami članicami

Za negospodarske javne službe in javne službe, ki ne vplivajo na trgovanje med državami članicami¹¹ ne veljajo posebna pravila prava EU, ravno tako zanje ne veljajo pravila Pogodbe o delovanju Evropske unije o enotnem trgu, konkurenčna pravila in pravila o državnih pomočeh. Vendar pa zanje veljajo splošna načela prava EU kot je npr. načelo nediskriminacije.

Na področju negospodarskih javnih služb uživajo nacionalne, regionalne oziroma lokalne oblasti držav članic EU sicer polno regulativno pristojnost, vendar pa morajo pri izvajanju negospodarskih javnih služb spoštovati nekatera načela prava EU kot sta npr. načeli nediskriminatornosti in prostega dostopa do vseh storitev vsem prebivalcem EU.

Navkljub navedenemu pa lahko v pravni ureditvi EU zasledimo Direktivo Sveta z dne 16. septembra 1985 o uskladitvi zakonov in drugih predpisov v zvezi z nekaterimi dejavnostmi na področju farmacije, na podlagi katere so države članice EU zavezane imetnikom diplome, spričevala ali druge univerzitetne ali enakovredne izobrazbe iz farmacije, ki izpolnjuje pogoje določene z navedeno direktivo, zagotoviti pravico vsaj do dostopa do opravljanja dejavnosti, ki zajema: oblikovanje zdravil; izdelavo in preskušanje zdravil; preskušanje zdravil v laboratoriju za zdravila; skladiščenje, hrambo in distribucijo zdravil v prodaji na debelo; pripravo, preskušanje, skladiščenje, nabavljanje in izdajanje zdravil v javnih lekarnah; pripravo, preskušanje, shranjevanje in izdajanje zdravil v bolnišnicah; informiranje in svetovanje o zdravilih.

¹¹ Presoja vpliva na poslovanje med državami članicami je posebej pomembno na področju lokalnih javnih služb, za katere se, v primeru, da njihovo izvajanje ne vpliva na trgovanje med državami članicami, ne uporabljajo pravila Pogodbe o delovanju Evropske unije o enotnem trgu, konkurenčna pravila in pravila o državnih pomočeh. Na tem mestu moramo omeniti, da je Sodišče EU v svojih odločitvah široko interpretiralo vsebino vpliva na trgovanje med državami članicami. V primeru Glöckner (C-475/99), je nemška vlada določila, da je ambulantni prevoz po definiciji storitve lokalnega značaja in da je zato izključen vsakršen vpliv na trgovanje med državami članicami. Evropska komisija pa je npr. na drugi strani, upoštevaje bližino Belgije, Francije in Luxemburga poudarila, da ni moč izključiti opravljanja ambulantnih prevozov preko meja in da je celo mogoče zaznati primere prevozov bolnikov iz ene v drugo državo članico. V nadenem primeru, je Sodišče EU odločilo, da v primeru storitev vpliv na strukturo trgovanja med državami članicami 'lahko obstaja (...) v zadevnih dejavnostih, ki se opravljajo na takšen način, da je njihova posledica delitev skupnega trga in s tem omejevanje prostega pretoka storitev, kar predstavlja (tj. prost pretok storitev, op. prev.) enega od ciljev Pogodbe' in da 'na trgovanje med državami članicami lahko vpliva ukrep, ki preprečuje, da bi se podjetje ustanovilo v drugi državi članici z namenom zagotavljanja storitve na zadevnem trgu.

Ob navedenem direktiva nalaga državam članicam minimalne pogoje, ki morajo biti izpolnjeni za podelitev diplom, spričeval in drugih formalnih kvalifikacij za pridobljeno univerzitetno ali enakovredno izobrazbo iz farmacije.

Z navedenim je EU dejansko poenotila dostop do opravljanja lekarniške dejavnosti na območju vseh držav članic EU.

2.2 Regulativna pristojnost države in lokalnih skupnosti

Kot izhaja iz razprave v poglavju o regulativni pristojnosti EU so nacionalne, regionalne in lokalne oblasti vsake države članice v načelu svobodne pri odločitvi, katere dobrine oziroma storitve bodo zagotavljale v javnem interesu pod posebnim pravnim režimom javne službe. Ta svoboda pa vključuje tudi svobodo določanja vsebine obveznosti, ki se nalagajo izvajalcem posamezne javne službe, seveda pod pogojem, da so v skladu s pravili prava EU. Ker na ravni EU ni enotne zakonodaje, je v pristojnosti vsake države članice, da z nacionalnimi predpisi določi pogoje izvajanja dejavnosti javne službe in zagotovi ustrezno alokacijo in distribucijo javnih dobrin oziroma javnih storitev med uporabnike oziroma potrošnike.

Ob vsebini regulacije javnih služb, ki smo jo shematsko razdelili na a. ureditev splošnega pravnega okvira javne službe in b. sprotno normativno intervencijo oziroma upravljanje javnih služb pa moramo spregovoriti tudi o razmejitvi regulativne pristojnosti med posameznimi nosilci normativne dejavnosti znotraj države.

Izhajajoč iz ustavnega načela o (horizontalni) delitvi oblasti na zakonodajno, izvršilno in sodno (3. člen Ustave RS) in (vertikalne) delitve oblasti med državo in samoupravnimi lokalnimi skupnostmi (pokrajinami in občinami) je splošna regulativna pristojnost normativnega urejanja pravnih razmerij v zvezi z izvajanjem dejavnosti javnih služb na območju Republike Slovenije v pristojnosti zakonodajalca (Državnega zbora RS), saj le ta določa pravice in obveznosti državljanov ter drugih oseb z zakonom¹² (87. člen Ustave RS). Ker so dobrine oziroma storitve, ki se zagotavljajo z javnimi službami, povečini predmet z Ustavo RS zagotovljenih človekovih pravic, moramo na tem mestu opomniti, da se le te uresničujejo neposredno na podlagi Ustave RS (prvi odstavek 15. člena Ustave RS). Zakonodajalcu pa je, v primerih kadar tako določa Ustava RS ali če je nujno zaradi narave same pravice ali svoboščine dopuščeno, da z zakonom predpiše način uresničevanja človekovih pravic in svoboščin (drugi odstavek 15. člena Ustave RS).

Na tem mestu je pomembno vprašanje, kaj naj bo (je lahko ali mora biti) vsebina zakona, se pravi katera pravna razmerja v zvezi z izvajanjem dejavnosti javnih služb in do kakšne podrobnosti naj se urejajo z zakoni in katera razmerja s podzakonskimi akti,

¹² Z zakoni kot osrednjimi splošnimi pravnimi akti ureja zakonodajalec vse tiste zadeve, ki so poglavitne, temeljne, osrednje za pravni sistem, a hkrati niso tako pomembne, da bi bile urejene že v Ustavi RS (Šturm, et al, 2002: 798).

ki jih sprejemajo organi izvršilne veje oblasti oziroma organi samoupravnih lokalnih skupnosti.

Pri razmejitvi regulativne pristojnosti izvršilne veje oblasti od regulativne pristojnosti zakonodajalca na področju regulacije javnih služb je tako potrebno izhajati iz določil 87. in 15 člena Ustave RS ter iz položaja in funkcij izvršilne veje oblasti v pravnem sistemu. V sistemu (horizontalne) delitve oblasti največkrat opravljata izvršilno funkcijo vlada in uprava. Izhajajoč iz navedene delitve oblasti na zakonodajno, izvršilno in sodno, naša ustava ni podala definicije vlade in tudi ne uprave, temveč je v njihovi opredelitvi izhajala predvsem iz formalno organizacijskih elementov. Ob tem pa je Ustava RS, čeprav je glede sestave in delovanja vlade, števila, pristojnosti in organizacije ministrstev predpisala, da se morajo ta vprašanja urediti z zakonom, opredelila položaj in pooblastila predsednika vlade, tako, da 'skrbi za enotnost politične in upravne usmeritve vlade', iz česar je izšlo zakonsko besedilo, da je vlada 'organ izvršilne oblasti in najvišji organ državne uprave Republike Slovenije' (Rupnik, Cijan & Grafenauer, 1996: 201) (1. člen Zakona o Vladi Republike Slovenije /ZVRS/ (Uradni list RS, št. 24/2005-UPB1, 109/2008, 38/2010-ZUKN, 8/2012, 21/2013, 47/2013-ZDU-1G, 65/2014)).

Na tem mestu je potrebno navesti, da Ustava RS ne določa izrecno, da je vlada organ izvršilne veje oblasti, niti ne ureja njenih funkcij. Pri opredelitvi ustavnih funkcij Vlade RS je zato treba izhajati iz splošnih načel parlamentarnega sistema in navedene delitve oblasti na zakonodajano, izvršilno in sodno. Pojma izvršilne veje oblasti ne gre razumeti v takšnem smislu, da bi bila Vlada RS zgolj izvrševalka odločitev Državnega zbora. Vlada RS je sicer odgovorna za uresničevanje politike, ki jo z najvišjimi političnimi akti (Ustavo RS, zakoni, ratifikacijami mednarodnih pogodb, proračunom, nacionalnimi programi itn.) določa Državni zbor RS, vendar ima kot nosilka samostojne funkcije državne oblasti pristojnost, da oblikuje oziroma določa politiko države, pri čemer pa je vezana na okvire, ki jih določajo akti Državnega zbora RS. Vlada ima tako vrsto funkcij, med katerimi so pomembne zlasti politično-izvršilna (skrb za izvajanje političnih aktov Državnega zbora RS), predlagalna (predlaganje zakonov (88. člen Ustave RS) - in drugih političnih aktov Državnega zbora RS) in upravna (usmerjanje, uslajevanje in nadzor nad delom državne uprave) (Šturm et al, 2002: 844). Kot že navedeno je Vlada RS organ izvršilne veje oblasti in najvišji organ državne uprave Republike Slovenije, ki pa je pri opravljanju svojih funkcij samostojna v okviru ustave in zakonov, državnega proračuna, načelnih in dolgoročnih usmeritev Državnega zbora RS (3. člen ZVRS). Državni zbor RS je z Zakonom o vladi Republike Slovenije /ZVRS/ določil splošni okvir regulativne pristojnosti vlade, s tem ko je predpisal vsebino pravnih aktov, ki jih lahko sprejema (uredbe, odloke, poslovnik, sklepe in odločbe). Za razumevanje predloga zakona je pomembna predvsem normodajna pristojnost vlade, da z uredbo podrobneje ureja in razčlenjuje v zakonu ali drugem aktu Državnega zbora RS določena razmerja v skladu z namenom in s kriteriji zakona oziroma drugega predpisa (1/21. člen ZVRS) oziroma da na podlagi izrecnega pooblastila v zakonu izda uredbo za uresničevanje pravic in obveznosti državljanov (2/21. člen ZVRS) ter da za izvrševanje predpisov Evropske unije izdaja uredbe in druge akte iz svoje pristojnosti. Izhajajoč iz navedenega

je uredba temeljni izvršilni predpis, s katerim vlada opredeljuje način izvrševanja pravic in dolžnosti pravnih subjektov v zvezi z izvajanjem dejavnosti javnih služb, ne da bi lahko pravice kakorkoli omejevala (zoževala) in ne da bi lahko dolžnosti kakorkoli stopnjevala (razširjala) (podrobneje Pavčnik, 1997: 216-219).

Ob navedenem pa mora zakonodajalec, na podlagi določila drugega odstavka 120. člena Ustave RS, določiti tudi okvire za oblastno (regulatorno) delovanje uprave. V skladu z navedenim drugim odstavkom 120. člena Ustave RS, opravljajo upravni organi (ustavna opredelitev zajema tako vlado kot ministrstva in druge upravne organe) svoje delo samostojno, v okviru in na podlagi Ustave in zakonov. Upravni organi tako izdajajo podzakonske (splošne) akte za izvrševanje zakonov. Samostojnost delovanja uprave izvira iz navedenega načela o delitvi oblasti. Samostojnost pri izdajanju abstraktnih (splošnih) pravnih aktov pa pomeni, da upravni organi za izdajanje upravnih predpisov ne potrebujejo posebnega pooblastila v zakonu t.i izvršilne klavzule. Če zakon vsebuje izvršilno klavzulo, jo je treba razumeti kot dolžnost, ki jo zakonodajalec nalaga izvršilni veji oblasti ali pa kot kompetenčno klavzulo, ki je včasih potrebna za razmejitev pristojnosti in za določitev odgovornega izvajalca zakonskih norm med različnimi upravnimi organi. Vendar to ne pomeni, da upravni organi ne smejo izdajati upravnih predpisov v primeru, če zakon ne vsebuje izvršilne klavzule.¹³ To pravico, ki ima temelj v načelu delitve oblasti ima izrecno na podlagi navedenega drugega odstavka 120. člena Ustave RS (Šturm et al, 2002: 867-869). Na tem mestu pa je potrebno opomniti, da celotno dejavnost uprave veže načelo zakonitosti¹⁴, vsebovano v navedenem drugem

¹³ Navedeno je potrdilo tudi Ustavno sodišče RS v odločbi št. U-I-10/99 (Uradni list RS, št. 60/2001), kjer je v para. 9 obrazložitve pojasnilo, da so po Ustavi RS (120. člen) upravni organi pri svojem delu, torej tudi pri izdajanju predpisov, vezani na okvir, ki ga določata Ustava in zakon, in nimajo pravice izdajati predpisov brez vsebinske podlage v zakonu - medtem ko izrecno pooblastilo v zakonu ni potrebno. Tako imenovana izvršilna klavzula (zakonska določba, da je potrebno izdati take in take izvršilne predpise v določenem roku) pomeni le, da zakonodajalec izdaje izvršilnih predpisov ni prepustil (v celoti) izvršilni veji oblasti, ampak ji je z zakonom naložil, da določena vprašanja mora urediti in da ji je za to določil tudi rok. Podobno stališče je Ustavno sodišče RS zavzelo tudi v odločbi št. U-I-228/99 (Uradni list RS, št. 91/2002) para. 5.

¹⁴ Za zakonitost je pomembno spoštovanje treh načel in sicer:

- načelo supremacije zakona: v hierarhiji (podustavnih) pravnih norm je zakon na vrhu in morajo biti vse norme v skladu z njim, Vsi zakonski in podzakonski akti morajo biti v skladu z ustavo in zakonom (153. člen Ustave RS);
- načelo funkcionalne zakonitosti pomeni zahtevo, da so funkcije državnih organov z javnimi pooblastili utemeljene v zakonu in da jih uresničujejo v okviru zakona;
- načelo zakonitosti posamičnih aktov in dejanj pomeni usklajenost posamičnih pravnih aktov s katerimi se zakon neposredno uresničuje in se neposredno odloča o pravicah in obveznostih posameznih subjektov. Zakon se uresniči šele, ko državni organ oziroma nosilec javnih pooblastil izda upravičenemu subjektu posamični akt in s tem odloči o njegovi pravici, mu naloži neko obveznost ali pa izreče neko sankcijo. Ustava RS določa tudi ta vidik zakonitosti v četrtem odstavku 153. člena, kjer določa, da morajo posamični akti in dejanja državnih organov, organov lokalnih skupnosti in nosilcev javnih pooblastil temeljiti na zakonu ali zakonitem predpisu (Grad, Kaučič, Ribičič & Kristan, 1999: 319-331).

odstavku 120. člena Ustave RS. Načelo zakonitosti uprave na področju normativnega delovanja pomeni, da podzakonski predpisi ne smejo biti v nasprotju z ustavo in zakonom (153. člen Ustave RS). Tako uprava ne sme urejati pravnih razmerij v nasprotju z zakonskimi določbami, v primeru, da pa je zakonodajalec opredelil okvir pooblastila za normativno urejanje, pa ne sme preseči tega pooblastila. Da bi zadostil določbam navedenega drugega odstavka 120. člena Ustave RS, mora zakon določiti vse bistvene sestavine delovanja upravnih organov v organizacijskem, postopkovnem in vsebinskem pogledu (tudi na področju izvajanja dejavnosti javnih služb) (Odl. US: U-I-58/98, Uradni list RS, št. 7/1999).

Položaj, ko izvršilna oblast (vlada in ministristva) izdaja splošne pravne akte, s katerimi na abstrakten in splošen način ureja družbena razmerja, ni v skladu z idealnim modelom delitve oblasti. V idealnem modelu delitve izdaja abstraktne splošne pravne norme izključno zakonodajna veja oblasti, eksekutiva pa jih v konkretnih primerih izvršuje. Takšen ideal oblasti ni uresničljiv - lahko bi rekli, da z družbenim razvojem postaja vse manj uresničljiv. Količina in zapletenost družbenih razmerij, ki jih je potrebno pravno urediti, strmo narašča - še posebej zaradi tehničnega razvoja. Tako zakonodajalec ne more sam izčrpno urediti vseh družbenih razmerij, saj bi tako obsežna normativna dejavnost ohromila njegovo delo. Poleg tehnične neizvedljivosti vseobsežnega zakonskega normiranja je namreč pomemben razlog za 'selitev' normativne dejavnosti na izvršilno vejo oblasti (vlado in upravo) (Borković, 1997: 89) v potrebi po sprotnem prilagajanju predpisov razvoju (tehničnemu, gospodarskemu itd.) na posameznih področjih. Če bi bilo vse normiranje v rokah zakonodajalca, ta zaradi relativne zapletenosti zakonodajnega postopka in političnih razprav ne bi mogel dovolj hitro reagirati (Virant, 2004: 75).

Ob dekoncentraciji normativne funkcije na horizontalni ravni pa je potrebno spregovoriti še o vertikalni dekoncentraciji normativne funkcije, to je o prenosu regulativne pristojnosti na, od države nižje ravni oblasti t.j. oblasti samoupravnih lokalnih skupnosti.

Pri presoji vsebine regulativne pristojnosti lokalnih skupnosti v Republiki Sloveniji moramo izhajati iz določila že navedenega prvega odstavka 140. člena Ustave RS po katerem spadajo v pristojnosti občine (kot samoupravne lokalne skupnosti) zadeve, ki jih občina lahko ureja samostojno in ki zadevajo samo prebivalce občine in prvega odstavka 143. člena Ustave RS, po katerem pokrajina (kot samoupravna lokalna skupnost) opravlja lokalne zadeve širšega pomena in z zakonom določene zadeve regionalnega pomena. Navedeni določbi poudarjata avtonomijo lokalne skupnosti, hkrati pa sta tudi omejitveni določbi za zakonodajalca. Slednji tako ne sme z zakoni posegati v zadeve, ki zadevajo samo prebivalce občine (v primeru prvega odstavka 140. člena) in v lokalne zadeve širšega pomena (v primeru prvega odstavka 143. člena), kar pomeni, da sta občina in pokrajina, v slovenski ustavni ureditvi, avtonomni skupnosti, ki si v skladu z navedenima ustavnima določbama sami določata svoje naloge. Slovenska ustava tako enakopravno obravnava državno oblast in lokalno samoupravo. Obema pa je skupno izhodišče, da morajo biti njuna ravnanja demokratična, pravna in socialna. Pokrajina in

občina tako v okviru Ustave in zakonov samostojno urejata lokalne zadeve javnega pomena, ki so določene z veljavnim Zakonom o lokalni samoupravi /ZLS/ (Uradni list RS, št. 94/2007-UPB2, 76/2008, 79/2009, 51/2010, 40/2012-ZUJF, 14/2015-ZUUJFO) (v primeru občin), s področnimi zakoni ter s splošnimi akti občine (statutom, odloki), kot tudi državne naloge, ki jih država prenese nanje, če za njihovo izvajanje zagotovi finančna sredstva.

V okviru urejanja lokalnih javnih zadev imata pokrajina in občina tako pravico (izvirno pristojnost) izdajati predpise, s katerimi normativno urejata določena pravna razmerja (pravice in obveznosti pravnih subjektov). Pri tem pa ne smeta preseči ustavnega okvira in s svojim normativnim urejanjem poseči v pristojnost države. Tako pokrajina kot tudi občina imata pooblastilo, da urejata lokalne javne zadeve (pokrajina širšega pomena), neposredno na podlagi navedenih določb navedenega prvega odstavka 143. člena (pokrajine) in 140. člena (občine). Za uresničevanje tega pooblastila pa ne potrebujeta posebnega zakonskega pooblastila (Odl. US: U-348/96, Uradni list RS, št. 24/1996). Ob navedenem pa lahko izvirne pristojnosti pokrajine in občine določa tudi zakonodajalec. Ker pokrajine v slovenski pravni ureditvi še niso ustanovljene, se bomo na tem mestu osredotočili zgolj na ureditev občin.

