

ELEMENTI UPRAVLJANJA S STROŠKI ZDRAVIL V SLOVENIJI

ELEMENTS OF MEDICINE COST MANAGEMENT IN SLOVENIA

AVTOR / AUTHOR:

izr. prof. dr. Mitja Kos, mag. farm.

Katedra za socialno farmacijo, Fakulteta
za farmacijo, Aškerčeva 7, 1000 Ljubljana

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E- pošta: mitja.kos@ffa.uni-lj.si

Telefon: 01 47 69 686

1 UVOD

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji je oblikovan na podlagi Bismarckovega modela sistema zdravstvenega varstva. Ključni sestavni del tega modela je obvezno z zakonom predpisano javno zdravstveno zavarovanje, ki ga opredeljuje Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (1). V ta namen je oblikovana posebna, avtonomna blagajna v katero se zbirajo sredstva tako od zavarovancev, kot tudi delodajalcev (2). Zanj skrbi Zavod

POVZETEK

Članek opisuje elemente upravljanja s stroški zdravil z vidika plačnika v Sloveniji. Sistem zunanje primerjave cen, ki ga vodi JAZMP, omogoča določitev najvišje dovoljene cene. V nadaljevanju se preko postopka razvrščanja, ki ga vodi ZZZS, oblikujejo dogovorjene cene. ZZZS ima poleg razvrščanja na liste na razpolago tudi druge mehanizme upravljanja s stroški zdravil vključujoč: omejitve predpisovanja, sistem najvišje priznane vrednosti za medsebojno zamenljiva zdravila in zdravila v terapevtskih skupin ter dogovore o deljenju tveganja med ZZZS in ponudniki zdravil.

KLJUČNE BESEDE:

upravljanje s stroški zdravil, sistem zunanje primerjave cen, sistem notranje primerjave cen, omejitve predpisovanja, dogovori o deljenju tveganja

ABSTRACT

The aim of the article is to describe cost management elements of medicines from the perspective of health care payer in Slovenia. External reference pricing that is processed by JAZMP defines the maximum allowed price. Subsequently, ZZZS through the inclusion of medicine on the list negotiates a price lower than the maximum allowed price. Additionally, ZZZS manages medicine cost by limiting prescribing, generic substitution, therapeutic groups and risk sharing agreements.

KEYWORDS:

management of medicine cost, external reference pricing, internal reference pricing, prescribing limitations, risk sharing agreements

za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (3). V sistem je vgrajen princip pravičnosti in solidarnosti. Prispevki so opredeljeni kot delež dohodka, tako da osebe z višjimi dohodki plačujejo več, kot osebe z nižjimi dohodki. Hkrati so zdravi solidarni z bolnimi in mlajši s starejšo populacijo, ki ima večje potrebe po zdravstvenih storitvah. Država ima manjšo, predvsem arbitrarno vlogo v pogajanjih med partnerji v zdravstvu, to so izvajalci zdravstvene dejavnosti, zavarovanci in delodajalci.

Sistem se imenuje po princu Otto von Bismarcku. Uvedli so ga v Nemškem kraljestvu leta 1883 in predstavlja najstarejši model zdravstvenega varstva. Sistem je bil v Avstro-Ogrski



uveden leta 1889. Slovenija, ki je bila v sestavi takratnih dežel, pa ga je povzela leta 1892 in oblikovala t.i. Bratovske skladišnice. V času Jugoslavije smo imeli sistem z večjo vlogo države, kjer so se sredstva zbirala preko davkov, storitve pa plačevale iz proračuna. Sistem je bil oblikovan skladno s Semaškovim modelom zdravstvenega varstva, ki je bil značilen za države vzhodnega bloka. Podoben sistem s primarno vlogo države, je Beveridgov model nacionalnega zdravstvenega varstva, katerega zametke še vedno najdemo npr. v Angliji in se od Semaškovega modela loči predvsem v ideologiji. V okviru Semaškovega modela npr. ni bilo dovoljeno zasebništvu. Z oblikovanjem nove države Slovenije smo se ponovno vrnili k Bismarckovemu modelu zdravstvenega varstva in leta 1992 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ustanovili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (4)