Pri določanju izvirnih pristojnosti občine lahko zakonodajalec uporabi različne normativne tehnike. Pooblastilo občini, da normativno uredi določena vprašanja, je lahko splošnejše ali določnejše. To logično izhaja iz dejstva, da so nekatera področja javnih zadev pretežno primerna za urejanje na lokalni ravni, pri drugih pa je delež odločitev, ki predstavljajo lokalne javne zadeve manjši. Za razmerja med upravno političnima procesoma na državni in lokalni ravni je značilno, da se pri slednjem prepletajo izvirni in izvedeni elementi odločanja. Zakonodajalec lahko določanje izvirnih pristojnosti občine na določenih področjih tudi opusti; s tem pa ne prepreči občini, da bi normativno uredila to področje. Pooblastilo za to ima že v Ustavi sami (v prvem odstavku 140. člena) (Odl. US: U-348/96, Uradni list RS, št. 24/1996).

Enako kot to velja za izvršilne predpise vlade, morajo biti tudi občinski predpisi v skladu z Ustavo in zakonom. Ta skladnost pa ne pomeni, da mora imeti občina za normativno urejanje posameznih področij lokalnih javnih zadev izrecno zakonsko pooblastilo (izvršilno klavzulo) oziroma da bi moral zakon jasno in določno opredeliti vsebino in namen normativnega urejanja. Načelo zakonitosti delovanja organov lokalnih skupnosti pa nima enake vsebine kot načelo zakonitosti delovanja izvršilne veje oblasti. To izhaja iz različne vloge, ki jo imajo ti organi v sistemu oblasti. Na nekaterih področjih, ki so v manjši meri lokalnega pomena, lahko zakonodajalec določi okvire delovanja organov občine na podoben način kot določa okvire delovanja izvršilne veje oblasti; gotovo pa to ne velja za vsa področja.

Načelo zakonitosti delovanja občine na področju normativnega delovanja pomeni, da občinski predpisi, ki urejajo zadeve iz izvirne pristojnosti občine, torej tudi s področja izvajanja dejavnosti lokalnih javnih služb, ne smejo biti v nasprotju z zakoni. Pravnih razmerij torej ne smejo urejati v nasprotju z zakonskimi določbami, v primeru, da

zakonodajalec opredeli okvir pooblastila za normativno urejanje, pa ne smejo preseči tega pooblastila. V vsakem primeru posebej je potrebno z razlago zakona ugotoviti, kako široko polje normativnega odločanja je zakonodajalec prepustil občini. Kadar zakon izrecno določa izvirne pristojnosti občine oziroma pooblastila za normativno urejanje v okviru izvirnih pristojnosti na nekem področju, je potrebno z razlago ugotoviti obseg tega pooblastila, ki je lahko jasno in določno ali pa opredeljeno z generalnimi klavzulami oziroma pravno nedoločenimi pojmi. Kadar pa zakon ne določa izvirnih pristojnosti občine na določenem področju, je potrebno ugotoviti, ali je bil namen zakonodajalca izključno (izčrpno) urediti to področje ali pa je dopustil možnost, da občina dopolnilno (*praeter legem*) uredi to področje (Odl. US: U-348/96, Uradni list RS, št. 24/1996).

Kot smo že navedli, občina na podlagi določila pete alineje drugega odstavka 21. člena Zakona o lokalni samoupravi /ZLS/ v okviru svojih pristojnosti ureja, upravlja in skrbi za lokalne javne službe.

Izhajajoč iz navedenega lahko sklenemo, da je vsebina regulativne pristojnosti vlade (uprave) in samoupravnih lokalnih skupnosti na področju javnih služb podobna, če ne celo identična. Tako vlada kot samoupravne lokalne skupnosti veže načelo zakonitosti. Uredbodajno in samoupravno urejanje pravnih razmerij, ki se nanašajo na izvajanje dejavnosti javnih služb v veljavni slovenski pravni ureditvi se nanaša predvsem na sprotno 'normativno' intervencijo oziroma upravljanje javnih služb medtem ko je zakonodajalcu pridržana ureditev splošnega pravnega okvira javne službe, ki zajema zlasti: **a.** določitev dejavnosti v katerih je prisoten javni interes; **b.** opredelitev obsega in vsebine splošnega (javnega) interesa ter ustreznega javnopravnega režima oziroma obveznosti javne službe, ki naj zagotovi uresničitev splošnega interesa, **c.** financiranje dobrin oziroma storitev javne službe, kar zajema tudi določanje cen in drugih ekonomskih pogojev opravljanja dejavnosti in **d.** določitev oblik oziroma načina izvajanja dejavnosti javnih služb.

Usmeritve EU in nacionalne usmeritve na področju razvoja lekarniške dejavnosti

Organiziranje vzdržne in kakovostne zdravstvene oskrbe prebivalstva spada med osnove naloge razvitih držav, zato se mu zraven privatnih sredstev namenja zajeten del ustvarjenega BDP še iz javnih virov. Za ta namen smo v Sloveniji leta 2015 porabili 2.444 mio. EUR oz. 6,34% BDP preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki je glavni financier celotnega zdravstvenega sistema. Zaradi pomembne družbene in ekonomske vloge zdravstvenega sistema države običajno oblikujejo bolj ali manj jasne strateške usmeritve.

V Sloveniji je pripravljena **Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravju (2010-2015)** (Ljubljana: Ministrstvo za zdravje), iz katere lahko razberemo prioritete strateške cilje za področje zdravstvenega varstva, kjer je razvoj pripeljal do zapletenih sklopov aktivnosti na področjih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene in babiške nege, preprečevanja bolezni, krepitev zdravja ter na ostalih področjih obravnave pacienta. Pilotske raziskave so pokazale, da za razvojem zdravstvene tehnologije zaostaja razvoj organizacije zdravstvenih sistemov in procesov ter pomembnih podpornih veščin dela, kot so: komunikacija, timsko delo, urejenost zdravstvene dokumentacije, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje osebja. Upoštevajoč direktive EU, zakonska izhodišča in rezultate predhodnih raziskav je Ministrstvo za zdravje v letu 2010 oblikovali 4 strateške cilje z namenom doseganja višje kakovosti in varnosti v zdravstvu:

1. Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti.
2. Razvoj kulture varnosti in kakovosti.
3. Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti.
4. Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe.

Čeprav Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010-2015 ne obravnava posebej vseh elementov celovite zdravstvene oskrbe, je poznavanje zadevne vsebine pomembno za celotno farmacevtsko vrednostno verigo, ki mora poznati pričakovanja in trende institucionalnega okolja, da bi lahko bolje ocenili prihajajoče okoliščine.

Za razumevanje vloge vseh deležnikov v zdravstvenem sistemu je bistveno bolj izrazita **Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013** (Uradni list RS, št. 7/2008), ki v poglavju '7.2.1.7 Lekarniška dejavnost' določa, da so za zagotavljanje dostopnosti do zdravil in lekarniških storitev pomembna geografska in demografska

merila ter fizična dostopnost do zdravil, predvsem pa razvitost osnovne zdravstvene dejavnosti. Razvitost lekarniške dejavnosti je predvsem odvisna od razvitosti in osnovne zdravstvene dejavnosti ter s tem povezanih potreb prebivalstva po preskrbi z zdravili. Z ustreznimi organizacijskimi ukrepi pa je treba zagotoviti oskrbo prebivalstva z zdravili tudi na manj zanimivih krajih za opravljanje lekarniške dejavnosti. Število lekarn v Sloveniji je razmeroma manjše kot v drugih primerljivih državah članicah EU. Delež sredstev za lekarniško dejavnost v odhodkih ZZZS znaša v Republiki Sloveniji 1,4 odstotka, v drugih državah, kjer imajo maržni sistem financiranja, pa je ta višji. Pri določanju mreže je treba opredeliti minimalno število lekarn, predvsem pa tudi minimalno število magistrów farmacije glede na prebivalce oziroma na število zdravnikov območja, ki predpisujejo zdravila na recept. Pri tem je treba bolj kot do zdaj upoštevati, da so magistri farmacije nosilci lekarniške dejavnosti, specializirani za farmakoterapijo, ter v tem pogledu nepogrešljiv ter enakopraven član zdravnikovega tima. Prav zaradi tega bi bilo treba v prihodnje tudi za lekarne skladno za razvojem mreže javne zdravstvene službe določiti mrežo javnih lekarn in njihova gravitacijska območja. Kot izhaja iz poglavja '7.2.2.7 Lekarniška dejavnost' naj bi lekarniška dejavnost ostala organizirana skladno z dosedanjimi usmeritvami glede na število prebivalcev in merilo oddaljenosti. Z ustrežno zakonodajno rešitvijo in poenostavitvijo standardov na področju lekarniške dejavnosti je potrebno zagotoviti olajšave oziroma spodbude lekarnam v oddaljenih in demografsko ogroženih krajih.

Ob navedenem so v resoluciji določena tudi merila za določanje lekarniške mreže. Tako se lekarna glede na krajevne razmere lahko organizira za območje 7000 prebivalcev v povprečju in najmanj 5000 prebivalcev, pri čemer mora biti nova lekarna oddaljena najmanj 400 m cestne razdalje od obstoječe lekarne in bo pogoju, da je v kraju organizirana osnovna zdravstvena dejavnost z najmanj vsakodnevno prisotnostjo vsaj enega zdravnika v splošni ambulanti. Občina, ki ima manj kot 5000 prebivalcev, lahko v dogovoru s sosednjimi občinami oblikuje območje, na katerem organizira lekarno, če s tem izpolnjuje zgoraj navedeni pogoj. V občini, kjer že deluje ena ali več lekarn, pa se lahko organizira nova lekarna, če število prebivalcev na obstoječo lekarno presega v povprečju 7000 prebivalcev, skupen presežek prebivalcev pa je večji od 5000 prebivalcev. Podružnica lekarne se lahko organizira v kraju z manj kot 5000 prebivalci, v katerem je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost in je najbližja lekarna oddaljena najmanj 6 km cestne razdalje. Priročna zaloga zdravil pa se lahko organizira v kraju, v katerem je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost in je oddaljen najmanj 10 km cestne razdalje od najbližje lekarne ali podružnice lekarne.

Kot je navedeno v poglavju '7.2.4 Koncesije' je Zakon o javno-zasebnem partnerstvu /ZJZP/ (Uradni list RS, št. 127/06) podrobneje uredil postopek podeljevanja koncesij, ki se nanaša tudi na zdravstvene koncesije. Koncesija se podeli samo takrat, kadar se s koncesijo doseže povečanje dodane vrednosti za uporabnika ali pa se dodana vrednost ohranja, nikakor pa se koncesije ne podeli, če bi se za uporabnika dodana vrednost znižala. Koncesijo za zdravstveno dejavnost ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/ v 41. do 44. členu. Podelitev koncesije za zdravstveno dejavnost na primarni ravni je v pristojnosti občine, zato lahko država vpliva nanj pretežno z instrumentom

soglasja ministrstva, pristojnega za zdravje, v tem postopku. Sam postopek podelitve koncesije je urejen kot upravni postopek, zato o podelitvi koncesije odloči na primarni ravni pristojni organ občinske uprave, ki mora v postopku pridobiti mnenje ZZZS in pristojne zbornice ter že omenjeno soglasje Ministrstva za zdravje. Koncesije so orodje za doseganje zastavljenih ciljev, zato se podeljujejo tako, da se vključujejo v potrebe javnega zdravstva na podlagi meril. Koncesije na področju lekarniške dejavnosti ureja Zakon o lekarniški dejavnosti /ZLD/ v 13. do 20. členu. Podeljevanje koncesij na področju lekarniške dejavnosti (poleg ustanavljanja javnih lekarniških zavodov) zagotavlja dostopnost do zdravil in lekarniških storitev. V zagotavljanje nepretrgane oskrbe z zdravili se morajo vključiti koncesionarji na področju lekarniške dejavnosti. Dežurna služba se lahko zagotavlja tudi v sodelovanju z zasebnimi lekarnami, ne le v sodelovanju lekarnarjev z javnimi lekarniškiimi zavodi.

Ker se je **Nacionalni plan zdravstvenega varstva za obdobje 2008–2013** iztekel, je Ministrstvo za zdravje pripravilo nov predlog **Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025**, s podnaslovom **Skupaj za družbo zdravja /Resolucija 2016-2025/** (EVA 2014-2711-0003). Slednja predstavlja strateški okvir za upravljanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in podlago za pripravo in sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti kot tudi izhodišče za črpanje evropskih virov v okviru Operativnega programa za izvajanje kohezijske politike v programskem obdobju 2014–2020 in tretjega programa za ukrepe EU na področju zdravja (2014–2020) (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Vloga lekarn je v Resoluciji 2016-2025 izpostavljena že v poglavju o krepitvi preventivnih pristopov na primarni ravni zdravstvenega varstva. S širitvijo referenčnih ambulant in uvajanjem novih preventivnih pristopov v vseh ambulantah na primarni ravni in v lekarnah bo zagotovljena enaka dostopnost do preventivnih programov za vse, s posebnim poudarkom na dostopnosti programov za ranljive skupine. Zdravstveni domovi bodo morali zagotavljati celovito preventivno-kurativno dejavnost za potrebe lokalnega prebivalstva. Obstoječi preventivni programi bodo nadgrajeni in razširjeni s ciljem uspešnejšega preprečevanja in obvladovanja kroničnih bolezni in drugih stanj, še posebej v luči specifičnih potreb ranljivih skupin in starejše populacije, ki preventivnih storitev ne koristijo v polni meri (Ministrstvo za zdravje, 2015). Eden ključnih ukrepov za krepitev primarnega zdravstvenega varstva je: Sprejem protokolov (pisnih dogovorov) o načinu sodelovanja med ravnmi, vključno z implementacijo modela vključevanja lekarniškega farmacevta in sodelovanja primarne zdravstvene dejavnosti s socialnim varstvom ter vzgojo in izobraževanjem (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Avtorji predloga Resolucije 2016-2025 ugotavljajo sledeče (Ministrstvo za zdravje, 2015):

- Preskrba z zdravili je dobra in sorazmerna stopnji razvitosti in potreb javnega zdravstva oz. kupni moči sistema javnega financiranja zdravil v Republiki Sloveniji.

- Po podatkih OECD v Sloveniji porabimo 358 EUR/preb. za zdravila oz. 1,8% BDP, kar je nekoliko nad povprečjem EU 1,5%.
- Poraba zdravil se nenehno povečuje, približno polovica izdatkov pa se krije iz javnih sredstev.
- Otežen je dostop do novih in dražjih inovativnih zdravil zaradi omejenih finančnih sredstev ter do starih zdravil, ki izginjajo zaradi majhnosti trga oz. odločitev proizvajalcev.
- Postopki za vstop zdravila na tržišče se med članicami EU razlikujejo, cenovna politika je razdrobljena, izmenjava informacij o cenah zdravil pa omejena in neučinkovita.
- Varčnejše in učinkovitejše zdravljenje se lahko doseže z brezšivno (neprekinjeno) oskrbo pacienta z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki pa zahteva vzpostavitev enotne informacijske podpore in razširitev farmacevtske obravnave še na primarno raven.
- Polifarmakoterapija (sočasno jemanje več kot pet različnih zdravil) je v porastu pri starejših kroničnih pacientih. S tem se povečajo zdravstvena tveganja za pacienta in ekonomska škoda za družbo, ki se ocenjuje na 25 mio. EUR letno.
- Poseben problem predstavlja onesnaževanje okolja zaradi kopičenja neporabljenih zdravil v gospodinjstvih.
- Lekarniška dejavnost je v Republiki Sloveniji glede na ostale države članice srednje regulirana.

Na osnovi ugotovljenega stanja predlog Resolucije 2016-2025 za področje preskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter lekarniško dejavnost izpostavlja eno ključno aktivnost: **Zagotovitev pravilne in varne uporabe zdravil ter boljše dostopnosti ob hkratni stroškovni učinkovitosti na področju porabe zdravil** (Ministrstvo za zdravje, 2015), za uresničitev pa predlog Resolucije 2016-2025 definira dva glavna ukrepa:

- **Ukrep 1:** Nov zakon o lekarniški dejavnosti z določitvijo kriterijev in meril za določitev lekarniške mreže.
- **Ukrep 2:** Zagotovitev informacijske podpore pri predpisovanju, spremljanju, učinkovitosti, varnosti porabe in stroškov dragih inovativnih zdravil.

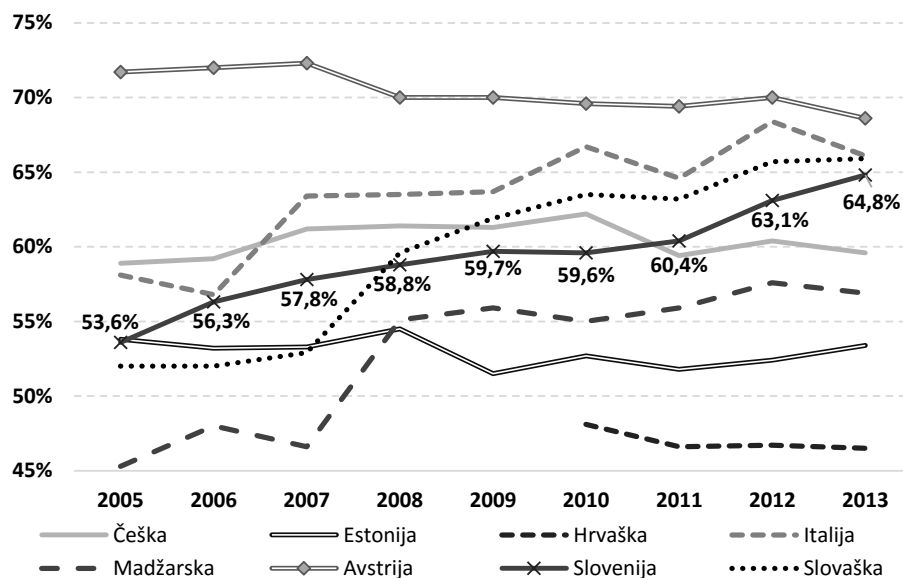
Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji

Evropska komisija leta 2014 za Slovenijo izdala priporočilo Sveta v zvezi z nacionalnim reformnim programom (Country Specific Recommendations – CSR) v povezavi z makroekonomskimi neravnovesji, vzdržnostjo zdravstvenega sistema in dolgotrajno oskrbo. Izrazili so potrebo po pripravi pregleda izdatkov za zdravstveno varstvo, ki naj bi bil podlaga za pripravo sprememb in reformnih procesov. Ministrstvo za zdravje je kot odgovor na priporočila sklenilo pogodbo z Evropskim uradom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik, da v sodelovanju izpeljeta projekt Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji.

Analiza vsebuje sledeča 4 poročila, ki obravnavajo glavna področja: a) Pregled izdatkov v zdravstvu, b) Pregled virov financiranja sistema zdravstvenega varstva, c) Poročilo o procesu nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev in d) Optimizacija zdravstvene oskrbe.

Iz zadevne analize izhaja, da se bodo pritiski na zdravstveni sistem nadaljevali kot posledica rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva, stalnega uvajanja novih tehnologij, rastočega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega staranja populacije. Slovenija je v Evropski skupnosti ena izmed držav, v kateri se bodo javni izdatki zaradi staranja populacije do leta 2060 najbolj povečali. Izdatki za zdravstvo se bodo med letoma 2010 in 2060 predvidoma povečali od 0,5 do 2,6 odstotka BDP. Izdatki za dolgotrajno oskrbo pa se bodo verjetno povečali z 1,4 odstotka BDP v 2010 na 2,8 do 5,6 odstotka BDP v letu 2060.

Na osnovi temeljite analize je mogoče sklepati, da slovenski zdravstveni sistem kot celota izkazuje dobre rezultate po številnih kazalnikih. Kazalniki zdravstvenega statusa so dobri ali celo med najboljšimi v primerjavi z državami Srednje in Vzhodne Evrope, nekateri, kot je umrljivost dojenčkov, celo v primerjavi z EU15. Glede na velikost države so izdatki na primerni ravni, primerjalno nizka plačila iz žepa pa zagotavljajo prebivalcem finančno varnost. Kazalniki učinkovitosti bolnišnic so pretežno v povprečju EU15, medtem ko je število zdravnikov in medicinskih sester podobno kot v Veliki Britaniji in nekoliko boljše kot v državah Srednje in Vzhodne Evrope. Sistem financiranja zdravstvenega sistema z enim ponudnikom obveznega zdravstvenega zavarovanja deluje dobro in je primeren za tako majhno državo, kot je Slovenija.

Slika 1: Lastna ocena zdravja (delež ocen z dobro in zelo dobro)

Vir: OECD (2016).

V nasprotju z mnogo drugimi državami v regiji slovensko zdravstvo v preteklosti ni temeljilo na bolnišnični obravnavi, ampak ima že od nekdaj vzpostavljeno dobro mrežo na primarni ravni. To so spodbudni strukturni kazalniki zdravstvenega sistema. Kar pa seveda ne pomeni, da tudi na tem področju ni priložnosti za izboljšanje in večjo učinkovitost sistema.

V zadevni analizi lekarniška dejavnost ni posebej izpostavljena oz. analizirana. Kljub temu lahko sklepamo, da je vloga lekarniške dejavnosti implicitno prisotna v procesu optimizacije zagotavljanja zdravstvenih storitev skladno s predlogom Resolucije 2016-2025. Pri tem pa bo v ospredju koordinacija nemotene (brezšivne) oskrbe pacienta na različnih ravneh zdravstvenega varstva ter posvečanje osebam, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati.

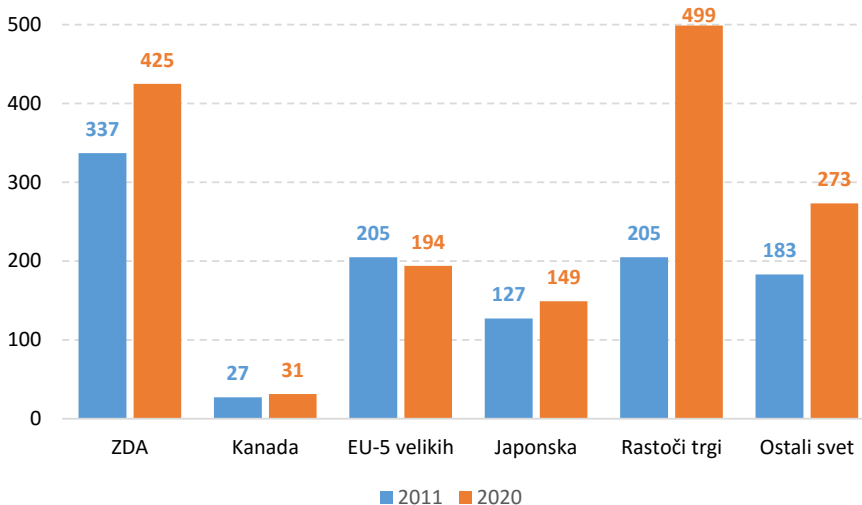
Razvoj dejavnosti farmacevtskih izdelkov

Tehnološki napredek in znanstvena odkritja na področju zdravstvenih storitev in farmacije v kombinaciji s socio-demografskimi trendi bodo v naslednjem desetletju prispevali k povečanju povpraševanja in liberalizaciji zadevnih storitev in izdelkov. Številna farmacevtska podjetja so šele v začetni fazi teh velikih sprememb, kjer se soočajo s štirimi ključnimi izzivi:

- **Naraščajo pričakovanja odjemalcev** (plačniki zahtevajo dokaze o klinični in ekonomski superiornosti novih terapij in zdravil).
- **Padajoča produktivnost raziskav in razvoja** (stagnacija oz. celo padanje v številu novih prodornih izdelkov).
- **Patentni prepad** (med 2012 in 2018 bodo proizvajalci patentiranih zdravil izgubili okoli 148 mrd. USD, ker jim preneha patentna zaščita).
- **Zastareli managerski modeli** (številne druge panoge so že prevzele bistveno bolj decentralizirane modele obvladovanja vrednostne verige).
- **Močnejša regulacija in kontrola cen** (farmacevtska podjetja vedno pogosteje plačujejo različne kazni, številne države pa se vmešavajo v cenovno politiko).

Kljub naštetim izzivom so vidni tudi pozitivni učinki vedno širših in povezanih znanstvenih spoznanj, povpraševanje v dejavnosti nenehno raste, ob tem pa je vse manj ovir za svobodno trgovino. Ceneno pridobivanje informacij iz človeškega genoma, zmogljivejša sodobna računalniška tehnologija in velike zbirke podatkov so temelj za prikrojena zdravila in terapije prihodnosti. Sodelovanje v tako kompleksnem razvoju farmacevtske dejavnosti bo tudi od distribucije farmacevtskih izdelkov zahtevalo, da sodeluje na visoki ravni kakovosti, inovativnosti in informacijske kompatibilnosti.

Po ocenah »Business Monitor International« bo farmacevtski trg v letu 2020 vreden okoli 1,6 trilijona USD. Glede na leto 2011 bi naj ameriški trg porasel za 26%, evropski trg petih največjih držav upadel za 5%, porajajoči trgi pa bi porastli kar za skoraj 2,5 krat.

Slika 2: Ocena vrednosti svetovnega trga farmacevtskih izdelkov (v mrd. USD)

Opomba: EU-5 velikih: Francija, Nemčija, Italija, Španija in VB; Rastoči trgi: Kitajska, Brazilija, Rusija, Indija, Mehika, Turčija, Poljska, Venezuela, Argentina, Indonezija, J. Afrika, Tajska, Romunija, Egipt, Ukrajina, Pakistan in Vietnam.

Vir: PwC (2012).

Za zdravstvene izdatke je značilno tudi dejstvo, da progresivno rastejo glede na gospodarsko razvitost držav. Pri tem države z nizkim oz. srednje visokim dohodkom za tovrstne potrebe porabijo okoli 5,9% BDP (ocena za 2015; World Bank), države z visokim dohodkom pa bodo povečevale delež v BDP od 13,9% v 2015 do 15,5% v letu 2020.

Turbulentni časi so nastopili tudi za poslovne modele nekoč stabilne farmacevtske industrije. Do nedavnega so bila tovrstna podjetja koncentrirana na učinkovit razvoj in marketing svojih izdelkov, manj pa so investirali v prestrukturiranje dobavne verige, proizvodnjo in distribucijo.

Glede na pričakovanja strokovnjakov se v zadevni dejavnosti vedno močneje odražajo silnice, ki zahtevajo fundamentalne spremembe v poslovnih modelih proizvajalcev farmacevtskih izdelkov:

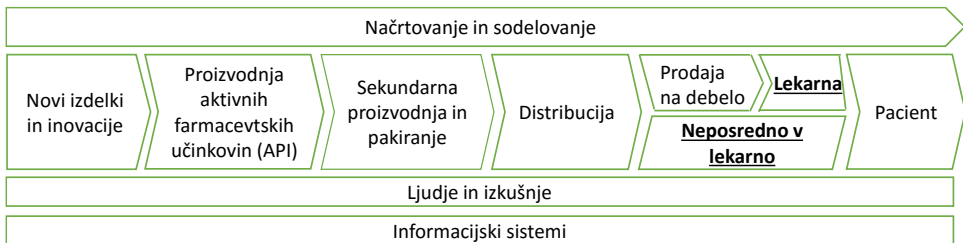
1. **Novi tipi produktov** (kompleksni proizvodni in distribucijski procesi; različne dobavne verige za različne tipe proizvodov; krajši življenjski cikli proizvodov).
2. **»Live licensing«** (postopno lansiranje novih zdravil; možnost hitrega spreminjanja količin; večje spremembe na krivulji prihodkov).
3. **Večji poudarek na rezultatih** (širitev v zdravstvene storitve; vitka in prilagodljiva struktura stroškov, ki ohranja marže v vsaki fazi življenjskega cikla proizvoda).

4. **Nove oblike zagotavljanja zdravstvenih storitev** (zabrisane meje med primarno in akutno zdravstveno oskrbo; širša distribucijska mreža; proizvodnja in distribucija bolj odzivna na povpraševanje).
5. **Konsolidacija trgovcev s farmacevtskimi izdelki** (horizontalna in vertikalna integracija, ki kontrolira dostop do kupca).
6. **Večja kontrola javnosti** (agresivnejša regulacija; robustno ocenjevanje tveganj in obvladovanje tveganj v večjem delu dobavne verige).
7. **Okoljevarstveni pritiski** (vzdržni okolju prijazni procesi; premestitev proizvodnje v manj občutljiva območja).

V opisanih okoliščinah številna farmacevtska proizvodna podjetja izgubljajo kontrolo nad distribucijo zdravil in s tem stik s končnim kupcem. Naštete okoliščine pa prispevajo k povečevanju pogajalske moči veletrgovcev, še posebej tistih, ki imajo tudi lastno verigo lekarn.

Za celovito razumevanje strateških premikov, ki se dogajajo v farmacevtski dejavnosti, je potrebno poznavanje njene celotne vrednostne verige. V njej lekarne zasedajo ključno pozicijo kot vezni člen med pacientom in preostalim delom vrednotne verige, kjer imajo udeleženci pretežno finančne motive. S tem lekarne prevzemajo posebno odgovornost profesionalne skrbi za zdravje ljudi na vseh ravneh zdravstvene oskrbe, istočasno pa morajo z omejenimi finančnimi sredstvi zagotavljati dostop do učinkovitih zdravil in medicinskih pripomočkov ob ustrezni pokritosti z lekarniško mrežo.

Slika 3: Struktura vrednostne verige v farmacevtski dejavnosti



Trendi na distribucijskem trgu farmacevtskih izdelkov

Evropski distribucijski trg farmacevtskih izdelkov se pospešeno konsolidira že dobro desetletje. Tako so trije ključni igralci že v letu 2005 kontrolirali preko 60% distribucijskega trga in tako dosegali prodajo, ki je presejala 50 mrd. EUR. Gre za podjetja Alliance Boots iz Velike Britanije ter Celesio in Phoenix iz Nemčije. Navedena podjetja so rastle s pomočjo horizontalne in vertikalne integracije. To pomeni, da so najprej prevzemali konkurenčna podjetja na domačem trgu in čez mejo (horizontalno), kmalu pa so začeli svoje dobičke investirati tudi v izgradnjo lekarniških verig oz. financiranje lekarn, v državah kjer so lekarniške verige prepovedane. V nekaterih primerih so se odločili celo za investiranje v produkcijo generičnih zdravil. Tako so glavni igralci na zadevnem evropskem trgu dosegli kontrolo nad ključnim (sklepnim) delom vrednostne verige, ki jim omogoča nadzor nad lekarnami in dostop do ključnih informacij o reakcijah končnega uporabnika oz. trga.

Nekdanji veletrgovci so spremenili tudi težišče imidža svoje blagovne znamke (rebranding). Iz veletrgovcev, na katere so se lahko zanašali proizvajalci, so se spremenili podjetja za zdravje, ki delujejo v korist potrošnika. Ker je tudi v farmacevtski dejavnosti prevladal trg kupca, je skrajni čas, da se prilagodijo tudi distribucijski modeli, kot v številnih drugih dejavnostih (npr. avtomobilska dejavnost). Pri tem je predvsem v interesu farmacevtskih proizvajalcev, da si v novih razmerah zagotovijo dostop in preglednost nad dogajanjem v vrednostni verigi.

1 Model optimizacije vrednostne verige farmacevtskih izdelkov

Ustrezno delujoča vrednostna veriga farmacevtskih izdelkov zagotavlja pacientom ustrezno zdravilo ob ustreznem času in na primerni lokaciji za dostopno ceno. Sestavljena je iz treh osnovnih komponent:

- 1. Proizvodnja zdravil.** Zahteva številne faze vse od raziskave in razvoja, preko dovoljenja regulatorja do organiziranja proizvodnje in samo komercializacijo.
- 2. Distribucija.** Zajema transport in rokovanje s farmacevtskimi izdelki od proizvajalca do končnega uporabnika (lekarne, bolnišnice, ambulante). Kompleksnost te poti je lahko različna glede na lokacijo proizvajalca, uvozne postopke, potrebe po posebnih režimih transporta ter glede na gostoto poseljenosti.
- 3. Odmerjanje končnemu uporabniku.** Zagotavljanje ustreznih odmerkov in forme farmacevtskih izdelkov pravemu pacientu na primeren in pravočasen način je zadnji korak v vrednostni verigi. Ta finalni korak pa je lahko povezan s številnimi dodatnimi aktivnostmi, kot so: preverjanje morebitnih interakcij zdravil,

zagotavljanje strokovnih nasvetov, procesiranje dokumentov za vračilo stroškov itd. Vse našteje aktivnosti tako zagotavljajo kar največjo korist za pacienta.

V nadaljevanju natančneje analiziramo stroške in dodatno vrednost v posameznih fazah vrednotne verige glede na prisotne deležnike.

Slika 4: Členitev vrednotne verige po deležnikih



1.1 Distribucija

Distribucijo farmacevtskih izdelkov izvajajo za to ustrezno usposobljeni distributerji z dovoljenjem za promet z zdravili, ki so ključna povezava med proizvodnjo zdravil in prodajo na drobno. Zagotavljati morajo neprekinjeno dobavo zdravil ne glede na lokacijo in sestavo zahtevanih zdravil. Pogosto so distributerji v lasti proizvajalcev (vertikalno integrirani), kar jim skrajša vrednotno verigo in zagotovi večjo tržno moč.

Distributerji so tradicionalno plačani na osnovi reguliranih marž v fiksnem odstotku od cene izdelka, pri čemer za dražja pakiranja ta marža nazaduje. Tudi na reguliranih trgih distributer lahko doseže določene diskonte pri proizvajalcu. Običajno so diskonti odvisni od sposobnosti distributerja, da vpliva na izbor prodajanih izdelkov, kar pomeni, da so diskonti običajnejši pri izdelkih brez patentne zaščite. Glavni izziv distributerja farmacevtskih izdelkov je organiziranje učinkovite logistike, ki omogoča dostavo izdelkov raznolikih proizvajalcev, velikemu številu lekarn in to v najkrajšem možnem času. Pri tem pa mora distributer poskrbeti, da rokovanje s farmacevtskimi izdelki ustreza standardom Dobre distribucijske prakse (GMP).

Ključna naložba distributerja so njegove zaloge, ki omogočajo pravočasne dobave. Distributerji običajno vzdržujejo zalogo na ravni meseca do dveh prodaje. To pa je povezano s stroški skladiščenja, stroški kapitala in stroški zastaranja. Obseg potrebnega obratnega kapitala je odvisen od učinkovitosti gospodarjenja z zalogami in plačilnih rokov končnemu kupcu. Za distributerja to pomeni dodatne stroške financiranja in dodatno kreditno tveganje iz naslova terjatev do lekarn. Pomemben del stroškov distributerja je povezan z geografsko razpršenostjo lekarn, ki jih zalaga ter pogostostjo tedenskih obiskov in vrednostjo dostav. Za obvladovanje stroškov naročanja in tveganj pri ustrezni izvedbi naročila je ključen sistem naročanja (od ročnega do visoko informatiziranega).

Distributer ima zahtevno nalogo, saj mora zadovoljiti raznolike in nepredvidljive potrebe pacientov, tako da dostavi zdravila od proizvajalca, ne da bi povzročal lekarnam visoke zaloge na njihovi lokaciji. Istočasno mora lekarnam zagotoviti obratni kapital za njihove minimalne zaloge in za čas dokler končni financer (zdravstvena ali druga zavarovalnica) ne plača prodanih izdelkov. Zraven naštetega lahko distributer zagotavlja še širšo komercialno podporo neodvisnim lekarnam, kot je management prodajnega portfelja, izobraževanje, računovodske storitve itd.

1.2 Odmerjanje pacientom

Prodaja na drobno se prvenstveno odvija preko lekarn. Njihov poslovni uspeh je odvisen predvsem od diskonta, ki ga pridobijo od distributerja, kar jim definira nabavno vrednost zdravil, ter od razlike do cene, ki jo plača končni uporabnik oz. financer. Pri farmacevtskih izdelkih z reguliranimi cenami to seveda pomeni, da je ključen diskont od distributerja.

Kljub regulaciji cen farmacevtskih izdelkov tudi v Sloveniji ni mogoče enostavno ugotoviti dejanske cene zdravil, saj so določane le njihove zgornje dopustne meje glede na znane referenčne cene. Končna cena pa je poslovna skrivnost, ki jo v pogajanjih določita financer zdravstvenih storitev in posamezen proizvajalec. Nadalje se razlike v nabavnih cenah pojavljajo tudi za lekarne, saj lahko večje verige lekarn dosežejo večje popuste.

Stroške lekarn lahko enostavno razdelimo na fiksne in variabilne, ki so odvisni od obsega poslovanja. Fiksni stroški vključujejo stroške dela (farmacevt, pomočnik), stroški zgradbe in opreme (vključno za informacijsko tehnologijo), infrastrukturne storitve in stroški zavarovanja. Variabilni stroški zajemajo stroške nabave blaga, stroške zastarelega in poškodovanega blaga ter stroške zalog. Pri tem so običajno stroški lekarne na ruralnih območjih zelo drugačni od tistih v večjih mestih. Običajno so to manjše lekarne, z manjšo dnevno frekvenco pacientov, ki imajo v povprečju nižje dohodke.

Osnovna naloga lekarne je logistične narave, saj mora zagotoviti odmerjanje pravih zdravil, ob pravem času in v pravih odmerkih. Zraven tega pa mora farmacevt popraviti

manjše napake na receptu, vnesti recept v informacijski sistem, etiketirati škatle zdravil, svetovati in izobraževati pacienta o varni uporabi zdravila, kontraindikacijah in stranskih učinkih. Tako tudi v dobro organiziranih lekarnah v zahodni Evropi okoli 15% receptov zahteva intervencijo farmacevta. Razpoložljivost potrebnih zdravil je še vedno največji izziv, saj tudi v razvitem svetu 3%-5% zdravil ni dostopnih, ko so naročena.

Z razvojem poslovnih modelov maloprodaje farmacevtskih izdelkov se razvija tudi vloga farmacevtov. Njihova klasična vloga profesionalnega odmerjanja zdravil se širi v smeri storitev za vzdrževanje pacientovega zdravja in dobrega počutja. To lahko obsega tudi sledeče: usposabljanje pacientov za lastno odmerjanje zdravil, vključno z inhalacijami in injekcijami, merjenje pritiska, merjenje glukoze v krvi, informiranje o obvladovanju bolezni s pomočjo prehrane in stila življenja. Ključnega pomena za profesionalni in komercialni uspeh pa je povečevanje pacientove lojalnosti skozi celotno informiranje, izobraževanje, individualizirano svetovanje in monitoring.

Lekarna, ki je tradicionalna točka prodaje (POS) je istočasno tudi dragocena stična točka s trgov oz. posameznim pacientom, kar ji omogoča edinstveno priložnost za zbiranje podatkov potrebnih za optimiranje zdravja pacienta in optimiranje celotne vrednostne verige. Toda za nekatere farmacevte nova vloga zahteva velik miselni preskok, ki zahteva ustrezen informacijski sistem in dodatno izobraževanje.