Stroški za zdravila se plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar ne vsi in ne v celoti. Načeloma bi morali pacienti v teh primerih zdravila doplačati iz svojega žepa. Neposrednih doplačil večinoma ni potrebno izvajati glede na to, da imamo oblikovano tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje in premije vanj vplačuje večina Slovencev. Gre za obliko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, katerega ključni namen je kritje razlike med vrednostjo, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje in polno ceno. Takšno obliko zdravstvenega zavarovanja trenutno ponujajo Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Zavarovalnica Triglav, d.d. in Adriatic Slovenica, d.d. (5, 6, 7). Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je rezultat stiske v kateri se je zdravstveni sistem znašel pred časom, saj s sredstvi, ki jih je uspel zbrati, ni zmožal več pokrivati celotne košarice pravic. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v tistem času prinašalo rešitev z dodatnimi viri, ki so bila predmet odločitve posameznika. Za razliko od obveznega zdravstvenega zavarovanja pa dopolnilno zavarovanje ne vsebuje elementov solidarnosti, saj vsi zavezanci plačujejo enako premijo. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja tudi eno večjih dilem oz. izhodiščnih elementov za reformo slovenskega zdravstvenega sistema.

Sredstva, ki se zberejo preko dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so primarno vezana na storitve in doplačevanje storitev, ki jih ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje. ZZS ima tako neposredno in glavno pogajalsko moč in odloča o načinu umeščanja oz. koriščenja zdravstvenih tehnologij, predstavniki zavarovalnic, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pa le posredno. Posledično je večina elementov upravljanja s stroški zdravil v domeni ZZS.

ALI STE VEDELI?

- Najvišja dovoljena cena, ki jo oblikuje JAZMP na podlagi treh referenčnih držav Avstrije, Francije in Nemčije, še ne predstavlja končne cene zdravil. Dogovorjena cena se oblikuje tekom postopka razvrščanja zdravil na ZZS.
- Poleg sistema zunanje primerjave cen je v Sloveniji v veljavi tudi sistem notranje primerjave cen. V okviru tega sistema so določene najvišje priznane vrednosti zdravil tako za medsebojno zamenljiva zdravila (t.i. generična zamenjava, od leta 2003 naprej), kot tudi za zdravila, ki so v sistemu terapevtskih skupin (od leta 2013 naprej).

2 NAMEN

Namen članka je predstaviti osnovne elemente upravljanja stroškov z zdravili z vidika plačnika v Sloveniji. Slika 1 prikazuje pregled nad posameznimi elementi.



Slika 1: Elementi upravljanja s stroški zdravil z vidika plačnika v Sloveniji.
Figure 1: Elements of medicine cost management in Slovenia from the perspective of the health care payer.

3 NAJVIŠJA DOVOLJENA CENA ZDRAVILA

Najvišje dovoljene cene zdravil (NDC) se oblikujejo na podlagi cen v primerjalnih državah. V Sloveniji v ta namen uporabljamo referenčne cene zdravil, ki so financirane iz javnih sredstev v Avstriji, Franciji in Nemčiji. Najvišja dovoljena cena zdravila se oblikuje v okviru postopka, ki ga vodi Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) in ga opredeljuje Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini (8, 9). Postopek je sestavni del tako imenovanega sistema zunanje primerjave cen zdravil, ki smo ga opisali v posebnem članku (10).

NDC predstavlja nekakšno zgornjo mejo cene zdravila. V primerjavi s prostim trgom, kjer bi bila cena oblikovana na podlagi ponudbe in povpraševanja, predstavlja ta postopek način regulacije cene zdravila preko katerega po vnaprej definiranem načinu pridemo do bistveno nižjega izhodišča za nadaljnja pogajanja o ceni zdravila.

4 RAZVRŠČANJE ZDRAVIL

Najvišja dovoljena cena, ki se oblikuje v okviru JAZMP, še ne predstavlja končne cene zdravila. V nadaljevanju postopek vodi ZZZS in izvaja t.i. razvrščanje zdravil. Ime je postopek dobil po razvrščanju zdravil na recept na liste, ki predstavlja klasičen način določanja, katera zdravila bo sistem plačeval in katera ne. ZZZS razvršča zdravila, ki se predpisujejo na recept na pozitivno ali vmesno listo. Negativna lista ne obstaja, ker bi takšen izraz neustrezno opisoval zdravila, katerih značilnost je predvsem ta, da jih sistem zdravstvenega zavarovanja ne krije in so v celoti samoplačniška. V tem primeru govorimo o nerazvrščenih zdravilih, ki se sicer lahko predpisujejo na beli, samoplačniški receptni obrazec.

Zdravila, ki so razvrščena na pozitivno listo, obvezno zdravstveno zavarovanje večinoma krije do 70 % deleža (pozitivna lista P70), zdravila, ki so razvrščena na vmesno listo (vmesna lista V), pa do 10 % deleža. Sistem okrajšav za liste zdravil na recept je prikazan na sliki 2. Razliko do polne cene krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje oz.

zavarovana oseba, če nima sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Nekatera zdravila so lahko razvrščena na pozitivno listo, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje krije v celoti (pozitivna lista P100). V tem primeru gre za zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje oseb, bolezni in stanj, ki so podrobneje navedene v 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (11). To so npr. zdravila za zdravljenje in rehabilitacijo malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze, infekcije HIV, kot tudi obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom. Posebno skrb se posveča tudi otrokom, učencem, dijakom, vajencem in študentom ter otrokom z motnjami v duševnem in telesnem razvoju, ki imajo krita zdravila na pozitivni ali vmesni listi v celoti.



Slika 2: Sistem okrajšav za liste zdravil na recept.
Figure 2: Prescription medicine list abbreviations system.

Poleg zdravil, ki se predpisujejo na recept, ZZZS razvršča tudi bolnišnična zdravila. Poseben status ima nabor dragih bolnišničnih zdravil. Na seznam B so tako razvrščena bolnišnična zdravila, če njihova cena v priporočenem odmerku presega vrednost 5000 EUR na osebo v enem letu. Dne 1. julija 2015 je seznam vključeval 89 zdravil (49 različnih učinkovin), večinoma iz skupine zdravil za bolezni krvi in krvotvornih organov (ATC skupina B) ter zdravil z delovanjem na novotvorbe in imunomodulatorji (ATC skupina L). ZZZS razvršča tudi ampulirana in nekatera druga zdravila, ki se uporabljajo izključno ambulantno, na seznam A. Namen obeh seznamov je predvsem nadzor nad stroški dražjih zdravil oz. boljši pregled nad porabo zdravil. Zdravila s seznamom B se npr. financirajo na osnovi mesečnih zahtevkov bolnišnic glede na njihovo dejansko porabo. (12)

Razvrščanje zdravil poteka skladno s Pravilnikom o razvrščanju zdravil na liste ter ponavadi na podlagi strokovnega mnenja Komisija za razvrščanje zdravil na listo



oz. drugih relevantnih strokovnih mnenj (13). Pravilnik posebej opredeljuje merila s pomočjo katerih se ovrednotijo zdravila (13). Ta vključujejo:

1. pomen zdravila z vidika javnega zdravja,
2. prednostne naloge izvajanja programa zdravstvenega varstva,
3. terapevtski pomen zdravila,
4. relativna terapevtska vrednost zdravila,
5. ocena farmakoekonomskih podatkov za zdravilo,
6. ocena etičnih vidikov,
7. prioritete programov zdravstvenega varstva ter
8. podatki in ocene iz referenčnih virov.

Navedeni postopek lahko štejeemo za del aktivnosti vrednotenja zdravstvenih tehnologij (ang. Health Technology Assessment). Gre za postopek, ki sistematično, pregledno in nepristransko združuje informacije o medicinskih, socialnih, ekonomskih in etičnih vprašanih v zvezi z uporabo zdravstvene tehnologije (14). Izraz zdravstvena tehnologija (ang. Health Technology) v naveden primeru ne opisuje samo fizičnih tehnologij, kot so zdravila in medicinski pripomočki, temveč tudi programe, postopke in organizacijske sisteme. Za Slovenijo je značilno, da se za razliko od nekaterih drugih držav, postopki vrednotenja preostalih zdravstvenih tehnologij vodijo ločeno od zdravil in sicer na Zdravstvenem svetu (15). Izjema so cepiva, ki sicer spadajo pod zdravila, a se vrednotijo na Zdravstvenem svetu in ne na Komisiji za razvrščanje zdravil ZZS.

5 OMEJITVE PREDPISOVANJA IN IZDAJANJA ZDRAVIL

ZZS lahko za posamezno zdravilo v okviru postopkov razvrščanja zdravil omeji predpisovanje in/ali izdajanje zdravila (13, 16). To pomeni, da lahko pooblaščen zdravnik zdravilo predpiše le v okviru omejitve predpisovanja, izven teh pa le kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, ki nima določene omejitve predpisovanja. Zdravilo z omejitvijo predpisovanja ali izdajanja se označi z zvezdico ob oznaki liste zdravil (npr. P70*, glej sliko 2).