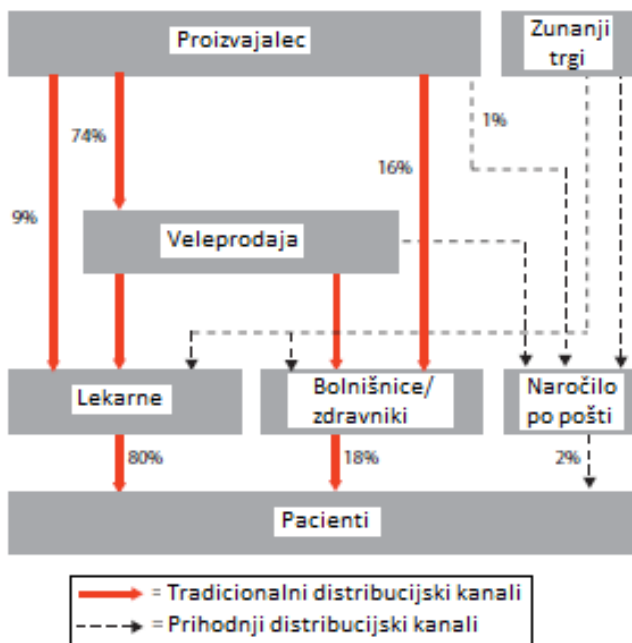
2 Evropske razmere na področju distribucije farmacevtskih izdelkov

V obstoječem modelu distribucije farmacevtskih izdelkov ima veleprodaja osrednji položaj. Okoli $\frac{3}{4}$ zdravil prodanih v Evropi je bilo distribuiranih preko veleprodaje, ki potem prodaja lekarnam in bolnišnicam. V večjih evropskih državah proizvajalci prodajajo tudi neposredno bolnišnicam. V zgodnji razvojni fazi so lekarne, ki izpolnjujejo naročila po pošti, po enako strogih pogojih kot velja za klasične lekarne. Pri tem poznavalci pričakujejo, da delež naročil po pošti ne bo bistveno presegal 5%.

Konsolidacija na zadevnem trgu je privedla do treh velikih Pan-evropskih podjetij:

- Celesio, ki je 2014 ustvaril 22,3 mrd. EUR prometa. Na slovenskem je prisoten z vodilnim podjetjem v zadevni panogi: Kemofarmacija.
- Phoenix je v poslovnem letu 2014/15 ustvaril 22,6 mrd. EUR prometa. Družba je prisotna na Hrvaškem z družbo Phoenix Farmacija.
- Alliance Boots je v poslovnem letu 2013/2014 ustvaril okoli 30 mrd. EUR prometa. Na slovenskem je prisoten preko Oktal Pharma iz Hrvaške.

Poleg konsolidacije veletrgovcev farmacevtskih izdelkov so se v Evropi začele pojavljati tudi verige lekarn, saj so številne države odpravile ovire za tovrstno delovanje. Posledično je začelo upadati število samostojnih lekarn, nekatere lekarne pa so začele oblikovati nabavne kooperative, da bi povečali svojo pogajalsko moč.

Slika 5: Pomen različnih distribucijskih kanalov

Vir: Booz &Co.

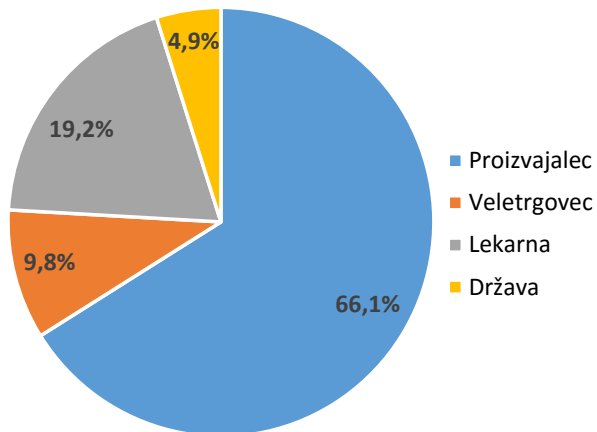
Strateški pomen neposrednega dostopa do končnega uporabnika so spoznali tudi veletrgovci, ki so začeli s kupovanjem lekarn oz. vlaganjem v lastne lekarniške verige. Tako bodo lahko veletrgovci izvajali močan vpliv na ključno točko prodaje (POS), tako da npr. nadomeščajo generike z lastno blagovno znamko. Najbolj agresiven investor v farmacevtsko prodajo na drobno je bil Celesio, ki ima že 2.175 lekarn v 14 državah EU. Phoenix je prisoten s 1.550 lastnimi lekarnami v 12 državah EU. Farmacevti pa postajajo pomembnejši, ker imajo vedno več možnosti, da v okviru svoje svetovalne vloge vplivajo na odločitve pacientov.

Neodvisne in dobro organizirane lekarniške verige so v danih tržnih okoliščinah v koristnem položaju, saj bodo za dostop do njih tekmovali farmacevtski proizvajalci, ki želijo zaobiti velike veletrgovce, ter sami veletrgovci, ki želijo s prevzemom zapolniti še zadnje bele lise na evropskem trgu.

Po podatkih EFPIA (2015) na območju EU okoli 66,1% končne cene zdravila ostane proizvajalcu. Od preostanka vrednosti si lahko največ obetajo lekarne (18,8%), država (9,9%) ter veletrgovec (5,2%). Pri tem moramo upoštevati, da gre za grobo oceno, saj so lahko marže in DDV za zdravila po državah zelo različne. Po oceni EFPIA za leto 2012 je bila vrednost slovenskega trga farmacevtskih izdelkov (ex-tovarna) blizu 500 mio. EUR. Pri tem je upoštevana prodaja preko vseh distribucijskih kanalov (lekarne,

bolnišnice, zdravniki, supermarketi itd.) in to za zdravila na recept kakor tudi brez njega. Izključena so bila samo veterinarska zdravila.

Slika 6: Struktura končne cene zdravila v EU (2013)



Vir:EFPIA (2015).

Zdravstvena oskrba do 2020

Zdravstvena oskrba je verjetno ena zadnjih večjih dejavnosti, ki so jih korenite spremembe v poslovnih modelih in informatizaciji poslovanja v zadnjih dveh desetletjih zaobšle. To še posebej velja za Evropo, kjer prevladuje javno financiranje tovrstne potrošnje in močna regulacija pod vplivom zainteresiranih lobijev. Diskusije na temo zdravstvenih reform so tudi v razvitejših državah trajala desetletja brez večjih sprememb. Toda šele globalna finančna kriza in posledični varčevalni pritiski so začeli sprožati korenite spremembe. Predvsem največji plačnik (javni sektor) pospešeno išče možnosti za zmanjšanje stroškov v dejavnosti, ki se je desetletja upirala racionalizacijam. Nujnost sprememb v zdravstveni oskrbi pa je še toliko večja zaradi staranja prebivalstva in zagotovitve vzdržnosti sistemov zdravstvenega zavarovanja.

Demografski trendi in nezdravi stili življenja bodo še naprej zagotavljali stabilno osnovo za rast povpraševanja, čeprav so povezani s cenovnimi pritiski. Istočasno se v zadevni vrednostni verigi pojavljajo močno spremenjene okoliščine zaradi padca raziskovalno-razvojne produktivnosti farmacevtskih podjetij ter patentnega prepada (izguba ekskluzivnosti zaradi vstopa generikov v višini 120 mrd. USD v obdobju 2011-2015). Posledično se proizvajalci v zadevni vrednostni verigi ne morejo več zanašati na inovativnost in pogajalsko moč pri določanju cen, da bi podpirali donosno rast. Opisane okoliščine povzročajo, da je delež dosegljivih dobičkov za proizvajalce originalnih zdravil v zdravstveni vrednostni verigi vedno manjši, pridobivajo pa sektorji z nižjimi maržami kot so proizvajalci generikov in ostali ponudniki storitev v vrednostni verigi.



Opisani trendi ne pomenijo konca inovativnosti v zadevni dejavnosti, saj se bo fokus inovativnosti premaknil od proizvodov k zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Investicije v prihodnosti bodo usmerjene v iskanje novih poti zagotavljanja celostne oskrbe predvsem z uporabo informacijske tehnologije, kjer zdravstvena dejavnost najbolj zaostaja tako v svetu kot v Sloveniji. **Za uspešno poslovanje v novih vrednostnih verigah bo tudi za distribucijo in prodajo potrebna sprememba miselnosti v stran od »menedžiranja« inputov (število novih proizvodov, število receptov itd.) in naproti zagotavljanju učinkov (zadovoljstvo pacientov, klinični rezultati, prihranki itd.).**

Vrednostna veriga farmacevtskih izdelkov je očitno dosegla določeno prelomno točko, ko rasti dobičkonosnosti za proizvajalce in distributerje ni mogoče več dosegati z več inputov, ki jih na koncu plačajo davkoplačevalci oz. končni uporabniki, zato morajo vsi njihni udeleženci preusmeriti svoje poslovne modele (in s tem resurse) k boljšemu

poznavanju oblikovanja potreb kupcev ter izkoriščanju notranjih rezerv. Naštete fundamentalne spremembe bodo za naslednje desetletje imele sledeče implikacije za zdravstveno dejavnost:

- Radikalne spremembe v relativni velikosti in potencialu rasti različnih delov farmacevtske vrednostne verige.
- Manjšanje pogajalske moči proizvajalcev.
- Nove osnove za konkurenčno tekmo zaradi vse večjega angažiranja končnih uporabnikov in vse večjo standardizacijo zdravstvene oskrbe (protokolizacija).

Slika 7: Priložnosti re-definirane zdravstvene vrednostne verige

Gonilci dobička	Redefinicija poslovnih modelov	
	»Konsumerizacija«	Profesionalizacija
Učinki in priložnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Skupen razvoj s potrošniki • Oskrba doma in tele-oskrba • Pacientova izkušnja z zdravljenjem • Platforme za osebno oskrbo • Prehranjevalne in rešitve za dobro počutje • Personalizirane naprave  <p>Individualno angažiranje in potrošniška izkušnja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoli zdravljenja • Prodaja »kliničnih učinkov« • Integrirana oskrba (Rx, Dx, dom) • Delitev tveganj z Rx, Dx, proizvajalci, plačniki, delodajalci • Rešitve z dodano vrednostjo  <p>Rešitve na osnovi izkušenj populacije</p>

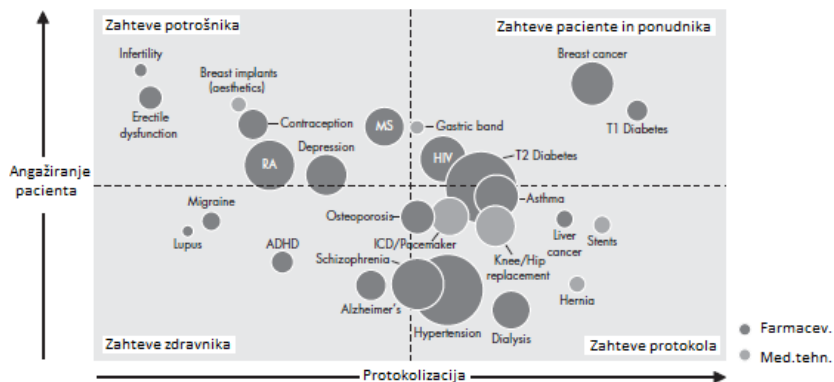
Vir: Bain (2012).

Udeleženci vrednostne verige ugotavljajo, da se ne morejo več zanašati samo na večje količine in morebiten vpliv na cene. Glede na napovedi razvoja zadevne dejavnosti se nove priložnosti odpirajo na področju povpraševanja, ki ga generirajo zahteve potrošnikov (consumer driven demand) ter protokolizirana oskrba pacientov. Gre za ključna trenda, ki prenašata poudarek od inputov k zadovoljstvu potrošnika (pacienta) ter k doseženim kliničnim rezultatom. Temu primerno je potrebno prilagoditi tudi poslovne modele:

- Vsi udeleženci zdravstvene vrednostne verige morajo nenehno uspešneje vključiti končnega uporabnika svojih proizvodov in storitev v svoje vrednostne verige, na način, ki odgovarja individualnim potrebam in izkušnjam potrošnika/pacienta. Velik del populacije pacientov (80%) je zelo angažiran v iskanju zdravstvenih informacij preko interneta. Več kot polovica pa jih išče specifične informacije o procedurah zdravljenja in boleznih. Vedno večja razširjenost mobilnih naprav in interneta pa takšen trend še pospešuje.
- Skupaj z večjo angažiranostjo pacientov je opaziti tudi naraščajočo profesionalizacijo procesov medicinske oskrbe, kar nazivamo »protokolizacija«. Tako zdravnik ni več edini odločevalec v procesu zdravljenja in s tem kreiranju povpraševanja. S tem se medicinska oskrba spreminja iz »obrtniške« v »industrializirano« obliko, ki lahko prepreči številne napake, skrbi za uporabo najsodobnejših spoznanj in najučinkovitejših terapij. Rezultat je lahko kvalitetnejša medicinska oskrba in plačevanje na osnovi doseženih rezultatov.

Za uspešno prihodnost bodo podjetja v zdravstveni vrednostni verigi morala pripraviti strategije za doseganje konkurenčnih rezultatov glede na 4 območja iz spodnje matrike. Na vertikalni osi so razvrščeni zdravstvene razmere in bolezni glede na lastno angažiranost pacienta, horizontalna os pa kaže stopnjo standardizacije protokolov, ki bodo usmerjale terapijo. Področje, ki bo predstavljalo kombinacijo visokega angažiranja pacienta in visoko protokolizacijo pa zahteva sodelovanje med pacienti in ponudnikih zdravstvenih rešitev.

Slika 8: Nova tržna dinamika glede na bolezni in procedure



Vir: Bain (2012).

Na področjih, kjer je visoko angažiranje pacienta in nizka protokolizacija, bo potrošnikova izkušnja najbolj vplivala na odločitve. Takšne terapije so običajno plačljive oz. terapije življenjskega sloga (npr. kontracepcija, erektilne disfunkcije). Na odločitve v pacientov pa zraven zdravnikov lahko najbolj vplivajo farmacevti.

Pri višji stopnji protokolizacije pa morajo tudi distributerji in farmacevti natančno poznati terapevtske faze, da lahko ustrezno podprejo zdravnike in seveda pacienta pri doseganju najboljših kliničnih izidov. Analitiki zdravstvene dejavnosti še pričakujejo, da se bo postopoma večina izdelkov in storitev premikala v smeri zgornjega dela matrice.

Značilnosti lekarniških mrež v Evropi

Razvite evropske države imajo dokaj raznolike zdravstvene sisteme skupaj z organiziranostjo lekarniške dejavnosti. Kljub temu bomo v nadaljevanju predstavili izkušnje v lekarniški dejavnosti v dveh skupinah izbranih držav glede visoko oz. nizko stopnjo liberalizacije zadevnega področja. Pri tem si bomo pretežno pomagali z ugotovitvami študije Gesundheit Österreich (2012) ter s podatki o značilnostih slovenske lekarniške mreže.

Zgoraj omenjena študija je obravnavala pet držav, ki so liberalizirale lekarniško dejavnost (Velika Britanija, Irska, Nizozemska, Norveška in Švedska) ter štiri države z regulirano lekarniško dejavnostjo (Avstrija, Danska, Finska, Španija). Glavni cilj študije pa je bila ocena delovanja lekarniške dejavnosti z vidika treh ključnih kriterijev: (i) dostopnost, (ii) kakovost in (iii) ekonomičnost.

Izkušnje kažejo, da je deregulacija običajno usmerjena v povečanje dostopnosti zdravil in zniževanje cen zdravil v prosti prodaji. Toda navedena pričakovanja običajno niso izpolnjena, saj liberalizacija v lekarniški dejavnosti ne pomeni nujno tudi večje konkurence. Vzpostavitev lekarniških verig v praksi kvečjemu omejuje konkurenco in profesionalno neodvisnost lekarnarjev. Zraven tega se nove lekarne odpirajo predvsem na zanimivih lokacijah z velikim številom prebivalcev in ne v ruralnih predelih. Tudi učinki na znižanje cen po liberalizaciji niso bistveni, saj so cene odvisne zakonske regulative in politike zdravstvenih zavarovalnic.

Nekatere države z regulirano lekarniško dejavnostjo so bile nekaj časa izpostavljena tudi pritiskom Evropske komisije zaradi pravih ustanovitve lekarne in njenega lastništva. Postopki pa so se končali z dvema pomembnima sodbama Evropskega sodišča v letu 2009, ki potrjujeta, da so omejitve glede lastništva in delovanja lekarn dopustne, če gre za varovanje javnega zdravja.

V veličini držav EU pa je mogoče opazovati trend v smeri liberalizacije prodaje OTC zdravil, kar velja tudi za bolj regulirane države.

1 Dostopnost zdravil

Deregulacija običajno privede do urbanega grozdenja (clustering) kmalu po uvedbi liberalnih pravnih rešitev. V kratkem času se pojavi veliko novih lekarn na zanimivih lokacijah kot so center mesta oz. nakupovalni centri. Posledično se ne poveča dostopnost lekarn za prebivalstvo, ki je razpršeno po ruralnih območjih.

Deregulacija lahko povzroči tudi omejeno dostopnost do manj pogosto predpisanih zdravil, saj finančni pritiski v liberalizirani lekarniški dejavnosti zahtevajo vzdrževanje nižjih zalog oz. osredotočanje na komercialno uspešna zdravila. Zraven tega so bodo vertikalno integrirane lekarne, ki so v lasti velikih proizvajalcev, motivirane predvsem za dobavo zdravil »svoje« produktne palete.

Po liberalizaciji se običajno podaljšajo tudi odpiralni časi lekarn (npr. Norveška). Kljub splošni liberalizaciji v lekarniški dejavnosti na Švedskem, pa so omejili delovanje 24 urne internetne lekarne na običajni poslovni delovni čas.

Eden od pokazateljev dostopnosti je tudi število prebivalstva na lekarno. Iz spodnje slike lahko razberemo, da so tovrstne razlike med državami zelo velike. Povprečje EU28 je znašalo 3226 prebivalcev na lekarno, celoten razpon vrednosti pa je zelo širok. Ne glede na stopnjo gospodarske razvitosti in zgodovino zdravstvenih sistemov, lahko sklepamo, da gre trend v smeri povečevanja dostopnosti.

Slika 9: Število prebivalcev na lekarno



Opomba: Prikaz ne vsebuje Danske, ki je imela 16667 prebivalcev na lekarno.

Vir: ABDA (2015).

Slovenija je torej glede na pokritost z lekarnami med ¼ držav z najmanj lekarnami, zato ocenjujemo, da se bo njihovo število postopoma povečevalo. Omenjen trend pa bo v našem reguliranem sistemu narekovan predvsem s strani zakonskih kriterijev za ustanovitev lekarne in s strani ekonomskih pogojev.

2 Kakovost lekarniških storitev

Kakovost lekarniških storitev je v vseh državah EU na visokem nivoju, ne glede na obsega liberalizacije. Slednje je gotovo posledica visokih profesionalnih standardov v farmacevtski dejavnosti. Pri tem predstavlja svetovanje ključno nalogo farmacevta. Pacienti in potrošniki zelo visoko cenijo profesionalno svetovanje in pomoč farmacevtov, ki so pogosto prva kontaktna točka v primeru zdravstvenih težav ali preventivnih aktivnosti prebivalstva. Deregulacija v lekarniški dejavnosti pa lahko privede do omejevanja časa, ki ga lahko farmacevt posveti stranki, ker mora praviloma obvladati večji obseg delovnih nalog.

3 Ekonomičnost

Deregulacija farmacevtske dejavnosti nima neposrednega vpliva na obseg javnih in zasebnih izdatkov za farmacevtske izdatke. Izdatki za zdravila so produkt količine in cene. Cene so lahko regulirane na različnih ravneh (pri proizvajalcu, prodajalcu na debelo in/ali lekarni), količine pa so odvisne od politike reklamiranja zdravil, njihovega predpisovanja, odmerjanja in načina prodaje. Posledično so izdatki za zdravila pod vplivom številnih dejavnikov. Deregulacija farmacevtske dejavnosti tudi ne more bistveno vplivati na cene zdravil, saj je za njih značilna nizka cenovna elastičnost (nizka odzivnost povpraševanja glede na spremembe cene). Pacienti jih bodo torej kupovali le, če so potrebne in dostopne glede na ceno. Zmanjšanje cen zdravil na recept lahko praviloma pričakujemo po ukrepih vlade, ki to doseže na ravni proizvajalca, prodajalca na debelo ali lekarni. Za zdravila OTC večina evropskih držav dovoljuje prosto oblikovanje cen. Tudi na segmentu OTC zdravil študije niso ugotovile padec cen zaradi deregulacije.

Manjše povprečne lekarniške marže so rezultat sprememb v pravilih za delovanje lekarniške dejavnosti v posamezni državi. Nagrajevanje lekarn je praviloma regulirano vsaj za zdravila na recept oz. za refundirana zdravila. Zaradi ekonomskih razmer pa so se v številnih evropskih državah lekarniške marže v zadnji dekadici zmanjševale.

Tržne razmere v Sloveniji

1 Ključni trendi in razvoj

Ekonomska situacija in državni varčevalni ukrepi, kot sta omejevanje izdaj zdravil na recept in povečanje davka na dodano vrednost, direktno vplivajo na dostopnost zdravil na recept za paciente. Zmanjšanje izdatkov zdravil na recept je posledica nižanja največjih dovoljenih cen in omejevanje števila zdravil, ki jih krije zdravstvena shema. Vzporedno s tem se je povečalo število receptov ne-patentiranih zdravil in pomen samozdravljenja. Nekatere terapevtske storitve se ne krijejo več iz zdravstvenega zavarovanja. To dopušča ljudem odločanje med cenejšimi in dražjimi zdravili za enako bolezen, ampak z različnimi sestavinami.

Okrevanje domačega gospodarstva bo glede na napovedi UMAR pozitivno. Po treh letih upadanja zasebne potrošnje (do 2014), je v letu 2015 ocenjena rast 2,0%. Zaradi velike cenovne občutljivosti kupcev se pričakuje njihova racionalnost pri potrošnji, predvsem pri preventivni medicini kot so npr. multi-vitamini in uporaba cenejših izdelkov. Posledično lahko pričakujemo intenzivno tržno tekmo, proizvajalci pa bodo morali vložiti dodaten napor za pritegnitev pozornosti kupcev s pomočjo novih produktov, marketinškimi aktivnostmi in cenovno strategijo.

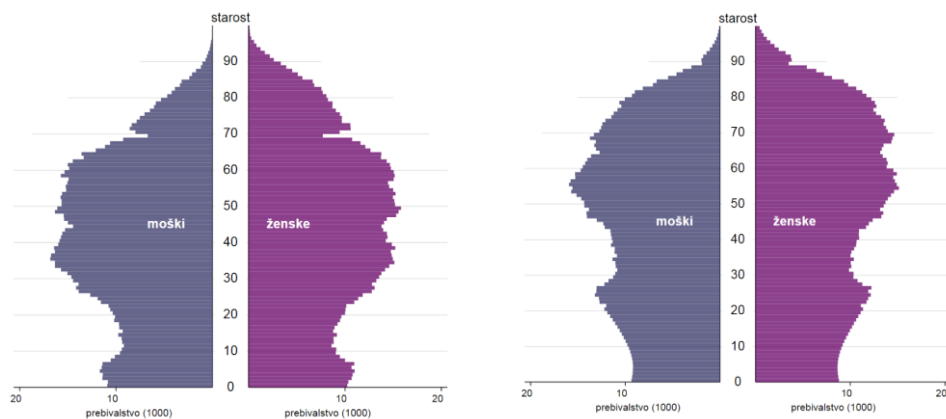
Zaradi ekonomskih pritiskov so cene farmacevtskih izdelkov še naprej padale v 2014 in konkurenčnost se je okrepila. Konkurenčnost se je okrepila v posameznih kategorijah, medtem, ko je v drugih (kot so analgetiki in sredstva proti prehladu in alergijam-senenim nahodom) ostala na isti ravni, zaradi omejenega števila ponudbe zasebnih proizvodov in zaupanje potrošnikov v priznane blagovne znamke. Za Slovenijo so značilne višje cene zdravil, kar je posledica majhnosti trga. Niti ni interesa za paralelni uvoz zdravil brez recepta, zaradi EU regulacije pri navodilih za zdravila v lokalnem jeziku. Pri tem so Slovenski izdelovalci, posebej Lekarna Ljubljana, uspešno povečali portfelje izdelke lastnih znamk – povpraševanje po teh proizvodih narašča.

1.1 Demografski trendi

Tržne raziskave kažejo, da je starejša populacija vedno pogostejša tarča ponudnikovo proizvodov in storitev s področja zdravja. Razlog za navedeni trend je dobro viden v podatkih SURS-a, ki kažejo, da se je delež populacije 15-65 let rahlo zmanjšal med leti 2003 in 2015. Medtem je število ljudi starih nad 65 let v letu 2015 znašal 18% (379.254), in se povečuje na letni osnovi za 0,4 odstotne točke glede na 2014. V letu

2003 je bil delež teh ljudi pod 15%. Kategorije produktov, ki so povzele te trende so prehranska dopolnila (na primer za kosti in celotno zdravje), zelo oglaševani produkti za razstrupljanje jeter, očesno in ušesno nego, ter produkti za srčno in možgansko zdravje.

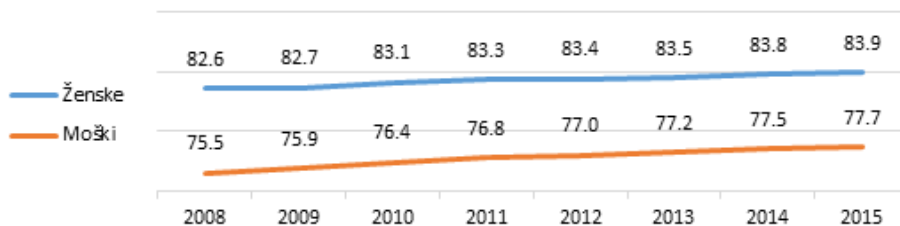
Slika 10: Starostna piramida prebivalstva 2015 in projekcija 2035



Vir: SURS (2015).

Slaba ekonomska situacija in vpliv izselitve mladih, družno z višanjem povprečne starosti, bodo samo okrepila ta trend. Zato je pričakovati, da bo starejša populacija ostala glavni fokus proizvajalcev farmacevtskih izdelkov. Vendar ima omenjena skupina najmanjše nivoje prihodkov, kar lahko ob slabih gospodarskih razmerah vpliva na nižanje cen produktov. Trend prestopa k cenejšim produktom je že zaznan in ga je pričakovati tudi v prihodnosti.

Slika 11: Pričakovana življenjska doba ob rojstvu: 2008-2015



Vir: GMID (2015).

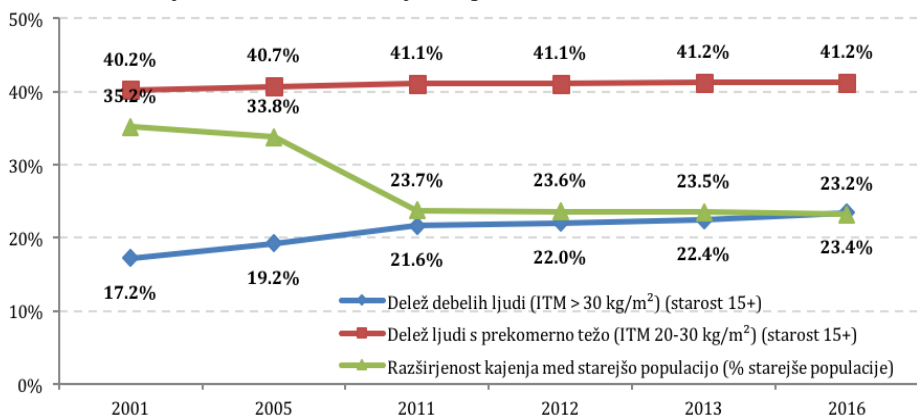
Pričakovana življenjska doba po spolu nam kaže stalno naraščanje pričakovane življenjske dobe ob rojstvu. Pri tem se razlika med spoloma le počasi zmanjšuje (7,1 leta v 2008 in 6,3 leta v 2013). Med obstoječimi in potencialnimi potrošniki torej prevladujejo ženske, ki živijo dlje. Zraven tega je v strategiji komuniciranja z zadevnim trgom nujno upoštevati tudi dejstvo, da so ženske bistveno bolj zdravstveno ozaveščene in dejansko uporabljajo širši asortima farmacevtskih izdelkov. Poleg navedenega so ženske tudi glavni iniciator povpraševanja in odločevalec o tovrstnih izdatkih za svoje družine (predvsem v segmentu otrok in mladine).

1.2 Življenjske navade

Opažen je trend nezdravega načina življenja in s tem povezanimi boleznimi, kar prispeva tudi k stopnji debelosti. Zdrava prehrana, ki je dražja, je postala nedosegljiva tistim z nizkimi prihodki, zato uživajo več nezdrave hrane. Že v Resoluciji MZ se posebej izpostavlja najbolj nevarne trende za zdravje ljudi, kot je nevarnost prekomerne telesne teže in kajenje. Obstoječi podatki in napovedi namreč kažejo, da se populacija debelih ljudi povečuje (indeks telesne mase > 30) iz 19,2% (2005) na 22,4% (2013), po pričakovanjih pa se bo še povečevala. Medtem je delež ljudi s prekomerno težo na istem nivoju. Najbolj alarmantno situacijo in napovedi lahko zasledimo med otroci. Pred 30 leti je bilo 20% dečkov in 17% deklic s prekomerno težo. V letu 2013 je delež narasel na 25% za dečke in 24% za deklice. Razlogi so gotovo v manjši fizični aktivnosti in uživanju nezdrave prehrane. Pozitiven trend pa je viden na področju kajenja.

Čezmerna telesna teža in debelost sta povezani s porastom števila bolnikov s sladkorno boleznijo, ki v Sloveniji predstavljajo 7,3% prebivalcev (2015) in raste za 3% vsako leto. Predvsem problematično je tudi uživanje sladkorje med otroci in mladostniki, saj njihov vnos presega priporočila za 60%.

Slika 12: Gibanje deleža kadilcev in ljudi s prekomerno telesno težo in kadilcev



Vir: GMID (2015).

Glede na zbrane podatke se število kadilcev med Slovenci zmanjšuje. Največji padeč je opazen po sprejetju prepovedi kajenja v javnih in delovnih prostorih iz 33,8% populacije (2005) na 23,5% (2013). Država se aktivno deluje na področju prekomerne telesne teže. Izvaja kampanjo manjše uporabe soli pri pripravi hrane preko internetnih portalov in TV oddaj. Dodatno so obdavčeni sokovi in pijače, ki vsebujejo sladkor. Veliko ukrepov se izvaja že v vrtcih in osnovnih šolah.

Kronične nalezljive bolezni (KNB), med katere prištevamo srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen tipa 2, bolezni dihal, bolezni prebavil in raka ter debelost, predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti v Sloveniji, saj je več kot 70% smrti posledica najpogostejših KNO. Stanje na področju srčno-žilnih bolezni se izboljšuje, leta 1985 je ta bolezen bila vzrok pri polovici umrlih, v letu 2012 pa 37%. Glede obolevnosti in umrljivosti za rakom spadamo med države s srednje visokimi stopnjami, stanje pa se slabša. V zadnjem desetletju se je pojavnost raka povečala za 40% med moškimi in za 30% med ženskami. Poseben problem predstavljajo KNB pri mlajših starostnih skupinah, kjer pomembno zmanjšujejo kakovost življenja aktivne populacije in pomenijo precejšnjo ekonomsko breme za državo.

Večina Slovencev je postala karierno orientirana in bolj zaposlena – posledica sta stres in anksioznost. Višja stopnja debelosti je višala povpraševanje po zdravljenju prebavnih motenj, dermatoloških bolezni in hujšanju. Sedeč način življenja pa je povzročil povpraševanje po hemoroidnih produktih.

Podobne trende lahko pričakujemo v prihodnosti. Mlada populacija in tisti z nižjimi dohodki, kot tudi tisti brez časa za pripravo zdravega obroka bodo posegali po možnostih hitre prehrane. S stresom povezane bolezni in nespečnost postajajo vse bolj pogoste, zato se povečujejo povpraševanje po zdravilih za pomiritev in spanec. Stres in nezdrave prehranjevalne navade se pogosto odražajo v prebavnih težavah, zato veliko ljudi trpi za zgago, zaprtjem ali drisko.

1.3 Prodor spletnega marketinga

Zaradi enostavne uporabe, dobrih rezultatov in relativno majhnih stroškov je strategija spletnega marketinga vedno pomembnejša tudi med ponudniki farmacevtskih izdelkov. Predvsem razširjenost interneta in aktivnost uporabnikov v družbenih medijih omogoča učinkovito in uspešno komuniciranje s potrošniki. V primerjavi z drugimi skupinami FMCG proizvodov je spletni marketing zdravstvenih proizvodov in storitev na bistveno nižji ravni, zato ostaja velik razvojni potencial. Stanje se precej razlikuje med prehranskimi dopolnili in športno prehrano, v nasprotju z drugimi zdravstvenimi produkti in storitvami. Pričakovana je nadaljnja penetracija interneta in mobilne povezanosti v Sloveniji, zato se od proizvajalcev pričakuje povečanje prizadevanj, da se povežejo z svojimi kupci preko spleta. Medtem, ko se bodo velike farmacevtske družbe oglaševale skozi drage kanale (TV, tisk in lastne internetne strani), se bodo manjši proizvajalci predvsem tisti z prehranskimi dopolnili, izdelki za hujšanje in športno prehrano pretežno pojavljali v socialnih omrežjih. Veliko število mobilnih telefonov in večanje števila pametnih telefonov je priložnost za razvijalce mobilnih aplikacij. Mnogi

razvijalci mHealth aplikacij se osredotočajo na rešitve za boljši monitoring zdravstvenega stanja bolnika ali optimizaciji čakalnega sistema v bolnišnicah. Obstaja še veliko možnosti za razvoj aplikacij za trg zdravil brez recepta, na primer predstavitev možnih produktov potrošnikom in zagotavljanje informacij o pravilni uporabi.

Internetni ponudniki zdravil, ponujajo proizvode rahlo nižjih cen in ugodnosti dostave na dom. Vendar bodo tudi v prihodnosti lekarne (zaradi svetovanja farmacevtov) ostale dominanten prodajni kanal, tudi že zaradi dejstva, da je to edini zakoniti prodajni kanal. Internetno prodajo imajo večje lekarne v Slovenije že vzpostavljeno, ampak to ne predstavlja direktne konkurenčnosti.

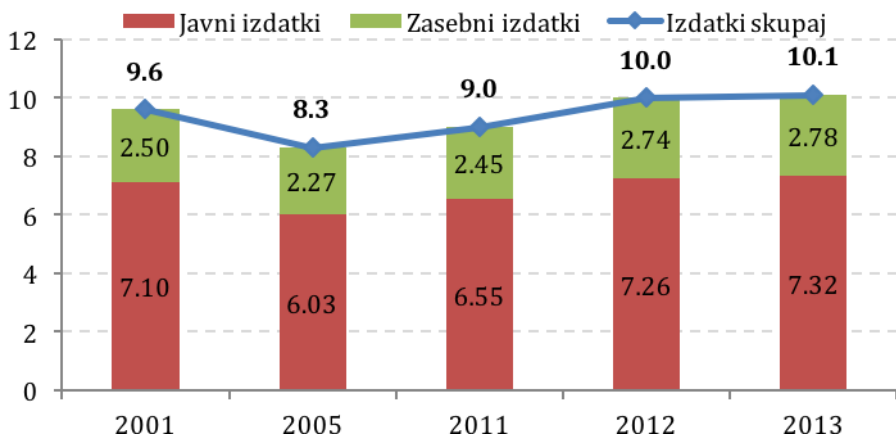
2 Razmere na slovenskem trgu

Za potrebe naše raziskave bomo razmere na slovenskem trgu farmacevtskih izdelkov analizirali z zornega kota dveh glavnih generatorjev povpraševanja oz. plačnikov: javni zdravstveni sektor in potrošniki/pacienti.

2.1 Izdatki javnega zdravstvenega sektorja

Upoštevač prevlado javnega financiranja zdravstvenega sektorja bo slednji tudi narekoval pretežen del tržnih pogojev za veletrgovce farmacevtskih izdelkov in opreme ter za lekarne. Po eni strani skozi velika naročila, po drugi strani pa preko izstavljanja receptov iz pozitivne in vmesne liste, ki jih pacienti realizirajo v »svojih« leknarah.

Slika 13: Izdatki za zdravje kot % v BDP



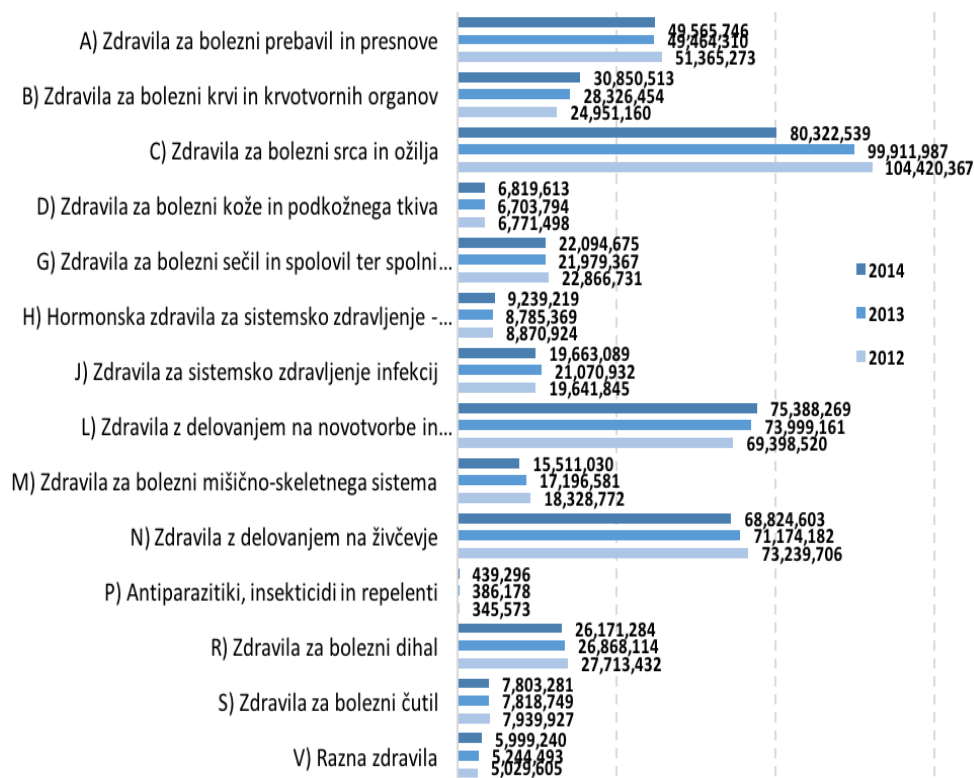
Vir: NIJZ (2014).

Najboljši pregled nad dogajanjem v javnem zdravstvu zagotavlja ZZZS, zato v nadaljevanju povzemamo nekaj ključnih informacij iz njihovega letnega poročila za leto 2014. V letu 2014 je bil plan storitev v lekarniški dejavnosti za 0,20% večji kot letu

2013. Podlaga za plan za leto 2014 je bila realizacija v preteklem letu. Realizacija storitev v letu 2014 je bila višja kot leta 2013 za 3,64%. Povečalo se je tudi število predpisanih receptov, in sicer za 1,0%. Poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih (DDD), se je zvišala za 1,1%. V zadnjih petih letih se je poraba povečala povprečno za 2,3% letno. Vsaj en zeleni recept je prejelo 1.503.657 (72,9%) prebivalcev. Poraba zdravil na posameznika, ki je prejel zdravilo, se je povečala za 1%, v zadnjih 5 letih pa povprečno 2,2% letno. Izdatki obveznega zdravstvenega zavarovanja za predpisana razvrščena živila¹⁷ so dosegli v letu 2014 višino 1.178.533 EUR, kar je 1,5% manj glede na predhodno leto.

Zdravljenje bolezni, ki je financirano iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je povezano z različno pogostostjo v populaciji in različnimi stroški terapij z zdravili. Zato v nadaljevanju predstavljamo izdatke za zdravila na zeleni recept po ATC klasifikaciji.