Skladno s Pravilnikom o razvrščanju zdravil na listo se lahko omejitev predpisovanja in izdajanja nanaša na:

1. populacijsko skupino, ki lahko zdravilo prejema, določeno s starostjo ali drugimi populacijskimi značilnostmi,

2. indikacijsko področje, za katero se zdravilo lahko predpiše; izbere se lahko ena ali več odobrenih terapevtskih indikacij iz povzetka glavnih značilnosti zdravila; v okviru indikacijskega področja se lahko omeji tudi čas zdravljenja,
3. stopnjo izraženosti bolezni, za katero se zdravilo lahko predpiše,
4. vrsto specializacije zdravnika, ki zdravilo lahko predpiše, to je klinično specialnost ali skupino pooblaščenih zdravnikov, ki lahko predpišejo zdravila,
5. obveznost predhodne odobritve strokovne komisije, ki odloča o predpisovanju določenih zdravil, pridobljenih z biotehnoškimi postopki,
6. časovno ali količinsko omejitev izdajanja,
7. bolnišnico, ki v skladu z dovoljenjem ministrstva, pristojnega za zdravje, izvaja zdravstveni program s tem zdravilom.

6 NAJVIŠJA PRIZNANA VREDNOST

Gre za postopek tako imenovanega sistema notranje primerjave cen zdravil. Sistem smo v slovenski zdravstveni sistem najprej uvedli za medsebojno zamenljiva zdravila leta 2003. To so zdravila z enako učinkovino, ATC oznako, jakostjo in primerljivo farmacevtsko obliko, ki jih je JAZMP predhodno uvrstil na seznam medsebojno zamenljivih zdravil. Zdravstveno zavarovanje (obvezno in dopolnilno skupaj) krije medsebojno zamenljiva zdravila le do vrednosti najcenejšega zdravila v skupini, ki ima v preteklem mesecu vsaj 0,5 % tržni delež (17). Za zdravila, katerih cena je višja od najvišje priznane vrednosti (NPV), je potrebno doplačati razliko med dejansko ceno zdravila in najvišjo priznano vrednostjo. Znotraj posamezne skupine zdravil je vedno vsaj eno zdravilo, za katero zavarovancu ni potrebno doplačati razlike.

Sistem najvišje priznane vrednosti je bil nadgrajen s sistemom terapevtskih skupin zdravil šele v letu 2013 in sicer na podlagi Zakona o uravnoteženju javnih financ (18). Predhodni poskusi sprememb zakonodaje namreč niso bili uspešni. Terapevtske skupine zdravil združujejo različna zdravila, ki so namenjena zdravljenju iste bolezni. Pomeni, da ne gre več za isto učinkovino, ampak za skupino zdravil, ki se med seboj ločijo po svojih značilnostih. Med zdravili naj sicer ne bi bilo pomembnih razlik v učinkovitosti in

varnosti. To pomeni, da so ta zdravila primerljiva, se pa lahko razlikujejo v ceni. ZZS podobno kot v primeru medsebojno zamenljivih zdravil krije zdravila samo do višine cene referenčnega zdravila, ki je običajno najcenejše zdravilo znotraj terapevtske skupine oz. podkategorije zdravil s primerljivo jakostjo. Tudi v tem primeru obstaja varovalka, katero zdravilo lahko postane referenčno zdravilo in sicer na podlagi tržnega deleža učinkovine, ki jo vsebuje. Ta mora znašati najmanj $100\% / (n+1)$, kjer je "n" število učinkovin v terapevtski skupini zdravil. V sistem je bila najprej uvedena terapevtska skupina zaviralcev protonske črpalke, nato skupina zdravil zaviralcev angiotenzinske konvertaze ter skupina zdravil za zmanjševanje holesterola. V letu 2015 imamo skupaj oblikovanih 7 terapevtskih skupin, ki se bodo v nadaljevanju zagotovo še nadgrajevale.

Sistem najvišje priznane vrednosti pomeni za pacienta potencialno menjavo že obstoječih zdravil, zato je pomembno njihovo razumevanje sistema. Raziskava Fakultete za farmacijo, ki je nastala v sodelovanju s Slovenskim farmacevtskim društvom v letu 2014, kaže na to, da pacienti razumejo osnovno značilnost sistema terapevtskih skupin zdravil in sicer, da je zdravilo potrebno doplačati, ko njegova cena presega ceno referenčnega zdravila (19). Bistveno manj pa razumejo ostale pravice in dolžnosti pacientov v okviru sistema. V sistemu vidijo nepotrebno breme in razlog za zmanjševanje zaupanja v slovenski zdravstveni sistem. Poseben izziv predstavljajo starejši, pacienti, ki so slabše izobraženi, s slabšim zdravstvenim stanjem, nižjim neto mesečnim dohodkom, slabšim razumevanjem sistema terapevtskih skupin zdravil, s sočasno predpisanimi več zdravili.