Slika 14: Izdatki za zdravila na zeleni recept po ATC klasifikaciji



Vir: NIJZ (2015).

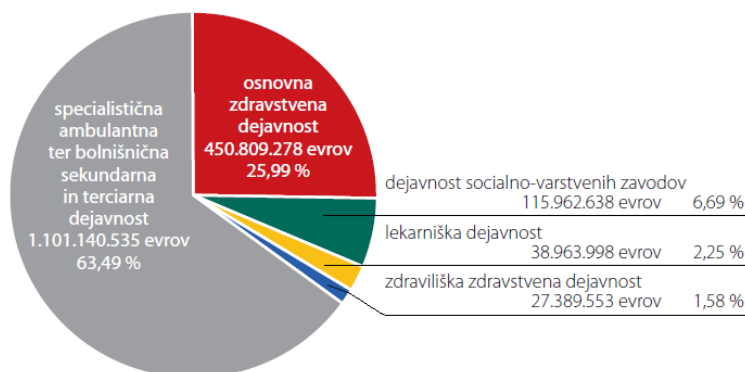
¹⁷ Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene.

Glavni financer zdravstvenih izdatkov v Sloveniji je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je v letu 2014 porabil 2,352 mrd. EUR, ocena za 2015 pa kaže na 3,9% rast tovrstnih izdatkov (2,444 mrd. EUR¹⁸). Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo zavarovane osebe pri izvajalcih zdravstvenih storitev, s katerimi ima ZZZS sklenjeno pogodbo. Podlaga za sklenitev pogodb med ZZZS in izvajalci je vsakoletni Dogovor, ki ga sprejmejo Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov, Skupnost socialnih zavodov, Skupnost organizacij za usposabljanje, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč in ZZZS. Viri za financiranje dogovorjenih programov so opredeljeni s finančnim načrtom ZZZS, in sicer za del, ki se nanaša na kritje storitev v deležu za obvezno zdravstveno zavarovanje. Doplačila do polne vrednosti storitev pa so krita iz sredstev dopolnilnega (prostovoljnega) zdravstvenega zavarovanja ali jih pokrivajo zavarovane osebe same, če niso prostovoljno zavarovane. (ZZZS, 2015).

Iz spodnje slike lahko razberemo, da je lekarniška dejavnost v letu 2014 od ZZZS prejela skoraj 39 mio. EUR (2,25% celotnih sredstev ZZZS), kar pa pomeni 1,55% padec glede na leto 2013. V strukturi sredstev za lekarniško dejavnost je mogoče razbrati, da je od leta 2009 padel delež za plače iz 77,16% na 74,80%, s tem pa je pridobil delež za materialne stroške in amortizacijo.

V letu 2013 je bil plan storitev v lekarniški dejavnosti za 4,05 % večji kot v letu 2012. Podlaga za plan za leto 2013 je bil Dogovor 2013, ki je opredelil fiksno produktivnost in določil plan za leto 2013 v višini 13.340.834 točk. To pomeni, da se z višanjem realizacije lekarniških točk cena lekarniške točke ne znižuje dvakrat letno, temveč na ceno lekarniške točke vplivajo le spremenjeni kalkulativni elementi za določanje cen. Realizacija storitev v letu 2013 je bila višja kot leta 2012 za 0,20 %. V letu 2013 se je povečalo tudi število predpisanih receptov, in sicer za 1,6 %. (ZZZS, 2015).

Slika 15: Vrednosti programov zdravstvenih storitev v letu 2014



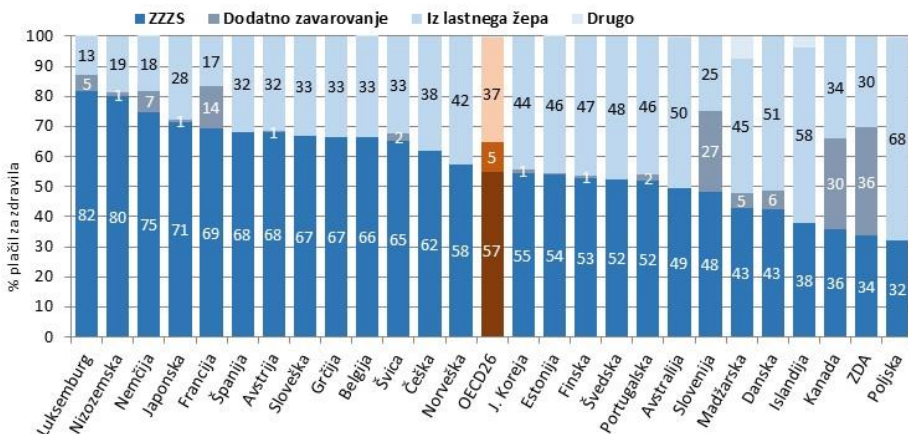
Vir: ZZZS (2015).

¹⁸ Lastna ocena.

Glede na finančne podatke, ki zajemajo tudi plačila ZZZS lekarnam v letu 2013, so znašali odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila v preteklem letu 296.224.735 evrov, kar predstavlja 12,9 % odhodkov ZZZS. Delež za zdravila v strukturi odhodkov ZZZS se je po večletnem zniževanju znova zvišal. Izdatki za zdravila so se glede na predhodno leto povečali za 5,2 %, bili pa so pod finančnim načrtom. Petletno povprečje (2009–2013) nominalne rasti znaša –0,7 % letno, realne rasti pa –2,4 % letno. Podatki o izdatkih za zdravila v obveznem in dopolnilnem zavarovanju kažejo, da se je delež za zdravila v obdobju 2009–2013 znižal z 18,4 na 18,1 %. (ZZZS, 2015).

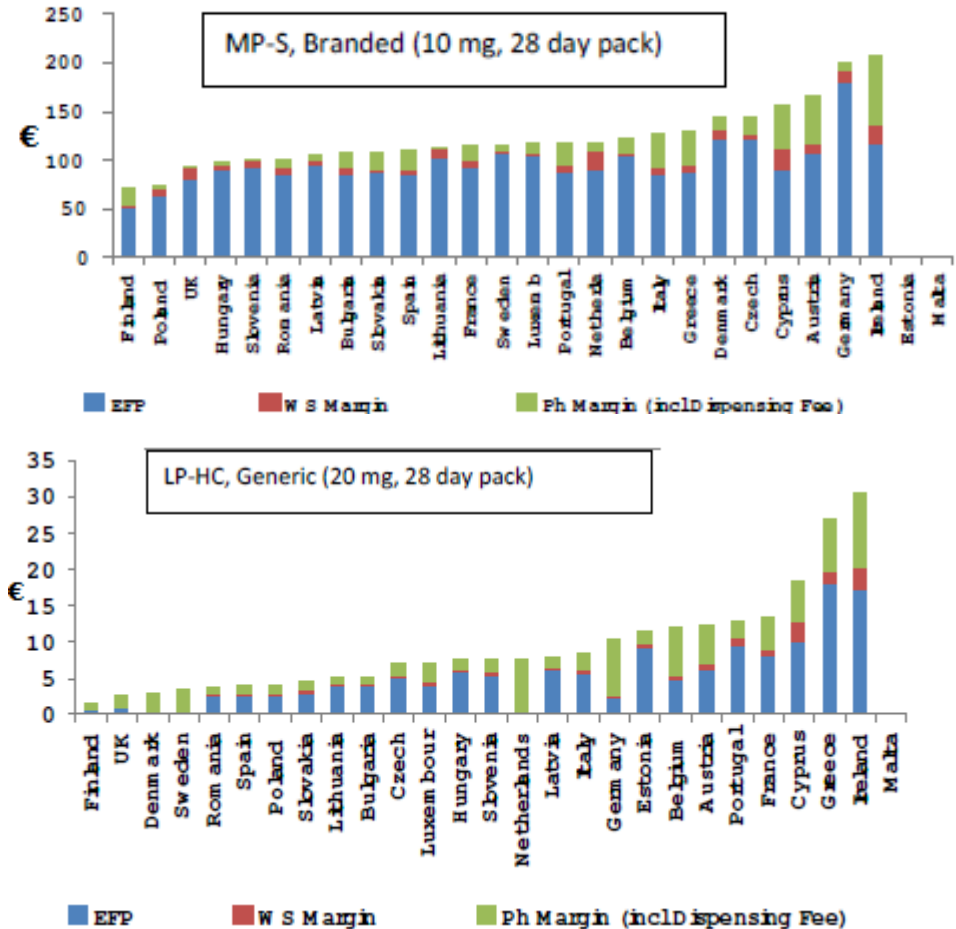
Najnovjši podatki OECD (2015) iz leta 2013 kažejo, da v Sloveniji za farmacevtske izdelke porabimo 1,7% BDP, kar je več kot OECD29 povprečje (1,4%). Ob tem pa velja izpostaviti, da je delež javnih sredstev za farmacevtske izdelke z 48% bistveno pod povprečjem OECD26 (57%).

Slika 16: Financiranje izdatkov za zdravila (2013)



Vir: OECD (2015).

Mednarodno primerljivi podatki pa potrjujejo tudi dejstvo, da Slovenija dokaj uspešna pri ukrepih za omejevanje cen zdravil. Po podatkih iz študije Kanavos et al. (2011) za različne cenovne skupine zdravil, se Slovenija praviloma znajde med državami z dokaj nizko ali vsaj srednje nizko ceno v primerjavi z ostalimi državami EU. Kot primer navajamo originalno zdravilo z ugledno blagovno znamko v srednjem cenovnem razredu (MP-S, Branded (10 mg, 28 day pack)) ter generično zdravilo v nižjem cenovnem razredu (LP-HC, Branded (20mg, 28 day pack)).

Slika 17: Struktura cene zdravila v primerjavi z državami EU

Opomba: Končna cena vsebuje (od spodaj navzgor) ceno proizvajalca (modro), pribitek trgovca na debelo (rdeče) in pribitek lekarne (zeleno).

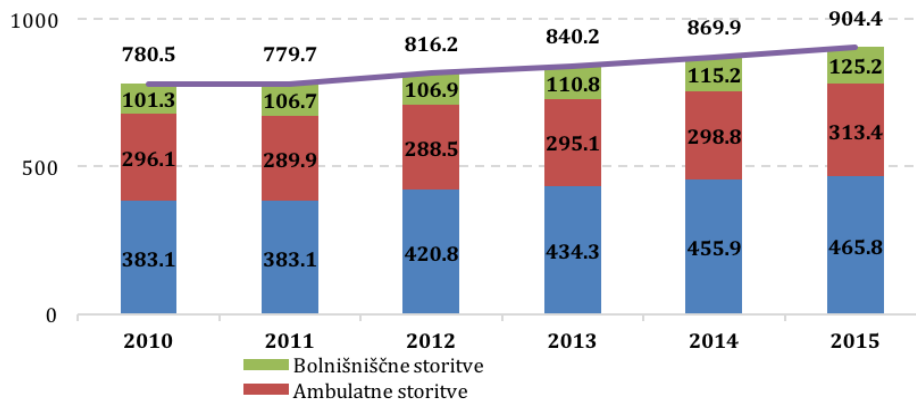
Vir: Kanavos (2011).

2.2 Izdatki potrošnikov

Izdatki potrošnikov za zdravstvene izdelke in medicinske storitve kažejo, da se je po letu 2011, ko so celotni izdatki znašali slabih 780mio EUR, začel pozitiven trend. Leta 2015 je skupna vrednost izdatkov narasla na 904mio EUR, kar znaša 16% glede na leto 2011. Med opazovanimi kategorijami so največjo rast doživeli izdatki za farmacevtske in medicinske pripomočke oz. aparate (za 21,6%) in v letu 2015 znašajo 465,8mio EUR.

Prodaja farmacevtskih izdelkov potrošnikom za obdobje 2010-2015 kaže na stabilno rast kljub znatnemu padcu razpoložljivega dohodka prebivalstva. To priča o izredni odpornosti tega segmenta tudi v primeru zelo globoke gospodarske krize. Med izdatki najbolj izstopajo izdelki brez recepta (OTC), vitamini in prehranska dopolnila ter zeliščni/tradicionalni produkti.

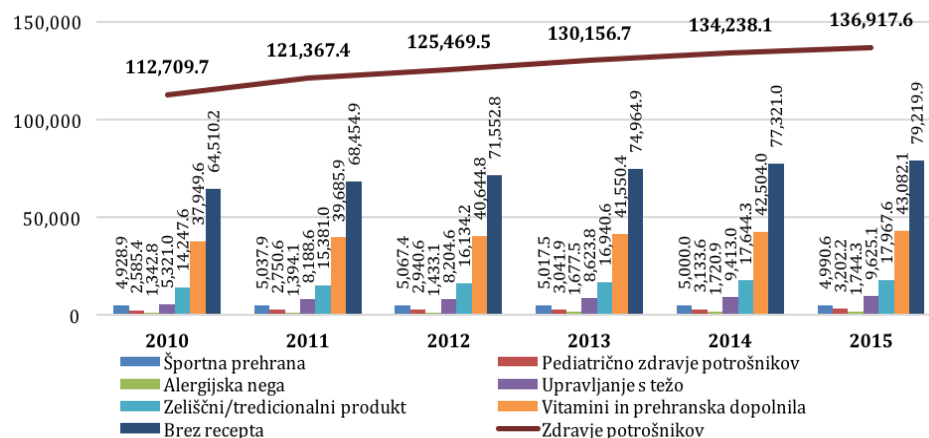
Slika 18: Izdatki potrošnikov za farmacevtske izdelke in zdravstvene storitve (2010 – 2015)



Podatki so v mio. EUR.

Vir: GMID (2015).

Slika 19: Prodaja farmacevtskih izdelkov potrošnikom po kategorijah (2010-2015)

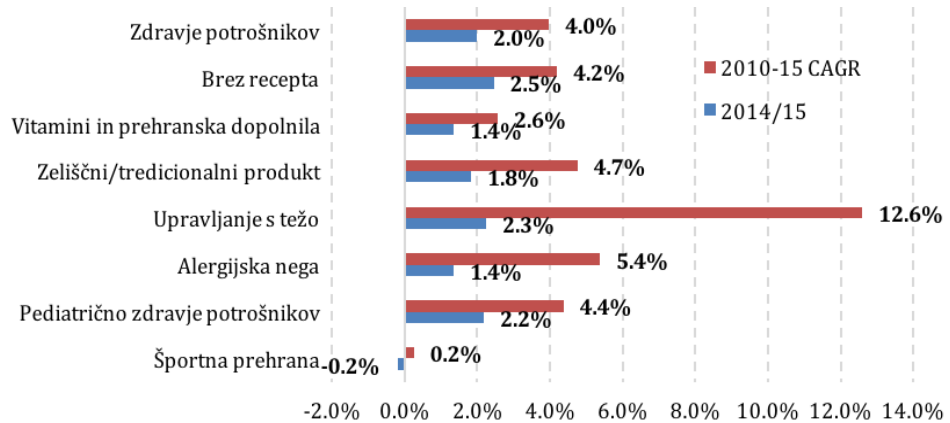


Opomba: Podatki so v 1000 EUR. *Seštevek kategorij je večji kot obseg trga, ker se nekateri proizvodi pojavljajo v več kategorijah.

Vir: GMID (2015).

Analiza rasti po posameznih skupinah izdelkov tudi pokaže na dokaj enakomerno razpršenost potenciala rasti zadevnega segmenta. Pozitivna izjema je upravljanje s težo, ki ima največji potencial rasti, medtem ko športna prehrana stagnira.

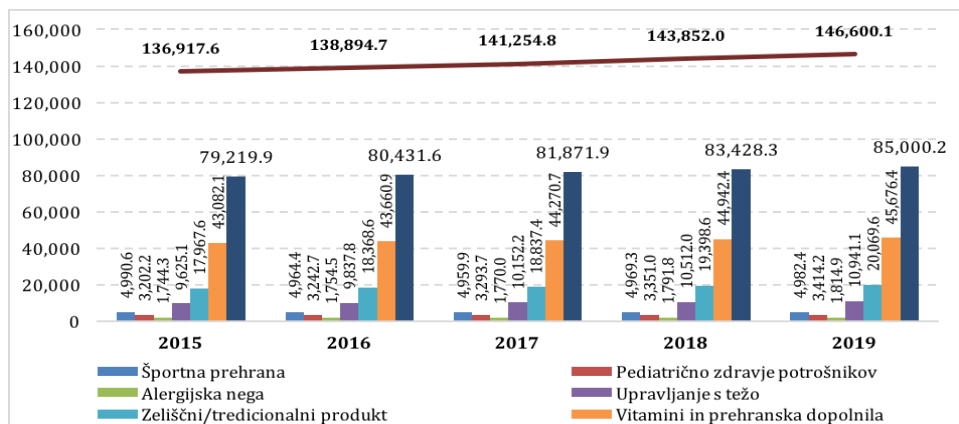
Slika 20: Prodaja farmacevtskih izdelkov potrošnikom po kategorijah (2010-2015)



Vir: GMID (2015).

O nadaljevanju pozitivnih trendov prodaje za obdobje do 2019 pričajo napovedi tržnih analitikov, ki temeljijo na previdni predpostavki o nadaljevanju rasti iz leta 2013/2012. Če pa se gospodarska situacija izboljša, lahko pričakujemo tudi boljše rezultate.

Slika 21: Trendi prodaje farmacevtskih izdelkov potrošnikom po kategorijah (2015-2019)

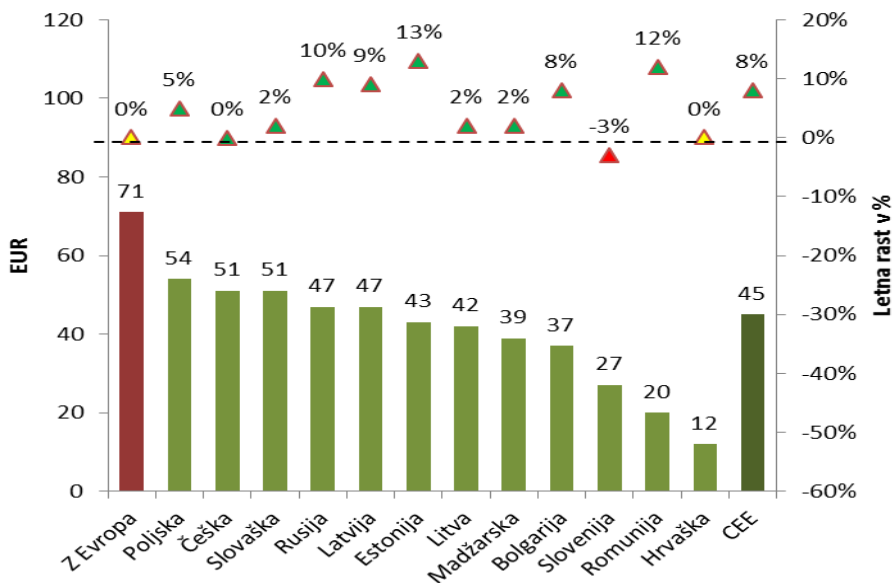


Opomba: Podatki so v 1000 EUR. *Seštevek kategorij je večji kot obseg trga, ker se nekateri proizvodi pojavljajo v več kategorijah.

Vir: GMID (2015).

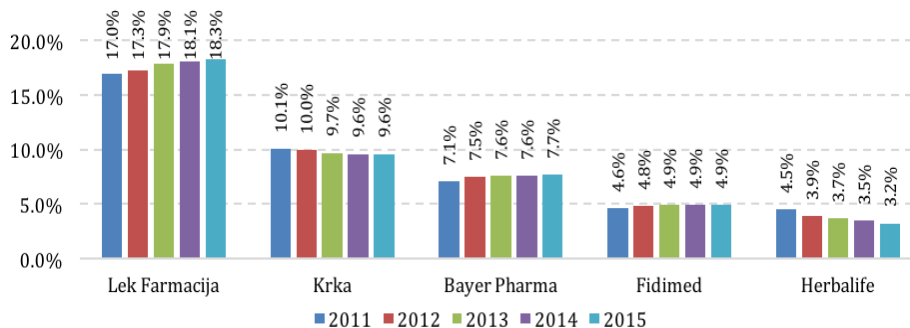
Spodnja slika kaže, da je bila Slovenija po prodaji na prebivalca v segmentu OTC nekje na polovici nivoja Poljske, Češke in Slovaške, ki imajo znatno nižji razpoložljivi dohodek na prebivalca, kar kaže na znaten potencial OTC prodaje.