Pacienti so se na sistem najvišjih priznanih vrednosti prilagodili tako, da doplačujejo razliko z namenom, da ohranijo obstoječa zdravila. Za prve tri terapevtske skupine, ki so bile najprej uvedene znašajo v povprečju 6,92 EUR. Povprečni najvišji znesek doplačila, ki so ga pacienti pripravljani doplačati za trimesečno zdravljenje z zdravilom pa znaša 10,4 EUR. Z večanjem števila terapevtskih skupin se potemtakem z doplačili lahko zelo hitro preseže pripravljenost pacientov za doplačila.

Praksa je oblikovala svoje rešitve. Tako so pogosti popusti na ravni veleprodaje za zdravila, ki so dražja od referenčnega zdravila. Ta se prenesejo do pacientov, ki tako na koncu ne doplačajo zdravila, čeprav je njegova formalna cena zavedene npr. v Centralni bazi zdravil (20) višja od najvišje priznane vrednosti referenčnega zdravila. S tem

ponudniki zdravil ohranjajo tržni delež, obenem pa formalno ne definirajo nižje cene zdravila.

7 DOGOVORI O CENI ZDRAVILA

ZZS v relaciji do ponudnikov zdravil vzpostavlja aktivno vlogo. Glede cene se pogaja in skuša dogovoriti čim nižjo končno ceno zdravila. Ta t.i. dogovorjena cena je seveda nižja od najvišje dovoljene cene, ki se oblikuje preko postopka na JAZMP.

Poleg neposrednega znižanja cene zdravila so mogoči tudi popusti in rabati na zdravilo. Popust na ceno zdravila pomeni, da imetnik dovoljenja za promet zniža ceno zdravila pod pogoji, dogovorjenimi v dogovoru o ceni zdravila. Rabat pa pomeni finančni ali količinski popust za zdravilo, ki ga imetnik dovoljenja za promet izvede po določenem obdobju in pod pogoji, dogovorjenimi v dogovoru o ceni zdravila.

Popusti in rabati predstavljajo v Sloveniji pomemben korektiv cen zdravil. Države, ki referirajo Slovenijo v sistemu zunanje primerjave cen vzamejo za osnovo javno objavljene cene. V primeru popustov in rabatov pa je dejanska, končna cena prikrita. To je način, ki sicer vodi v netransparentnost cen zdravil v Sloveniji, po drugi strani pa pragmatična rešitev zato, da ponudniki ostajajo na slovenskem trgu. V primeru prevelikega znižanja cen v Sloveniji bi se vsaj v nekaterih primerih ponudniki zdravil lahko odločili za umik s tržišča, ker bi imeli prevelike izgube s padcem cen v državah, ki referirajo Slovenijo.

Umeščanja novih zdravil predstavlja določeno tveganje za plačnika v primeru, da zdravilo ne bi izkazovalo vseh nakazanih koristi v času pred pričetkom trženja zdravila. V zadnjem obdobju se uveljavljajo dogovori z namenom deljenja tveganj, čeprav obstajajo tudi nekateri pomisleki o učinkovitosti takšnih sistemov (ang. Risk sharing agreements) (21, 22). V Sloveniji poznamo tri vrste takšnih dogovorov:

- Dogovor o razmerju cena zdravila – obseg prodaje zdravila pomeni, da se cena zdravila s povečanjem obsega njegove prodaje zniža za delež, dogovorjen v dogovoru o ceni zdravila.



- Dogovor o povračilu prekoračenih izdatkov za zdravilo pomeni, da imetnik dovoljenja po zaključku dogovorjenega obdobja povrne Zavodu dogovorjeno razliko med realiziranim in dogovorjenim zneskom za zdravilo, če je bil slednji presežen.
- Dogovor o delitvi tveganja pa pomeni delitev financiranja zdravila med imetnikom dovoljenja in Zavodom glede na doseganje kliničnih meril, določenih v dogovoru o ceni zdravila.