Slika 22: Prodaja OTC izdelkov na prebivalca v EUR in stopnja rasti v letu 2012



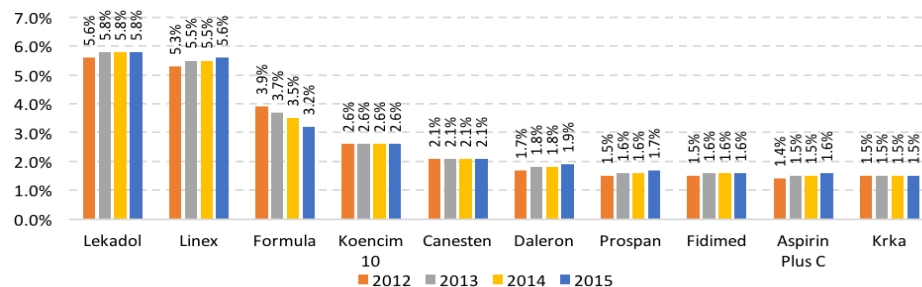
Vir: IMS (2013).

Na Slovenskem trgu farmacevtskih izdelkov prevladujeta domača proizvajalca Lek in Krka z visoko prepoznavnostjo blagovne znamke podjetja in uveljavljenimi imeni zdravil. V analiziranem obdobju je v zadevnem segmentu začela izgubljeni le Krka, močno pa je pridobival Herbalife. Herbalife je globalno podjetje, ki je na slovenske trgu prisoten preko MST plus, d.o.o. V njegovi ponudbi pa najdemo le proizvode za nadzor telesne teže, izdelke za energijo in kondicijo ter izdelke za ciljno prehrano. Posledično prikazan trend tega podjetja dobro ponazarja potencial rasti omenjenega segmenta.

Slika 23: Deleži največjih proizvajalcev farmacevtskih izdelkov v izdatkih potrošnikov (2011-2015)

Vir: GMID (2015).

Analiza tržnih deležev blagovnih znamk za obdobje 2012-2015 je tudi pokazala, da večina vodilnih blagovnih znamk ohranja svoje deleže. Največja izjema je blagovna znamka Formula iz skupine izdelkov za obvladovanje telesne teže, katera beleži upad.

Slika 24: Tržni deleži blagovnih znamk (2012-2015)

Vir: GMID (2015).

Pesimistično stanje gospodarstva in padajoča kupna moč potrošnikov je po podatkih do 2013 nekoliko zavrla rast prodaje zdravil brez recepta, toda kljub globoki gospodarski krizi se je prodaja povečevala. Mnogi potrošniki so zmanjšali le manj potrebne izdatke za multivitaminske in kozmetične izdelke.

Ključne dejavnike povpraševanja po farmacevtskih izdelkih, zraven stanja v gospodarstvu, določajo demografska gibanja. Rast starejše populacije je pozitivno vplivala na povpraševanje po produktih proti izpadanju las in hemoroidih, medtem, ko je manjšanje populacije mlajših potrošnikov negativno vplivalo na povpraševanje po športni prehrani. Vzrok za nizko kupno moč starejše populacije pa tiči v nizkih prihodkih od pokojnine.

Z znižanjem kupne moči potrošnikov in vstopom novih proizvajalcev na slovenski trg, se stopnjuje konkurenca, kar je najbolj opazno med ponudniki tradicionalnih/zeliščnih produktov. Potrošniki so začeli kupovati cenejše produkte. Največja veriga lekarn Lekarna Ljubljana je povečala svoj fokus na prodaji produktov lastne blagovne znamke. Kljub temu so Lek Farmacija, Krka in Bayer Pharma ostali trije vodilni igralci.

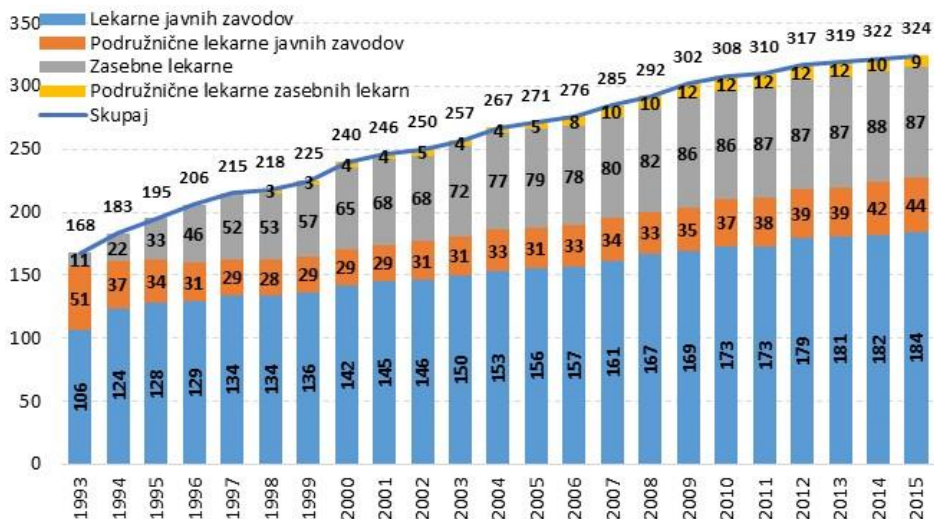
V kanalih distribucije farmacevtskih izdelkov ni opaziti pomembnih sprememb. Potrošniki še vedno najbolj zaupajo farmacevtom v lekarnah, ker edino tam dobijo zraven produkta tudi specialističen nasvet. Kljub temu narašča pomen internetne prodaje zaradi ugodnosti ponudbe in v nekaterih primerih nižje cene. Opaziti pa je tudi širjenje in izboljševanje internetne ponudbe lekarn. Glede na ugotovljene trende je v Sloveniji pričakovati naraščajočo vlogo samozdravljenja v napovedovanem obdobju. Stabilna rast prodaje v analiziranem obdobju (kljub krizi), previdne napovedi o okrepanju gospodarstva, staranje prebivalstva in nezdrav stil življenja povečujejo možnosti za nadaljevanje rasti zasebnih izdatkov prebivalstva za farmacevtske izdelke in njihovo približevanje na raven ostalih držav srednje in vzhodne Evrope. Močan trend zdravega načina življenja in osebnega zadovoljstva, bi še naprej pozitivno vplival na povpraševanje po vitaminskih produktih in prehrabnih dopolnilih. Obstaja še mnogo področij za plasiranje večjega obsega izdelkov zdravje, kjer so potrebne izboljšave (npr. internetno/mobilno trženje ter uporabne aplikacije za mobilne naprave). Veliko priložnosti je tudi na področju produktov za moške, ki pa zahtevajo drugačen pristop k oglaševanju, da bi najprej spremenili odnos moških do zdravja oz. lastne nege. Ker država zmanjšuje izdatke zdravil na recept je možno pričakovati večje spremembe. Upoštevajoč fiskalne težave javnega zdravstva pa lahko pričakujemo tudi padanje javnih izdatkov za zdravila na recept ter prehod na cenejše alternative.

V nadaljevanju podajamo pregledno napovedno oceno ključnih parametrov distribucijskega trga farmacevtskih izdelkov.

Značilnosti lekarniške mreže v Sloveniji

Javno lekarniško službo je 31.12.2015 opravljalo 24 javnih lekarniških zavodov s 184 lekarnami in 44 lekarniški podružnicami, 87 zasebnih lekarn z 9 lekarniški podružnicami ter 2 bolnišnični lekarni, ki opravljata tudi javno lekarniško službo, skupaj 326 lekarniških enot. Bolnišnične lekarni s stalno zaposlenimi farmacevti so bile organizirane v 26 bolnišnicah s 27 lekarniški enotami. Brez bolnišničnih lekarn je bilo torej prebivalstvu na voljo 324 lekarniških enot (LZS, 2016). Število lekarniških enot se je v primerjavi z letom 2014 povečalo za 2 enoti. Lekarniška enota je v povprečju oskrbovala 6.372 prebivalcev (št. preb. 2.064.632 - stanje na dan 1.10.2015; SURS).

Slika 25: Mreža lekarn v Sloveniji (1993-2015)



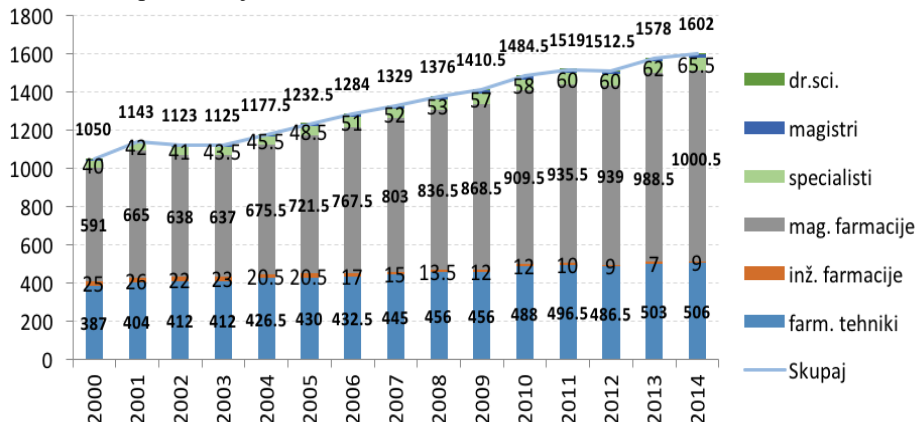
Opomba: Podatki za leto 2015 temeljijo na začasnih podatkih.

Vir: Lekarniška zbornica Slovenije (2015).

V javni lekarniški službi je bilo 31.12.2014 zaposlenih 2.015 delavcev, od tega 1.921,5 redno in 93,5 pogodbeno. V javnih zavodih je bilo zaposlenih 1649, v zasebnih lekarnah pa 366 delavcev. Po stanju 31. 12. 2014 je bilo v javni lekarniški službi zaposlenih 1602 strokovnih farmacevtskih delavcev, od tega 1.087 farmacevtov (skupaj z doktorji

znanosti, magistri znanosti, specialisti in pogodbeno zaposlenimi). Zaposleni farmacevt je v povprečju oskrboval 1.898 prebivalcev (LZS, 2015).

Slika 26: Zaposleni v javni lekarniški službi



Vir: Lekarniška zbornica Slovenije (2015).

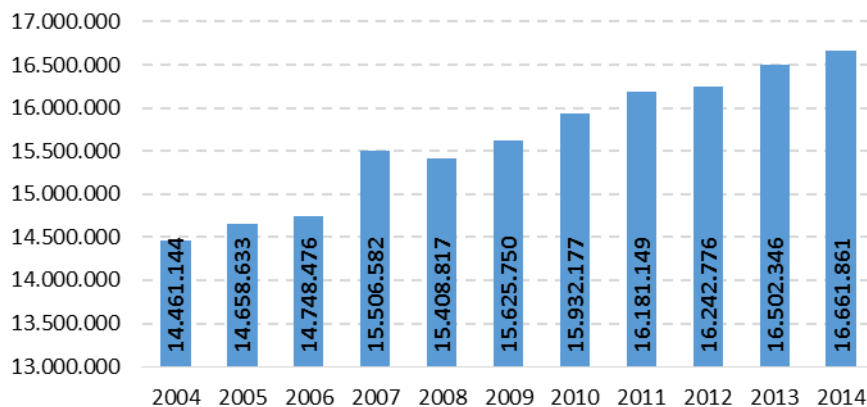
V bolnišničnih lekarnah je bilo na dan 31.12.2014 zaposlenih 258,5 strokovnih farmacevtskih delavcev, od tega:

- 63,5 magistrov farmacije,
- 3 doktorji znanosti,
- 7,5 magistrov znanosti,
- 45,5 specialistov,
- 4 inženirji farmacije,
- 135 farmacevtskih tehnikov.

Na farmacevta v bolnišnični lekarni je v povprečju prišlo **3.174** primerov bolnikov. (LZS, 2015)

Glede na podatke ZZZS (2015) za leto 2014 imamo 0,56 farmacevta na 1000 prebivalcev oz. za ¼ manj kot znaša povprečje EU16. Temu primerno je slabša tudi geografska pokritost z lekarnami.

Podatki Lekarniške zbornice Slovenije pa kažejo, da se število receptov financiranih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja od leta 2009 v povprečju povečuje za 1,3% letno.

Slika 27: Število receptov obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)

Vir: Lekarniška zbornica Slovenije (2016).

Pokritost lekarniške mreže po občinah je dokaj raznolika, pri čemer je tudi zaradi mobilnosti prebivalstva težko določljivo koliko prebivalcev dejansko gravitira na izbrano lekarniško enoto. Podatki LZS pa kažejo, da je razpon v pokritosti mreže lekarn dokaj velik.

Tabela 1: Pokritost mreže lekarn na ravni statističnih regij

	Št. Preb.	Lekarna	Podruž.	Preb/lek.enoto
Osrednjeslovenska	534.518	67	7	7.223
Podravska	323.356	47	11	5.575
Savinjska	253.975	32	9	6.195
Gorenjska	203.850	28	2	6.795
Jugo vzhodna Slovenija	142.373	17	6	6.190
Goriška	118.188	20	2	5.372
Pomurska	116.670	20	4	4.861
Obalno-kraška	112.773	13	5	6.265
Posavska	75.619	10	2	6.302
Koroška	71.303	10	2	5.942
Zasavska	57.711	7	2	6.412
Primorsko-Notranjska	52.538	4	3	7.505
Skupaj	2.062.874	275	55	6.251

Opombe: Interni podatki LZS vključujejo tudi enote, ki so že vključene v mrežo, vendar še niso odprte. Podatki o prebivalstvu se nanašajo na 01.01.2015.

Vir: Lekarniška zbornica Slovenije (2015).

Iz podatkov je razvidno, da je pokritost relativno najslabša (nad 7.200) v največji in najmanjši statistični regiji (glede na število prebivalcev). Najboljšo pokritost pa dosega pomurska regija z 4.861 prebivalci na lekarniško enoto. Kljub dejstvu, da predlog ZLD predvideva geografski kriterij po občinah, smo zaradi potrebne poenostavitve izračuna opravili simulacijo potencialno potrebnih lekarniških enot na osnovi podatkov iz statističnih regij. Pri tem smo si zastavili tri scenarije glede približanja pokritosti mreže lekarn: (A) na raven 6.300 preb./lek. enoto in (B) na raven 6.000 preb./lek. enoto ter (C) na raven 5.000 preb./lek. enoto. Pri tem regijam z boljšo obstoječo pokritostjo nismo jemali lekarniških enot, ampak jih le dodajali v ostalih regijah. Natančen izračun finančnih posledic posameznih scenarijev bomo izvedli v zadnjem poglavju pričujoče študije.

1 Finančna analiza poslovanja lekarn v obdobju 2011-2014

Za dolgoročen obstoj in razvoj lekarniške dejavnosti v Sloveniji je pomembna tudi finančna kondicija lekarn, saj bodo le učinkovito organizirane in uspešne lekarne lahko zagotavljale zanimiva delovna mesta za usposobljene lekarniške strokovnjake ter dodatne resurse za uresničevanje zahtevnih ciljev predloga Resolucije 2016-2025 (pokritost, širitev obsega storitev). Kratka finančna analiza poslovanja lekarn temelji izključno na dostopnih podatkih o lekarnah, ki so organizirane kot javni zavod. Podatki o poslovanju zasebnih lekarn, ki delujejo na osnovi koncesije, niso dostopni. Po grobih ocenah LZ naj bi prihodki zasebnih lekarnarjev znašali okoli $\frac{1}{4}$ prihodkov javnih zavodov. Ključne finančne podatke o lekarnah organiziranih v obliki javnih zavodov smo zbrali v sledeči tabeli. Pri tem smo glavno pozornost namenili delitvi na javno službo in tržne dejavnosti, gibanju sestavin poslovnega izida, strukturi stroškov, zaposlenim in doseženi neto marži.

Tabela 2: Pregled ključnih finančnih podatkov o poslovanju javnih lekarn v obdobju 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Število javnih lekarn	211	218	220	224
SKRČEN POSLOVNI				
Celotni prihodki	463.063.3	447.248.28	440.577.74	424.433.03
Prihodek/lek. enoto	2.194.613	2.051.598	2.002.626	1.894.790
Prihodki izjavne	78,3%	78,1%	78,5%	77,9%
Prihodki iz trga	21,7%	21,9%	21,5%	22,2%
Celotni odhodki	452.838.0	438.085.94	432.747.99	416.073.82
Davek od dohodka	1.118.093	845.440	685.314	850.907

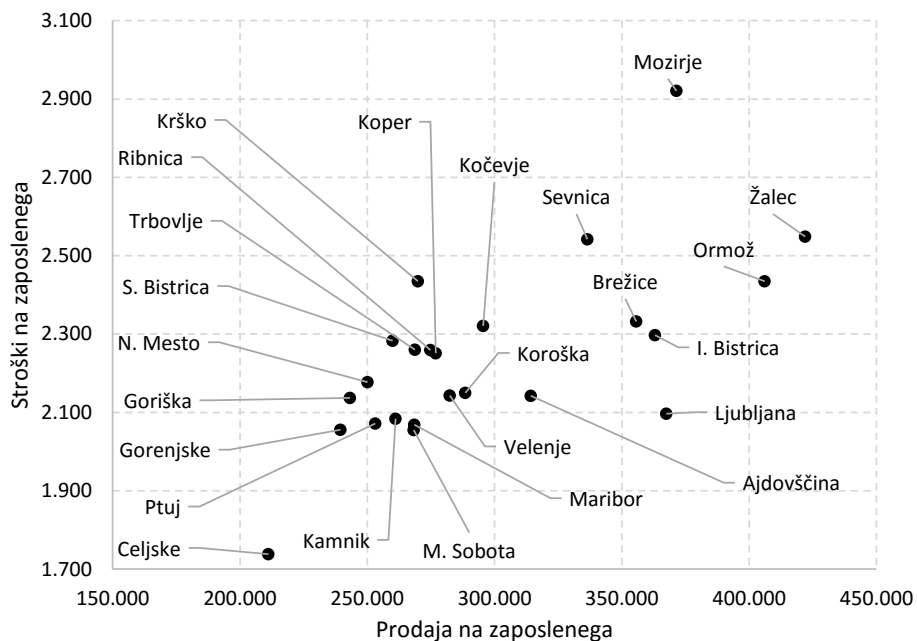
Poslovni izid	9.107.210	8.316.896	7.144.434	7.508.299
STRUKTURA				
Stroški BMS/odhodki				87,41%
Stroški dela/odhodki				11,29%
Amortizacija/odhodki				0,80%
Drugo/odhodki				0,51%
ZAPOSLjeni				
Stroški dela mesečno	2.248	2.167	2.188	2.100
Število zaposlenih	1.426	1.442	1.453	1.486
Prihodek/zaposlenega	324.729	310.158	303.219	285.621
NETO MARŽA				
Javna služba				0,269%
Trg				7,040%
DELEŽ V POSLOVNEM IZIDU				
Javna služba				11,85%
Trg				88,15%

Vir: Podatki AJPES in lastni izračuni.

Iz zbranih podatkov izhajajo, da je dinamika prihodkov v javni lekarniški mreži sledila padcu na področju zasebne potrošnje (glejte tudi sledečo tabelo). Pri tem pa se je v letu 2014 nekoliko povečal delež prihodkov iz tržne dejavnosti. Efektivna davčna stopnja se je gibala med 9% in 10%. V javnih lekarnah v strukturi stroškov prevladujejo stroški BMS (blago, material in storitve), ki se po različnih skupinah lekarn gibajo med 85,2% in 89,67% v letu 2014. Stroški dela pa v istem obdobju segajo od 8,81% do 13,69%. Kljub padanju skupnega prometa je v javnih lekarnah zaznati povečevanje števila zaposlenih, povprečni mesečni stroški zaposlenega pa so postopoma upadali. Večanje števila zaposlenih ob padajočih prihodkih je povzročilo tudi padec prihodkov na zaposlenega pod običajnih 300.000 EUR.