8 SKLEP

Plačnik ima v sistemu paleto ukrepov s katerimi skuša zagotavljati dolgoročno vzdržnost sredstev, ki jih zdravstvena blagajna lahko nameni za zdravila. Obenem pa je predstavljen pred izziv, da v sistem umešča tudi nova, učinkovitejša in varnejša zdravila.

9 LITERATURA

1. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT. URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?sop=1992-01-0459> (Dostop 5.7.2015)*
2. *Zakon o prispevkih za socialno varnost. Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97 – ZDavP-A, 3/98, 7/98 – odl. US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 62/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2, 91/13 – ZZVZ-M, 99/13 – ZSVarPre-C in 26/14 – ZSDP. URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO984> (Dostop 5.7.2015)*
3. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. URL: www.zzs.si* (Dostop 15.7.2015)
4. *Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje. Ljubljana, 2007.*
5. *Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. URL: <https://www.vzajemna.si/>* (Dostop 8.7.2015)
6. *Zavarovalnica Triglav, d.d. URL: <https://www.triglav.si/>* (Dostop 8.7.2015)
7. *Adriatic Slovenica, d.d. URL: <http://www.adriatic-slovenica.si/>* (Dostop 8.7.2015)
8. *Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke. URL: www.jazmp.si* (Dostop 8.7.2015)
9. *Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini. Uradni list RS, št. 32/15. URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV12442>* (Dostop 15.7.2015)
10. *Mardetko N, Kos M. Sistem zunanje primerjave cen zdravil z vidika Slovenije. Farm Vestn 2015; 66: 231-238.*
11. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT. URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?sop=1992-01-0459> (Dostop 30.6.2015)*
12. *Novi predpisi na področju zdravil. Recept, Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZS 2011; 9 (1), 104-105.*
13. *Pravilnik o razvrščanju zdravil na liste. Uradni list RS, št. 35/2013. <https://www.uradni-list.si/1/content?id=112932>* (Dostop: 15.7.2015)
14. *Humar M in sod. Farmaceutski terminološki slovar. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Ljubljana, 2013. URL: <http://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/slovarji/farmaceutski#v>* (Dostop: 25.6.2015)
15. *Zdravstveni svet. URL: http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_teleza/zdravstveni_svet/* (Dostop 5.7.2015)
16. *Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini. Uradni list RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2 URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV8737>* (Dostop 5.7.2015)
17. *Najvišje priznane vrednosti za medsebojno zamenljiva zdravila in terapevtske skupine zdravil. ZZS. Ljubljana, 2015. URL: https://partner.zzs.si/wps/portal/portal/aizv/zdravila_in_zivila_za_osebne_zdravstvene_namene/predpisovanje_in_izdajanje/najvisje_priznane_vredn_za_meds_zam_zdr_in_terap_skup_zdravil!/u_t/p/b0/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfGzQJNDF093Y39DTz9_UxMDBwdw4C0ZYCxgZeZfkG2oylA5nTGbg!!/* (Dostop 5.7.2015)
18. *Zakon za uravnoteženje javnih financ. Uradni list RS, št. 40/12, 96/12 – ZPIZ-2, 104/12 – ZIPRS1314, 105/12, 25/13 – odl. US, 46/13 – ZIPRS1314-A, 56/13 – ZŠtip-1, 63/13 – ZOsn-I, 63/13 – ZJAKRS-A, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 101/13 – ZDavNepr, 107/13 – odl. US, 85/14, 95/14 in 24/15 – odl. US. URL: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6388>* (Dostop 5.7.2015)
19. *Mardetko N, Kos M. Raziskava razumevanja in odnosa pacientov do sistema terapevtskih skupin zdravil. Fakultete za farmacijo v sodelovanju s Slovenskim farmacevtskim društvom. Novinarska konferenca, Ljubljana, 21.10.2014. URL: <http://www.sfd.si/?mod=aktualno&action=viewOne&ID=914>* (Dostop 15.7.2015)
20. *Centralna baza zdravil. MZ, JAZMP, ZZS, NIJZ 2015. URL: www.cbz.si* (Dostop 5.7.2015)
21. *Carlsona JJ, Sullivana SD, Garrisona LP, Neumann PJ, Veenstra DL. Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers. Health Policy 2010; 96: 179-190.*
22. *Neumann PJ, Chambers JD, Simon F, Meckley LM. Risk-Sharing Arrangements That Link Payment For Drugs To Health Outcomes Are Proving Hard To Implement. Health Affairs 2011; 30: 2329-2337.*