Iz dostopnih podatkov smo izluščili tudi dejstvo, da javna služba minimalno pokriva povzročene stroške, medtem ko tržne dejavnosti v javnih lekarnah ustvarjajo 7,04% neto profitno maržo oz. čisto dodano vrednost. Posledično se poslovni izid, ki se lahko uporabi za nagrajevanje zaposlenih, razvojne projekte in investicije, v skoraj 90% ustvarja s tržno dejavnostjo.

Verjetna soodvisnost med večjo prodajo na zaposlenega in nagrado na zaposlenega pa je vidna tudi iz spodnjega razsevnega diagrama.

Slika 28: Soodvisnost nagrade za zaposlene od prodaje na zaposlenega v letu 2014

Vir: AJPES in lastni izračuni.

Upoštevajoč počasno oživitev gospodarstva in zasebne potrošnje, ki je dober pokazatelj tudi za gibanje prihodkov javnih lekarn, ocenjujemo, da bodo že podatki za 2015 pokazali ponovno rast, ki bo sledila tudi v 2016 in 2017. Takšno oceno utemeljujemo z že opisanimi trendi v prejšnjih poglavjih kakor tudi s pomočjo povezave z makroekonomskimi parametri v sledeči tabeli.

Tabela 3: Primerjava gibanja prihodkov javnih lekarn z BDP/prebivalca in zasebno potrošnjo

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016**
BDP/preb.	18.420	17.415	17.694	17.973	17.498	17.435	18.093	18.633	19.247
Zas. potrošnja	2,3%	0,1%	1,3%	0,0%	-2,5%	-4,1%	0,7%	2,0%	2,6%
Prih. lek. JS v mio.	457,12	462,88	468,47	463,06	447,25	440,58	424,43		
Rast prih. lek. JS		1,26%	1,21%	-1,16%	-3,42%	-1,49%	-3,66%		
Rast BDP/preb.		-5,46%	1,60%	1,58%	-2,64%	-0,36%	3,77%	2,98%	3,30%

*Ocena za 2015.** Napoved za 2016.

Vir: UMAR, AJPES in lastni izračuni.

Ocena finančnih posledic reforme lekarniške dejavnosti v Sloveniji

Mednarodne in domače ekonomske študije nakazujejo, da lahko v Sloveniji spet računamo na zmerno in stabilno gospodarsko rast, ki bo podpirala tudi rast izdatkov v zdravstvenem sistemu in s tem tudi v lekarniški dejavnosti. Istočasno pa študije tudi opozarjajo (posebej Slovenijo) na slabšanje demografskih razmer in rastoče breme kroničnih nenalezljivih bolezni, kar pomeni povečevanje bremena vseh zdravstvenih izdatkov iz javnega in zasebnega žepa. Na dalji rok pa lahko pričakujemo tudi nekatere pozitivne trende zaradi manjšanja pogajalske moči proizvajalcev originalnih zdravil ter povečanjem deleža generičnih zdravil. Velika pričakovanja pa vzbujajo platforme za izmenjavo zdravstvenih podatkov za celovito spremljanje zdravja uporabnikov, učinkovitejšo diagnozo in možnost prirojenih terapij za posameznika. Slovenija je sicer s sistemom referenčnih cen dokaj uspešna pri obvladovanju stroškov zdravil, toda draga sodobna zdravila in manjša dostopnost starih zdravil na našem majhnem (komercialno manj zanimivem) trgu predstavlja nove izzive za zagotavljanje dostopnosti.

Dostopnost do lekarniških storitev pa se običajno izkazuje s pomočjo števila prebivalcev na lekarniško enoto. Najnovejši podatki za EU kažejo pokritost z mrežo lekarn na ravni 3.226 prebivalcev/lekarniško enoto, kar je skoraj dva krat boljša pokritost kot v Sloveniji. Slovenska pokritost je skoraj identična avstrijski oz. blizu skandinavskim deželam, toda že sosednja Hrvaška in številne tranzicijske države so bliže povprečju EU.

Upoštevajoč cilje cilje Resolucije 2016-2015 ter s tem povezan večji obseg in zahtevnost dela farmacevtov, lahko utemeljeno pričakujemo, da se bo tudi slovenska lekarniška mreža postopoma približevala pokritosti v smeri povprečja EU. Zato smo na osnovi analize stanja lekarniške mreže in njene poslovne uspešnosti v Sloveniji ter pričakovanih trendov, oblikovali sledeče tri scenarije, ki poskušajo zagotoviti ciljno geografsko pokritost na osnovi podatkov statističnih regij:

- A. Povprečna pokritost mreže lekarn v regiji znaša 6.300 prebivalcev/lekarniško enoto.
- B. Povprečna pokritost mreže lekarn v regiji znaša 6.000 prebivalcev/lekarniško enoto.
- C. Povprečna pokritost mreže lekarn v regiji znaša 5.000 prebivalcev/lekarniško enoto.

Pri izračunih posameznih scenarijev izhajamo iz podatkov v tabeli 2, ki smo jih pridobili iz Lekarniške zbornice Slovenije. Z vsak scenarij povečamo število lekarniških enot le za toliko, da dobimo pokazatelj pokritosti v bližini ciljne vrednosti izbranega scenarija. Statistične regije, ki že izpolnjujejo ciljno vrednost danega scenarija ostanejo nespremenjene. Za primere širitve mreže lekarn na osnovi koncesij ne bomo posebej izračunavali učinkov po posameznem scenariju, čeprav bi lahko tudi zadevne občine pričakovale dodatne prihodke iz naslova koncesijske dajatve, ki se po izkušnjah gibajo med 2,0%-2,1% prometa. Glede na zmerno 1,3% rast prihodkov javnih lekarniških zavodov, pa to na kratek rok pomeni le prerazporejanje obstoječega presežka prihodkov lekarn, ne pa dejanskega povečanja skupnih prilivov za javni finance.

1 Scenarij A: Povečanje števila lekarn na cilj 6.300 prebivalcev/lekarniško enoto

Skladno s scenarijem A usklajujemo pokritost lekarniške mreže v statistični regiji s ciljno vrednostjo 6.300 prebivalcev/lekarniško enoto. Glede na oceno bi bile potrebe po novih lekarnah v treh regijah. Od 13 novih lekarniških enot, bi bilo treba v osrednjeslovenski regiji vzpostaviti kar 10.

Tabela 4: Dodatne lekarniške enote po statističnih regijah-Scenarij A

Scenarij A	Št. Preb.	Obstoječe lek.enote	Novo lek.enote	Preb./lek.enoto
Osrednjeslovenska	534.518	74	10	6.363
Podravska	323.356	58	0	5.575
Savinjska	253.975	41	0	6.195
Gorenjska	203.850	30	2	6.370
JV SLO	142.373	23	0	6.190
Goriška	118.188	22	0	5.372
Pomurska	116.670	24	0	4.861
Obalno-kraška	112.773	18	0	6.265
Posavska	75.619	12	0	6.302
Koroška	71.303	12	0	5.942
Zasavska	57.711	9	0	6.412
Primorsko-Notranjska	52.538	7	1	6.567
Skupaj	2.062.874	330	13	6.014

Vir: LZS in lastni izračuni.

Vzpostavitev 13 novih lekarniških enot bi za sabo potegnilo določene investicijske izdatke, ki jih ocenjujemo z 250.000 EUR na enoto. Za uresničitev scenarija A bi torej potrebovali 3,25 mio. EUR investicijski sredstev. Za financiranje zadevne investicije bi

se lahko uporabili notranji viri javnih lekarniških zavodov, ki delujejo na zadevnem območju (v višini leta in pol dobička). Razmisliti pa velja tudi o podeljevanju koncesij in najemu poslovnih prostorov, kar zmanjša vlaganja v osnovna sredstva in s tem investicijo. Vsaka investicija pa ima na lokalno okolje tudi določene pozitivne multiplikativne učinke. Odprtje 13 novih lekarniških enot bi v povprečju ustvarilo tudi dodatna 3 delovna mesta na enoto oz. 39 novih delovnih mest. Ob predpostavljani povprečni plači farmacevtov na ravni 2.700 EUR bruto mesečno, to pomeni dodatnih skoraj 1,3 mio. EUR povečane davčne osnove, od česar za javne finance (prispevki in davki iz plač) pomeni dodatnih 435.818 EUR/letno.

Po naših ocenah je Scenarij A zelo verjeten in relativno hitro uresničljiv, saj obsega manjše število novih lekarniških enot in relativno nizke investicijske zneske, ki jih lahko pretežno pokrijejo sami javni zavodi.

2 Scenarij B: Povečanje števila lekarn na cilj 6.000 prebivalcev/lekarniško enoto

Skladno s scenarijem B usklajujemo pokritost lekarniške mreže v statistični regiji s ciljno vrednostjo 6.000 prebivalcev/lekarniško enoto. Glede na oceno iz spodnje tabele bi bile potrebe po novih lekarniških enotah v treh statističnih regijah. Od 25 novih lekarniških enot, bi bilo treba v osrednjeslovenski regiji vzpostaviti kar 14, na Gorenjskem pa 4.

Tabela 5: Dodatne lekarniške enote po statističnih regijah-Scenarij B

Scenarij B	Št. Preb.	Obstoječe lek.enote	Novo lek.enote	Preb./lek.enoto
Osrednjeslovenska	534.518	74	14	6.074
Podravska	323.356	58	0	5.575
Savinjska	253.975	41	1	6.047
Gorenjska	203.850	30	4	5.996
JV SLO	142.373	23	1	5.932
Goriška	118.188	22	0	5.372
Pomurska	116.670	24	0	4.861
Obalno-kraška	112.773	18	1	5.935
Posavska	75.619	12	1	5.817
Koroška	71.303	12	0	5.942
Zasavska	57.711	9	1	5.771
Primorsko-Notranjska	52.538	7	2	5.838
Skupaj	2.062.874	330	25	5.811

Vir: LZS in lastni izračuni.

Vzpostavitev 25 novih lekarniških enot bi za sabo potegnilo večje investicijske izdatke, ki jih ocenjujemo na 250.000 EUR na enoto. Za uresničitev scenarija B bi torej potrebovali 6,25 mio. EUR investicijski sredstev. Za financiranje zadevne investicije bi se lahko uporabili notranji viri javnih lekarniških zavodov, ki delujejo na zadevnem območju (v višini nekaj več kot dvoletnega dobička). Razmisliti pa velja tudi o podeljevanju koncesij zasebnim lekarnarjem oz. najemu poslovnih prostorov, kar zmanjša vlaganja v osnovna sredstva in s tem investicijo, saj se najemnina pokriva iz tekočega poslovanja. Vsaka investicija pa ima tudi določene pozitivne multiplikativne učinke.

Odprtje 25 novih lekarniških enot bi v povprečju ustvarilo tudi dodatna 3 delovna mesta na enoto oz. 75 novih delovnih mest. Ob predpostavljani povprečni plači farmacevtov na ravni 2.700 EUR bruto mesečno, to pomeni dodatnih 2,43 mio. EUR povečane davčne osnove, od česar za javne finance (prispevki in davki iz plač) pomeni dodatnih 838.112 EUR/letno.

Po naših ocenah je Scenarij B uresničljiv srednjeročno, saj bi vzpostavitev 25 novih lekarn zahtevala več finančnih sredstev in časa, zraven tega, pa bi ob uporabi koncesij lahko pomenila večje premike v tržni strukturi, kjer prevladujejo javne zavodi.

3 Scenarij C: Povečanje števila lekarn na cilj 5.000 prebivalcev/lekarniško enoto

Skladno s scenarijem C usklajujemo pokritost lekarniške mreže v statistični regiji s ciljno vrednostjo 5.000 prebivalcev/lekarniško enoto. Glede na oceno iz spodnje tabele bi bile potrebe po novih lekarniških enotah v treh statističnih regijah. Od 78 novih lekarniških enot, bi bilo treba v osrednjeslovenski regiji vzpostaviti kar 33, na Gorenjskem 10, v Savinjski regiji 9 in v JV Sloveniji 4.

Tabela 6: Dodatne lekarniške enote po statističnih regijah-Scenarij C

Scenarij C	Št. Preb.	Obstoječe lek.enote	Novo lek.enote	Preb./lek.enoto
Osrednjeslovenska	534.518	74	33	4.995
Podravska	323.356	58	6	5.052
Savinjska	253.975	41	9	5.080
Gorenjska	203.850	30	10	5.096
JV SLO	142.373	23	5	5.085
Goriška	118.188	22	1	5.139
Pomurska	116.670	24	0	4.861
Obalno-kraška	112.773	18	4	5.126
Posavska	75.619	12	3	5.041
Koroška	71.303	12	2	5.093
Zasavska	57.711	9	2	5.246

Primorsko-Notranjska	52.538	7	3	5.254
Skupaj	2.062.874	330	78	5.056

Vir: LZS in lastni izračuni.

Vzpostavitev 78 novih lekarniških enot bi za sabo potegnilo zelo visoke investicijske izdatke, ki jih ocenjujemo na 250.000 EUR na enoto. Za uresničitev scenarija C bi torej potrebovali 19,5 mio. EUR investicijski sredstev. Za financiranje zadevne investicije bi se lahko uporabili notranji viri javnih lekarniških zavodov, ki delujejo na zadevnem območju (v višini nekaj več kot petletnega dobička). Razmisliti pa velja tudi o podeljevanju koncesij zasebnim lekarnarjem in najemu poslovnih prostorov, kar zmanjša vlaganja v osnovna sredstva in s tem investicijo, saj se najemnina pokriva iz tekočega poslovanja. Vsaka investicija pa ima na lokalno okolje tudi določene pozitivne multiplikativne učinke.

Odprtje 78 novih lekarniških enot bi v povprečju ustvarilo tudi dodatna 3 delovna mesta na enoto oz. 234 novih delovnih mest. Ob predpostavljene povprečni plači farmacevtov na ravni 2.700 EUR bruto mesečno, to pomeni dodatnih skoraj 7,58 mio. EUR povečane davčne osnove, od česar za javne finance (prispevki in davki iz plač) pomeni dodatnih 2,6 mio. EUR/letno.

Po naših ocenah je Scenarij C uresničljiv dolgoročno, saj bi vzpostavitev 78 novih lekarn (25%) povečanje zahtevala več finančnih sredstev kot jih imajo na razpolago zadevni javni zavodi in občine, zraven tega, pa bi ob uporabi koncesij to pomenilo temeljite premike v tržni strukturi, kjer prevladujejo javne zavodi. Hitro uvajanje takšnega scenarija pa bi na kratek rok le razporedilo obstoječe prihodke na več enot in s tem oslabilo njihovo uspešnost.

Zaključek

Na osnovi pričujoče analize ocenjujemo, da se lahko v pričakovanih okoliščinah in glede na finančno kondicijo farmacevtske dejavnosti uresničuje postopna širitev lekarniške mreže predvsem na osnovi notranjih virov financiranja v javnih zavodih, v kolikor se bo uresničeval Scenarij A ali Scenarij B. V tem primeru sprejem zakona in opredelitev ciljnega števila 6.000 prebivalcev/lekarno oziroma 6.300 prebivalcev/lekarno, ne bi imel posledic za javna sredstva, tako z vidika državnega proračuna kot z vidika lokalnih proračunov oziroma drugih javnih sredstev. V tem primeru večjih finančnih bremen za javne finance ni pričakovati, saj bo razvoj v celoti lahko financirala dejavnost sama, ki kot je pokazala analiza ustvarja zadostne presežke, ki jih ob danih izhodiščih lahko usmeri v razvoj dejavnosti in širitev mreže. Drugače je v okviru scenarija C, to je ciljno vrednost 5.000 prebivalcev/lekarno, kjer se izkaže potreba po 78 novih enotah in notranje rezerve ter tekoči presežki dejavnosti ne zadoščajo za financiranje širitve mreže in razvoja. V tem primeru bi lahko zaradi velikega finančnega zalogaja in možnih napak pri alociranju tako obsežnih investicij kot jih ocenjuje Scenarij C, prišlo do prelivanja bremena na javni sektor in zato ta scenarij v prvi fazi ne priporočamo. V kolikor bi se želeli približati temu scenariju oziroma obsegu mreže in ciljni vrednosti, bi bilo potrebno v večji meri v dejavnost vključevati koncesionarje, ki bi breme in tveganje razvoja prevzeli nase. Pri tem pa ni odveč še enkrat opozoriti na tveganje alokacije in tržnih prerazporeditev, saj bi se s tem najverjetneje zgolj prerazporedili obstoječi prihodki in s potencialni presežki prihodkov na večje število enot, istočasno pa bi se znatno povečali stroški delovanja, ki jih rast na trgu v kratkem roku ne bi uspela dosežati. Glede na navedeno predlagamo razmislek o sprejetju scenarija B, ki glede na analizo obstoječega stanja v dejavnosti omogoča doseg želenih ciljev ob hkratnem zagotavljanju sredstev za razvoj iz dejavnosti brez obremenitve javnih sredstev in z možnostjo relativno hitrega doseganja ciljanega obsega mreže.

Literatura

- Borković, I. (1997) *Upravno pravo* (Zagreb: Informator).
- Brezovnik, B. (2008) *Izvajanje javnih služb in javno-zasebno partnerstvo* (Maribor: Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila Maribor).
- Eliades, G., Retterath, M., Hueltenschmidt, N. & Singh, K. (2012) *Healthcare 2020* (Boston: Bain & Company).
- EFPIA (2015) *The Pharmaceutical Industry in Figures* (Brussels: EFPIA).
- Fisher, F. M. (1998) *Resource Allocation in the Public Sector: Values, priorities and markets in the management of public services* (London, New York: Routledge).
- Kanavos, P., Schurer, W. & Vogler, S. (2011) *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: structure and impact on pharmaceutical prices* (Brussels: LSE Research Online. European Commission).
- Kaučič, I. & Grad, F. (2003) *Ustavna ureditev Slovenije; tretja spremenjena in dopolnjena izdaja* (Ljubljana: GV Založba).
- Korpič-Horvat, E. (2003) Negospodarske javne službe, *Lex localis – Journal of Local Self-Government*, 1(4), pp. 15-30.
- Krajewski, M. (2003) Public Services and Trade Liberalization: Mapping the Legal Framework, *Journal of International Economic Law*, 6(2), pp. 341-367.
- Ministrstvo za zdravje & WHO (2016) *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji* (Ljubljana: Ministrstvo za zdravje).
- Pavčnik, M. (1997) *Teorija prava* (Ljubljana: Cankarjeva založba).
- Pličanič, S. (1999) Liberalizacija gospodarskih javnih služb v Sloveniji in položaj javnega podjetja, *Podjetje in delo*, 25(6-7), pp. 923-937.
- Rupnik, J., Cijan, R. & Grafenauer, B. (1996) *Ustavno pravo – splošni del* (Maribor: Pravna fakulteta Maribor).
- Rupnik, J., Cijan, R. & Grafenauer, B. (1996) *Ustavno pravo – posebni del* (Maribor: Pravna fakulteta Maribor).
- Seldon, A. (1977) *Charge* (London: Smith).
- Šinkovec, J. (1992) Javno dobro, *Podjetje in delo*, 18(4), pp. 269-278.
- Šturm, L. et al (2002) *Komentar Ustave Republike Slovenije* (Ljubljana: Fakulteta za državne in evropske študije).
- Trpin, G. (2003) Nove možnosti organiziranja javne uprave, *Uprava*, 1(2), pp. 55-66.
- Trpin, G. (2005) Pravni položaj premoženja javnih zavodov, *Javna uprava*, 41(3/4), pp. 354-367.
- Virant, G. (2004) *Pravna ureditev javne uprave* (Ljubljana: Visoka upravna šola).
- Vogler, S., Arts, D. & Sandberger, K. (2012) *Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries* (Vienna: Gesundheit Österreich GmbH.).

Zupanek, T. (2014) *Presečna raziskava dogovorjenih cen zdravil v Republiki Sloveniji* (Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo).