

Usmeritve za uvedbo  
na vrednosti temelječe  
zdravstvene obravnave  
v Sloveniji



**Naslov dokumenta:** Usmeritve za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji  
**Avtorji po abecednem vrstnem redu:** Janez Bernik, Janko Burgar, Gregor Cuzak, dr. Petra Došenović Bonča, dr. Matej Drobnič, Anže Droljč, mag. Dorjan Marušič, dr. Valentina Prevolnik Rupel, Biserka Simičič  
**Urednica:** dr. Valentina Prevolnik Rupel  
**Jezikovni pregled:** dr. Nina Modrijan, Prevajalska agencija Julija  
**Prevod v angleščino:** Veronika Pušnik  
**Oblikovanje:** Boštjan Pavletič, Rostfreci vizualna produkcija  
**Tisk:** Uroš Golob, Studio Graffiti  
**Izdajatelj:** Zdravniška zbornica Slovenije  
**Kraj in leto izdaje:** Ljubljana, 2022  
**Vrsta dokumenta:** Bela knjiga  
**Namen dokumenta:** Preučitev možnosti in postavitev priporočil za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji  
**Ciljna populacija:** Vse skupine deležnikov v zdravstvenem sistemu  
**Naklada:** 300 izvodov  
**Objava:** Elektronski izvod Usmeritev in slovenščini in angleščini je objavljen na spletni strani [healthday.si/navtez](http://healthday.si/navtez)

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

614.2(497.4)(082)

USMERITVE za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji / [avtorji Janez Bernik ... [et al.] ; urednica Valentina Prevolnik Rupel ; prevod v angleščino Veronika Pušnik]. - Ljubljana : Zdravniška zbornica Slovenije, 2022

ISBN 978-961-6185-35-6  
COBISS.SI-ID 123509251

Zdravniška zbornica Slovenije

Brezplačni izvod. Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti in kakršni koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev.

#### Člani ekspertne skupine za pripravo usmeritev za uvedbo NaVTeZ

prof. dr. Valentina Prevolnik Rupel, Inštitut za ekonomska raziskovanja, DOBA Fakulteta Maribor, predsednica ekspertne skupine  
izr. prof. dr. Petra Došenović Bonča, Ekonomska fakulteta v Ljubljani  
prim. mag. Dorjan Marušič, zdravnik  
Janez Bernik, Roche Slovenija  
Anže Droljč, Better  
Anka Bolka, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Biserka Simičič, Ministrstvo za zdravje  
Janko Burgar, Cosylab, Združenje za informacijsko tehnologijo pri GZS  
doc. dr. Aleš Rozman, zdravnik, direktor Klinike Golnik  
Prof. dr. Matej Drobnič, dr. med., Ortopedska klinika UKC Ljubljana in Katedra za ortopedijo Medicinska fakulteta UL, član RSK za ortopedijo  
Gregor Cuzak, HealthDay.si, koordinator skupine

Podporna ekipa  
Rebeka Žerovnik, TPLJ in HealthDay.si  
Saša Slabe, TPLJ in HealthDay.si

#### Opazovalci ekspertne skupine:

Maja Južnič Sotlar (predstavnica pacientov), Marcela Omahen (AdriaSonara), Andrej Franc Plesničar (ZZZS), Zdenka Čebašek Travnik, Urška Bux (EIT Health), Jan Šömen (Siemens Healthineers), Ivona Dašič (Novartis), Polona Mežan (Medtech GZS), Alenka Umek (Medtech GZS)

#### Podporniki ekspertne skupine:

za delovanje skupine: HealthDay.si, skupnost za inovacije v zdravstvu  
za anketno o NaVTeZ: Zdravniška zbornica Slovenije; Združenje za informatiko in telekomunikacije pri GZS; Združenje za medicinske pripomočke pri GZS, AmCham Slovenija; Mednarodni forum znanstveno raziskovalnih farmacevtskih družb; Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; Fakulteta za zdravstvo, Univerza v Ljubljani; Ekonomska fakulteta, Univerza v Ljubljani; Inštitut za ekonomska raziskovanja Ljubljana; Zavod za zdravstveni management; Zdravstvena fakulteta Angele Boškini; Fakulteta za farmacijo, Univerza v Ljubljani  
za prevod, oblikovanje in tisk: Združenje za medicinske pripomočke pri GZS – Medtech Slovenija, Mednarodni forum znanstveno raziskovalnih farmacevtskih družb, Združenje za informatiko in telekomunikacije pri GZS  
za jezikovni pregled teksta: Ministrstvo za zdravje Slovenije.

Usmeritve za uvedbo  
na vrednosti temelječe  
zdravstvene obravnave  
v Sloveniji

**Ekspertna skupina za NaVTeZ  
Slovenija, oktober 2022**

# Kazalo

Knjigi na pot .....	7
Povzetek .....	15
<b>1 Uvod</b> .....	19
<b>2 Pred vpeljavo NaVTeZ v Sloveniji</b> .....	21
2.1. Izzivi pri uvedbi NaVTeZ v Sloveniji .....	21
2.2. Anketa o poznavanju koncepta NaVTeZ .....	22
2.3. Priprava na uvedbo NaVTeZ v Sloveniji .....	27
<b>3 Izbira zdravstvenih programov za uvedbo NaVTeZ</b> .....	29
3.1. Tuji zgledi kažejo na nujnost postopnega uvajanja .....	29
3.2. Ogrožena stabilnost slovenskega zdravstvenega sistema .....	30
3.3. Kriteriji za izbor prvih specialnosti za uvedbo NaVTeZ .....	31
<b>4 Tim NaVTeZ</b> .....	33
4.1. Parcialni poskusi uvajanja .....	35
4.2. Uspešni timi v tujini .....	35
4.3. Ukrepi za vzpostavitev timov NaVTeZ .....	36
<b>5 Merjenje vrednosti zdravstvene obravnave</b> .....	39
5.1. Opredelitev vrednosti .....	40
5.2. Instrumenti za merjenje izidov .....	40
5.3. Merjenje stroškov .....	41
5.4. Deljenje podatkov in primerjave – mehanizmi za vzpostavljanje zaupanja .....	45
5.5. Izkušnje iz tujine pri merjenju vrednosti NaVTeZ .....	45
5.5.1. Merjenje stroškov v praksi je zelo zahtevno .....	46
5.5.2. Mednarodne primerjave .....	46
5.6. Dosedanja praksa v Sloveniji .....	46
5.7. Koraki za uvedbo merjenja vrednosti v Sloveniji .....	47
<b>6 Podatkovna platforma</b> .....	50
6.1. Opredelitev in stanje v svetu .....	50
6.2. Informatika pri nas s stališča pripravljenosti na NaVTeZ .....	51
6.3. Digitalizacija uvedbe NaVTeZ v Sloveniji .....	52

<b>7 Ocena investicije uvedbe NaVTeZ</b> .....	54
7.1. Ključne kategorije uvedbe in upravljanja NaVTeZ .....	54
7.2. Povzetek ocene stroškov vpeljave in upravljanja NaVTeZ v Sloveniji na področju endoprotetike pri degenerativni bolezni kolena in kolka .....	56
7.3. Digitalizacija NaVTeZ na ravni Slovenije in skupine indikacij .....	57
<b>8 Finančne spodbude</b> .....	61
8.1. Nespremenljivost zdravstvenega sistema v Sloveniji kot posledica neprilagajanja plačevanja .....	61
8.2. Plačevanje kot vzvod sprememb v tujini .....	62
8.3. NICE v Angliji .....	62
8.4. Dosedanji poskusi v Sloveniji niso uspeli .....	63
8.5. Predlog potrebnih ukrepov za uvedbo v Sloveniji .....	63
<b>9 Javno naročanje, temelječe na vrednosti</b> .....	66
9.1. Preskok iz plačila obljub v plačilo dejanskih izmerjenih izidov .....	66
9.2. Javno naročanje v Sloveniji .....	67
9.3. Dodatno plačilo za boljši izid – tuji primeri .....	68
9.4. Uvedba naročanja na osnovi vrednosti v Sloveniji .....	69
<b>10 Implementacija na področju ortopedije</b> .....	71
10.1. Ortopedija kot možna prva specialnost .....	71
10.2. Tuji zgledi .....	71
10.3. PROM-i za ortopedijo .....	72
10.4. Vloga ortopedov pri uvedbi NaVTeZ .....	73
10.5. Druge okoliščine .....	73
Seznam kratic .....	75
Literatura .....	77



Slovenski zdravstveni sistem potrebuje spremembe. Pacient mora biti v središču sistema. Vsi ostali kot so zdravnik, medicinska sestra, negovalka, fizioterapevt, laborant, farmacevt, zaposleni na Ministrstvu za zdravje, ZZZS, NIJZ, JAZMP, pa tudi minister, predsednik vlade in predsednik države, so zbrani okrog pacienta in delajo v njegovo dobro.

Naš zdravstveni sistem potrebuje prenovu. Pri tem se držimo načela Hipokratove zaprisege, ki pravi, da najprej ne smemo škoditi. Vztrajanje pri trenutnem stanju škodi pacientom.

Pri novi Zvezi organizacij pacientov Slovenije smo prepričani, da smo lahko skupaj boljši. NaVTeZ, merjenje vrednosti, kot jo zaznava pacient, je v tujini dokazan koncept, in kot so pokazali avtorji teh Usmeritev, ga je možno postopoma in preudarno prenesti v Slovenijo. Mi bomo ta prizadevanja podpirali.

**Štefanija Lukič Zlobec**  
**predsednica Zveze organizacij pacientov Slovenije**

Merjenje  
vrednosti  
skozi zaznavo  
pacienta je v  
tujini dokazan  
koncept

Merjenje izidov  
zdravljenja je  
pot  
do višje  
kakovosti  
življenja  
pacientov

Kakovost zdravstva lahko vrednotimo na več ravneh. Za organizatorje zdravstva v državi je pomembna ustrežna organizacija, ki omogoča učinkovito in kakovostno delo zaposlenih, še posebej v časih, ko so zaposleni v zdravstvu vedno bolj dragoceni. Enako velja za materialne vire. Za zdravnike je kakovost temelji na rezultatih kliničnih raziskav. Pogosto se na eni in drugi ravni poslužujemo merjenja kakovosti s pomočjo procesnih kazalnikov kakovosti, ki so dorečeni pogosteje s soglasjem kot znanstveno, zato je povezava med kazalniki procesov in izidov negotova. Ob tem obstaja odprto vprašanje, kaj izidi našega dela pomenijo za tistega, ki mu je delo namenjeno. Bolnika ne zanima proces, niti ga ne zanima neposredno znanstvena utemeljenost našega dela, zanima ga, kako se je izboljšalo ali ohranilo njegovo zdravje in kakovost življenja.

Z vedno večjim opolnomočenjem bolnikov in večjo zdravstveno pismenostjo postaja vključevanje bolnika v proces zdravljenja nov izziv in dodana vrednost. Nov izziv za zdravstvene sisteme in za zdravnike kot nosilce zdravstvene dejavnosti pa predstavlja smiselna združitev stroškovne učinkovitosti in znanstveno utemeljene kakovosti storitev z izidom, ki ga skladno s svojimi vrednotami pričakujejo bolniki.

Zdravstveno varstvo na podlagi vrednosti je model zagotavljanja zdravstvenega varstva, pri katerem so ponudniki, vključno z bolnišnicami in zdravniki, plačani na podlagi zdravstvenih rezultatov pacientov. V okviru sporazumov o oskrbi, ki temeljijo na vrednotah, so ponudniki nagrajeni za pomoč pacientom izboljšati njihovo zdravje, zmanjšati učinke in pojavnost kroničnih bolezni ter živeti bolj zdravo življenje na način, ki temelji na dokazih.

Vloga zdravnika se z uvajanjem zdravstvenega varstva na podlagi vrednosti na videz zapleta, v bistvu pa gre za približevanje vrednotenja zdravstva osnovnemu poslanstvu zdravnika. Osnovni interes zdravnika skozi vso zgodovino poklica je s svojo storitvijo zadovoljiti bolnika na način, ki ga bolnik prepozna in ceni. Odgovornost zdravnika je, da ob tem s svojim znanjem zagotovi, da bolnik prepozna in ceni storitev, ki je resnično, dokazano v prid njegovemu zdravju, dolžnost zdravstvenega sistema in družbe pa, da z dobro organizacijo poskrbi, da je storitev stroškovno vzdržna in da sta za strokovno vzdržno storitev zainteresirana tako bolnik kot zdravnik.

**Prof. dr. Bojana Beović, dr. med.,**  
**predsednica Zdravniške zbornice Slovenije**



V Sloveniji imamo še veliko izzivov pri spremljanju in uveljavljanju rezultatov na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave, kjer moramo eksplicitno opredeliti nacionalni strateški pristop. Mnogi primeri dobrih praks v Sloveniji kažejo, da so mogoči višji sistemski cilji.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) spremlja razvojne trende zdravstvenih sistemov in se v celoti zaveda izrednega pomena hitrega in stalnega uvajanja novosti – še posebej tistih, ki prinašajo večjo vrednost za pacienta oz. zavarovano osebo, so hkrati medicinsko priznane in stroškovno učinkovite, zato podpira in sodeluje pri prizadevanjih za hitrejši napredek oz. pripravo podlag na tem področju, kar nedvomno predstavlja ta dokument.

Z vidika ZZZS je pomembna predvsem vrednost, ki jo kažejo najugodnejši izidi in rezultati zdravljenja za paciente oz. zavarovane osebe ter ključno – njihovo izboljšanje kakovosti življenja. Vzporedno ta cilj spremljamo tudi finančno, in sicer v smislu, da je metoda zdravljenja dolgoročno tudi stroškovno učinkovita, saj je treba slediti največji smotrnosti porabe namensko zbranih javnih sredstev.

ZZZS se zaveda priložnosti, zato si je v strateškem razvojnem programu za srednjeročno obdobje do leta 2025 postavil tudi visoke cilje na področju razvoja novih modelov plačevanja in zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev.

Za doseganje čim večje vrednosti za paciente oz. zavarovane osebe je namreč bistvenega pomena merjenje izidov in učinkov zdravljenja v modelih oz. načinih plačevanja zdravstvenih storitev. Pri teh razvojnih korakih so ključne ustrezne informacije in podatki na eni strani, na drugi pa partnerji in sodelavci v zdravstvenem sistemu, ki so pripravljene raziskati novosti, preseči odpor do sprememb, stremeti k največji učinkovitosti in primerljivi storilnosti lastnega dela, iskati nove rešitve, konstruktivno medsebojno sodelovati in se skupaj, kot soodgovorni, usmeriti v korist pacienta oz. zavarovane osebe – njim je namreč zdravstveni sistem namenjen.

Ta dokument sledi omenjenim ključnim ciljem kot tudi strateški viziji ZZZS, saj išče nove rešitve in morebitne nove načine sodelovanja s skupnim ciljem – z razpoložljivimi sistemskimi kapacitetami in možnostmi zagotoviti čim večjo korist za posameznika, ki mu je življenje prineslo na pot neprijetno zdravstveno preizkušnjo.

**Doc. dr. Tatjana Mlakar,**  
**generalna direktorica ZZZS**

Dajte žogo Luki!

Dogaja se najjimenitnejša košarkarska tekma na turnirju, tista ta pomembna, ki jo gledamo vsi. Hočeš ali nočeš, nas tekma priklene na sedež, kot se običajno zgodi ob takšnih dogodkih. Ne kaže nam najbolje. Sodnik je že zdavnaj naznanil zadnjo četrtino. Naše moštvo zaostaja za krepkih 18 točk. Trener nima prav dolge klopi. Vsi igralci po vrsti so že pošteno izmučeni. Videti je, kot da je tekma že zdavnaj izgubljena, in igralci se sprašujejo, ali se ne bi raje vdali v usodo. Ko se tekma počasi izteka, trener prevzame največjo možno odgovornost. Hipoma se odloči, brez prevelikega razmišljanja. Odgovornost prenese na najboljšega igralca. Ta bo vedel, kaj z žogo in kako angažirati svoje soigralce. Potrebuje le zaupanje, spodbudo in kanček navdiha.

Morda samo na prvi pogled zdravje nima ničesar skupnega z gornjim opisom. A tudi življenje je tekma, ki prinaša mnoge preizkušnje. Tiste, povezane z zdravjem, se zdijo največje, posebno takrat, ko tega ni. Takrat se čas odvija z neko svojo hitrostjo, običajno prehitro, sodniki pa vse prepogosto prekinjajo igro. To zareže v tok življenja. Upanje je tisto, ki nam daje moč za nov korak, in ni večje moči, kot je zaupanje v moštvo. Z zdravstvenimi strokovnjaki pacienti sestavljamo tim. Želimo si, da je med nami tudi »Luka«, ker je najboljši, ker je lahko prišel, ker nekdo verjame vanj, da bo znal dobro povezati soigralce in izbrati najboljše poti do nasprotnikovega obroča.

No, vsaj v košarki vemo, komu zaupati žogo. Celo več, na podlagi statističnega spremljanja uspešnosti akcij in ovrednotenja nasprotnikov lahko ustrezneje načrtujemo strategijo igre. Na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave imajo podobno zasnovo. Vrednost zdravstvenih obravnav se opredeli s spremljanjem izidov zdravljenja, še posebej tistih, ki jih poročajo pacienti. Predvidevamo, da se lahko na podlagi takšnih podatkov v nadaljevanju učinkoviteje in bolj premišljeno odločamo za ustrezne načine obravnave, ki bodo ob omejenih virih omogočali kar največ zdravja za vse.

Avtorji prispevkov so vsekakor odprli pomembno temo in jo osvetlili iz različnih zornih kotov. Ti seveda še ne prinašajo vseh možnih rešitev za samo prakso. Tekma še vedno poteka po starih pravilih. Dobili pa smo dober vpogled, kako bi lahko pravila igre spremenili – dobili smo osnovo za iskren in poglobljen pogovor.

Idejna zasnova na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave je izjemna priložnost za zdravstvene sisteme, da celoviteje uporabijo tudi zmožnosti magistrov farmacije. Spodbuja namreč njihovo ustreznejše vključevanje v zdravstvene delovne skupine, time, ki bodo zagotavljali celovite, brezšivne in na paciente osredotočene zdravstvene obravnave. Predvsem pri skrbi za zdravstvene izide zdravljenja z zdravili lahko magistri farmacije pomembno prispevajo k uveljavitvi nove idejne zasnove v sistemu zdravstvenega varstva tudi v Sloveniji.

**Prof. dr. Mitja Kos, mag. farm.,  
predstojnik Katedre za socialno farmacijo,  
Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo**

NaVTeZ skozi  
premišljen  
pristop  
omogoča več  
zdravja za vse

**P**rincip NaVTeZ je v osnovi dokaj preprost: pacient naj dobi kar najboljšo storitev na enoto cene. Če izrazimo z vprašanjem: Ali je zdravstvena storitev vredna te cene? Če rešujemo ta izziv po delih, se brez izjeme odmikamo od vrednosti: nižanje cene zdravstvene storitve pripelje v odrivanje stroškov k drugemu izvajalcu zdravstvene dejavnosti, do znižanja kakovosti zdravstvene storitve ali kar do obojega. Če pa poudarjamo zgolj kakovost, prihaja do slabega obvladovanja cene in posledično dostopnosti do zdravstvenih storitev. Merilo vrednosti je pacient in ne zdravstveni program, zdravnik ali drug zdravstveni delavec, poslovanje bolnišnice ali zavarovalnice. Vrednost pa je za pacienta veliko bolj kompleksna kot zgolj ozdravitev ali preživetje: med drugim je treba upoštevati tudi čas okrevanja, kakovost življenja, odvisnost od pomoči in oskrbe, bolečino, občutek trpljenja, odvisnost od pomoči druge osebe itd.

Vrednejša zdravstvena obravnava ni nujno tudi dražja. Številne novosti so se z bolj množično uporabo, racionalizacijo in izboljšanjem procesov tudi pocenile, za kar imamo cel kup primerov. Tudi odgovor na vprašanje, kaj je osnova konkurenčnosti, je preprost: tako kot pri vsakem tekmovanju so tudi tu ključni izidi.

Prepoznavna izidov v sodobni zdravstveni obravnavi je ključna, v konceptu NaVTeZ pa smo osredotočeni na pacienta v celotnem poteku zdravstvene obravnave na ravni zdravstvenega stanja. Konkurenco na ravni izidov je treba spodbujati in osvoboditi nepotrebnih omejitev. Na ta način bi lahko dobili dobre obete, da se bodo napake v zdravstveni obravnavi, čezmerno in nezadostno diagnosticiranje ter zdravstvena obravnava uredili v duhu izboljšanja konkurenčnosti med izvajalci. Do zdaj smo že večkrat opazili, da zgolj uveljavljanje priporočil in smernic, zunanja regulacija in nadzor izboljšav ne spodbudijo v zadostni meri.

Na koncu pa naj omenim še ključen pogoj, ki je potreben za vzpostavitev na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave: brez ustrezne zakonodaje, ki mora vzpostaviti pogoje za konkuriranje na ravni izidov, koncept NaVTeZ ne more zaživeti.

Zaradi rigidne plačne politike in težnje k raznim standardom in normativom v trenutni ureditvi »boljši« zavodi ne morejo pritegniti »boljših« zdravstvenih delavcev. Zdravstveni zavodi, ki v enaki ureditvi poslujejo bolje kot drugi, niso stimulirani, ravno nasprotno: tistim, ki ustvarjajo izgubo, jo ustanovitelj na koncu povrne. Konkurenčnost v sedanji ureditvi plačevanja izvajalcev ni možna, posledično pa tudi ne NaVTeZ.

Konkurenca na osnovi izidov lahko dvigne stroko v mednarodnem oziru

**Doc. dr Aleš Rozman, zdravnik in direktor Klinike Golnik**

**I**ntegrirana obravnava predstavlja koncept organizirane skrbi za pacienta, ki se je že dokazal kot pravičen način pristopa do zdravstvene obravnave. Odgovarja namreč lahko na zdravstvene izzive, ki jih pred nas postavlja moderna doba. Tako obravnavo, ki med drugim terja tudi prilagojeno postavljanje ciljev in specifično ocenjevanje kakovosti, bo treba dosledno uveljaviti tudi v praksi, ki je pogosto drugačna. Ta pomembni koncept si zasluži svoje mesto v procesu izobraževanja vseh zdravstvenih kadrov. Treba ga je vključiti v sistem poučevanja na vseh ravneh izobraževanja, če želimo, da bo postal realnost.

**Prof. dr. Igor Švab, dr. med., dekan,  
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino**

Zdravstvo in ekonomija sta izjemno tesno povezani področji, čeprav se na prvi pogled morda ne zdi tako. Ko govorimo o konceptu na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave, bi želel izpostaviti dejstvo, da je avtor tega pomembnega koncepta ekonomist. Ugleden akademik in profesor harvardske univerze Michael Porter je skupaj s kolegico prof. Elisabeth Olmsted Teisberg idejo ustvarjanja vrednosti za usmerjenost k pacientu in popolne usmerjenosti k slednjemu prvič predstavil že leta 2006. Njuno razmišljanje je pomenilo spremembo paradigme, ki je zdaj, po toliko letih, resnično prepoznan okvir sodobnega razmišljanja in poslovnih praks v zdravstvu, ki ga v zadnjem času implementira vedno več držav oz. sistemov. Odločevalce, oblikovalce politik, zdravnike, paciente in njihove družine pa postavlja pred težko dilemo. Kdaj ima zdravljenje še vrednost?

Kaj to pravzaprav pomeni za raziskovalce s področja ekonomskih ved? Na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava se umešča v kontekst dolgožive družbe in ciljev trajnostnega razvoja. Področij, s katerimi se raziskovalci Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani postavljamo ob bok najboljšim na svetu in iščemo načine, kako prispevati naši družbi. To je tako odraz naše raziskovalne odličnosti in kompleksnosti znanja, ki ga razvijamo, kot tudi zrcalo odprtosti ostalih strok. Le-te priznavajo, kako relevantno je povezovanje znanja v drugačne, vertikalne multidisciplinarnе time, v katerih lahko skupaj s strokovnjaki s področja medicine, zdravstvene nege, farmacije, biotehnologije, managementa in organizacije, zdravstvene ekonomike in drugih ved vsak doda svojo ekspertizo in razmišljanje za dobro pacienta in skupno dobro. Tako timska dinamika dopolnjujočih se strok res prinese najboljši izid. Najboljši izid za pacienta z vidika vseh vključenih procesov v izboljšanje njegove zdravstvene obravnave – zdravstvenih, operativnih in tehničnopodpornih procesov.

Kot prodekan za raziskovalno delo in doktorski študij Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ki se kot trojno akreditirana poslovna šola uvršča med 1 % najboljših poslovno-ekonomskih šol na svetu, tako pozdravljam, da so v takšnem multidisciplinarnem duhu nastale tudi smernice za uvajanje na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji. Smernice so zagotovo pravi prvi korak k sistematičnemu in čim bolj učinkovitemu uvajanju te paradigme tudi pri nas v dobro vseh deležnikov zdravstvenega sistema v Sloveniji.

**Prof. dr. Miha Škerlavaj, prodekan za raziskovalno delo in doktorski študij,  
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani**

NaVTeZ  
vzpoduja  
nastanek novih  
multidisciplinarnih  
timov, to  
omogoča  
nastanek višje  
vrednosti

V zdravstvu je pacient sinonim za vrednost in kakovost. Oba pojma prepletata še druge dejavnike, ki (ne)posredno vplivajo na pacientovo zdravje, ozdravitev, preživetje, rehabilitacijo in vrnitev v domače in/ali delovno okolje. Zdravstveno okolje ali zdravstveni trg smo definirali tudi kot tekmovanje med deležniki, vendar pa so ključnega pomena pri tekmovalni prednosti doseženi rezultati. Smiselna je uporaba drugačnega pogleda, in sicer tekmovalnega okolja na ravni zdravstvenih rezultatov oz. rezultatov uspešnosti zdravljenja za posameznega pacienta.

Kakovostna, varna in na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava ponuja možnost nadaljnjih analiz, primerjav med pacienti/bolnišnicami ter omogoča sprejemanje ustreznih zdravstvenih odločitev, vezanih na pacienta. Slednje ponuja možnost boljše, kakovostne in učinkovite obravnave, kar posledično ponuja nadzor nad (ne) posrednimi stroški zdravljenja ter nadaljevanju omogoča tudi prihranek. Zdravstveni izvajalci bodo v skladu z doseženimi zdravstvenimi izidi sodelovali pri izmenjavi dobrih praks, na pacienta integrirani oskrbi in imeli bodo preglednost zdravstvenih izidov za pacienta. Zdravstveni izvajalci bodo imeli orodje za sprejemanje kliničnih odločitev na podlagi rezultatov zdravljenja. V nadaljevanju bo zbiranje podatkov o izidih zdravljenja ponujalo izboljšano vrednost zdravstvene obravnave, pri čemer je primerjava podatkov o izidih (med timi, bolnišnicami; izmenjava dobrih praks itd.) ključnega pomena na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

Spremljanje prej naštetih kazalnikov predstavlja nepogrešljiv instrument za samega plačnika zdravstvenih storitev, saj bo njihovo delo plačano na podlagi rezultatov zdravljenja samih zdravstvenih potreb pacienta. Ne nazadnje je treba omeniti še izdelavo dobrih praks, ki bo na transparentni način vidna vsem izvajalcem, s čimer bo pripomogla k varnejši in bolj kakovostni obravnavi ter sami optimizaciji zdravljenja.

Nujna je umestitev ustreznega sistema, ki bo v realnem času ponujal spremljanje stroškov na pacienta, omogočal izmenjavo podatkov med posameznimi izvajalci in fleksibilnost. Ključne vrednote tega koncepta so vključenost tako zdravstvenih izvajalcev in timov kot tudi pacientov ter spremljanje in pregled rezultatov zdravljenja. Koncept ponuja ne le optimizacijo dela, temveč tudi sprejemanje odgovornosti za izide zdravljenja in tudi s tem povezane stroške.

Zdravstveni izidi so za pacienta izrednega pomena, saj morajo vključevati kratkoročne in dolgoročne vidike pacientovega stanja. Zajemati morajo vse zdravstvene storitve in zdravstvene izvajalce, ki določajo izide zdravljenja. Opravljene meritve morajo zagotoviti primerjavo samih izidov med pacienti (od začetnega do končnega stanja) ter upoštevati kontrolne spremenljivke. Slednje pomeni, da je na področju zdravstvene dejavnosti treba opredeliti lastno ceno, da na ravni pacientov merimo (ne)posredne stroške, stroške dela in preiskav in podobno.

Potrebuje tudi preskok v razmišljanju, saj pridobljeni rezultati analiz predstavljajo predpogoj za primerjavo rezultatov ter izpeljavo sprejetja ukrepov za njihovo izboljšanje.

**Izr. prof. dr. Andrej Starc, dekan,  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za javno zdravje**

## Povzetek

Na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava (NaVTeZ) je po ugotovitvah ankete z deležniki globalni koncept, ki se hitro širi in ki se mu Slovenija v prihodnosti ne bo mogla izogniti. Po pregledu prednosti in slabosti NaVTeZ pa je jasno, da se konceptu v Sloveniji niti ne želimo niti ne smemo izogniti. NaVTeZ predvideva merjenje zdravstvenih izidov za paciente z določeno skupino diagnoz v določenih časovnih točkah, npr. pred posegom in po njem ali v smiselnih daljših časovnih razmikih pri kroničnih boleznih. Na osnovi meritev spremljamo spremembe v zdravju pacientov in določamo vrednost, ki jo zdravstvena obravnava prinese pacientu. Merjenje izidov zdravstvene obravnave je tako osnovna izhodiščna točka, na kateri se gradijo analize, primerjave in sprejemajo odločitve o nadaljnji zdravstveni obravnavi. Zaradi sprejemanja odločitev na osnovi kakovostnih podatkov, podanih s strani pacienta, lahko NaVTeZ izboljša učinkovitost obravnave, zviša njeno kakovost in posledično vodi do prihrankov. V Sloveniji deležniki največ prednosti koncepta NaVTeZ vidijo v tem, da novi pristop v središče obravnave postavlja pacienta, prednost pa vidijo tudi v novem sistemu plačevanja izvajalcev v skladu z doseženimi izidi, sodelovanju izvajalcev in izmenjavi dobrih praks, integrirani obravnavi in preglednosti izidov zdravstvene obravnave za pacienta.

Spremembe za uvedbo so potrebne na več področjih. Deležniki glavne omejitve vidijo v podhranjenosti izvajalcev z zmožnostmi analize velikega števila podatkov, ki je osnova za sprejemanje odločitev na podlagi izidov zdravstvene obravnave. Ta omejitve morda še posebej velja za manjše izvajalce, ki nimajo zaposlenih lastnih analitikov, ne želijo pa biti odvisni od nacionalnega centra, ki bi po vzpostavitvi podatke zbiral in analiziral. Za slovenski prostor je rešitev zagotovo v zunanjih izvajalcih analitike. Naslednja omejitve, ki je v veliki meri pričakovana, je po mnenju deležnikov informacijski sistem. Vzpostavitev ustreznega informacijskega sistema, ki bi bil skladen z obstoječim, je zagotovo izziv, tako časovni kot finančni, in po izračunih, navedenih v dokumentu, predstavlja skoraj dve tretjini celotnih stroškov uvajanja NaVTeZ v prvih petih letih. Nadaljnji izzivi, ki so jih zaznali deležniki in ki so obravnavani v posameznih poglavjih usmeritev, pa so ustreznost, uporabnost in razpoložljivost merskih instrumentov (nasploh in v slovenskem jeziku), strah o še dodatni obremenjenosti zdravstvenega osebja zaradi uporabe dodatnih merskih instrumentov ter skrb o nesodelovanju pacientov v procesu. Dejstvo je, da morajo uvedbo NaVTeZ spremljati še druge spremembe, kot so spremembe v plačevanju izvajalcev v skladu z doseženimi izidi, sodelovanje izvajalcev in izmenjava dobrih praks in podpora zdravstvene politike zagotavljanju integrirane oskrbe.

Usmeritve za uvedbo NaVTeZ v Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: Usmeritve) prinašajo povsem konkretne ukrepe po posameznih področjih, ki smo jih v ekspertni skupini povzeli po t. i. uvedbeni matriki, ki so jo pripravili na EIT Health. V usmeritvah smo načrt za Slovenijo pripravili po vseh najpomembnejših točkah.

Za začetek smo postavili kriterije za izbiro zdravstvenih stanj, za katera uvajamo NaVTeZ. Vsa stanja za merjenje namreč niso primerna, zato merjenje izidov ne bo prineslo izboljšav. NaVTeZ tako uvajamo le pri tistih zdravstvenih stanjih, pri katerih: (a) je homogenost pacientov dovolj velika; (b) je volumen pacientov visok; (c) meritve izidov zdravstvene obravnave lahko uporabimo za analizo, primerjavo in spremembo procesov; (d) imamo instrumente za merjenje zdravstvenih stanj že postavljene, po možnosti pa vsaj delno prevedene in validirane v slovenskem jeziku; (e) lahko izid zdravstvene obravnave izmerimo relativno hitro, npr. vsaj v roku enega leta, in (f) je raven inovacij v diagnostiki in terapevtskih postopkih relativno nizka in se posledično

NaVTeZ  
zahteva tesno  
povezanost  
vseh  
udeleženi,  
zato je  
primeren  
prvi korak  
uvedba v eni  
specialnosti,  
nato  
postopoma  
sledijo  
naslednje.

klinične poti ne spreminjajo konstantno. Ekspertna skupina je nadalje identificirala zdravstvena stanja, ki tem kriterijem ustrezajo in pri katerih bi bilo smiselno začeti z uvedbo: to so povišan krvni tlak, atrijska fibrilacija, srčno popuščanje in koronarna bolezen na področju kardiologije ter bolečina v križu, kolku in kolenu na področju ortopedije.

Implementacija zahteva ustrezne kadre. V načrtovanje sprememb je treba vključiti predstavnike pacientov, zdravnikov in medicinskih sester. Postopoma je treba dodajati druge deležnike, kot so npr. fizioterapevti, laboratorijski tehniki, nabavne službe. Oblikovali smo predlog tima na nacionalni ravni (zdravniki, medicinski tehniki, klinični farmacevt, IT-osebje in analitik) kot tudi predlog tima pri vsakem večjem izvajalcu, ki uvaja NaVTeZ. Kadri in izboljšanje njihovih kompetenc predstavljajo središče uvajanja novih konceptov ter tudi eno najvišjih investicijskih postavk.

Za merjenje izidov so potrebni ustrezni kazalniki, s katerimi izide merimo. Ekspertna skupina za merjenje izidov za izbrane skupine pacientov predlaga uporabo mednarodno opredeljenih izidov in instrumente, ki so določeni za njihovo zbiranje. Primeren vir za izbor izidov in instrumentov za njihovo merjenje se zdi ICHOM. Priprava instrumentov za merjenje zahteva njihov prevod in validacijo v slovenskem jeziku, kar zahteva denarno in kadrovske podpore, prav tako pa določen čas. Cilj zbiranja podatkov o izidih je izboljšanje vrednosti zdravstvene obravnave za pacienta, kar lahko dosežemo le s primerjavo podatkov o izidih med timi in med izvajalci, z izmenjavo dobrih praks ter izboljšanjem procesov zdravstvene obravnave. To pa nadalje zahteva transparentnost podatkov in večje sodelovanje med izvajalci – tako na isti ravni kot povezovanje med ravnmi. V Sloveniji je treba razviti in informacijsko podpreti spremljanje stroškov na ravni pacientov na podlagi razporejanja stroškov po trajanju aktivnosti. Pri tem je ključno povečati vrste stroškov, ki se tekoče spremljajo na ravni pacienta, posebno pozornost pa nameniti predvsem razporejanju stroškov dela, ki predstavljajo največji delež vseh stroškov.

Vpeljava instrumentov za merjenje izidov ni smiselna brez ustrezne informacijske podpore, ki mora poleg kliničnih kazalnikov in PROM-ov podpirati tudi zbiranje administrativnih podatkov, definiranih kontrolnih spremenljivk ter omogočati povezavo s stroškovnimi podatki. Skladno z ambicijami vzpostavitve NaVTeZ v Sloveniji je tako treba vzpostaviti tudi nacionalni informacijski sistem za zbiranje, pregled in analizo PROM-ov in CROM-ov. Sistem bi bilo smiselno vzpostaviti v okviru obstoječe infrastrukture na platformi eZdravje, in to na način, da se rešitev modularno vključi tudi v obstoječe informacijske rešitve na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, brez potrebe po večkratnem razvoju znotraj posameznih obstoječih IT-rešitev.

Celotna investicija NaVTeZ na področju endoprotetike pri degenerativni bolezni kolena in kolka je v prvih petih letih rednega delovanja, in z obdobjem uvajanja, ocenjena na 2,02 milijona evrov, od česar začetna investicija v informacijsko podporo za ves čas izvajanja predstavlja dobro petino vložka ali 419.500 evrov. Investicija v celotni sistem NaVTeZ pa je z vidika zasnove integriranega informacijskega sistema znatno višja in je predstavljena v poglavju 7.4.

Dolgoročna vzpostavitev spremljanja zdravstvenih izidov bi predstavljala pomembno orodje za plačnika pri sklepanju pogodb z izvajalci in postavljanje spodbud za njihovo delo na osnovi izidov zdravstvene obravnave. Pristop selektivnega sklepanja pogodb za izvajanje storitev na osnovi izidov zdravstvene obravnave bi posledično omogočilo oblikovanje in postavitev mreže po posameznih izvajalcih in dejavnostih. NaVTeZ povezuje plačilo izvajalcev s kakovostjo in vrednostjo zagotovljene obravnave in nagrajuje izvajalce za učinkovitost in uspešnost: za to je treba izmeriti izide zdravstvene



obravnave za usmeritev k potrebam pacientov. Stimulirati je treba dobre vrednosti kazalnike z nekaznovanjem slabih vrednosti kazalnikov, sprotno analizo in povratnimi informacijami za izvajalce ter določitvijo prehodnih obdobji za izboljšanje stanja.

NaVTeZ ustvarja nove vrste zunanjih povezav in razmerij med plačniki in izvajalci zdravstvenih storitev (plačila po svežnjih), med dobavitelji in kupci (javna naročila na podlagi vrednosti), med izvajalci samimi (benchmarking in sodelovanje pri vpeljavi dobrih praks) ter med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev (večja vključenost v zdravstveno obravnavo in sodelovanje pri izražanju preferenc s strani pacientov). V celoviti prenovi sistema javnih naročil v zdravstvu je treba implementirati zahtevo o nujnosti uporabe merila kakovosti predmeta/storitve na podlagi izidov zdravstvene obravnave (z jasno določenim deležem ocenjevalnih kriterijev, osredotočenih na izide zdravstvene obravnave). Javna naročila v Sloveniji naj vsebujejo določilo, ki temelji na vrednosti in uporablja merjenje izidov zdravstvene obravnave, ki je tudi finančno ovrednoteno. Nujno je ustrezno oblikovanje struktur, ki bo vključevalo tudi paciente za pripravo in oblikovanje modela inovativnih cenovnih shem za pomoč pri oblikovanju javnih naročil zdravstvenih storitev, katerih izidi bodo temeljili na vrednosti zdravstvene obravnave za pacienta.

V Usmeritvah smo pripravili tudi primer implementacije NaVTeZ na primeru ortopedije kot možnega prvega področja, ki smo ga prepoznali za primernega.

”

“

# 1 Uvod

Na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava je obravnava, ki ob danih stroških zdravstvene obravnave v največji možni meri izboljša tiste izide zdravstvene obravnave, ki so pomembni za pacienta. Na podlagi izmerjenih izidov in primerjav izidov zdravstvene obravnave med pacienti, zdravstvenimi timi, izvajalci ali državami lahko najdemo primere dobrih praks, jih prenašamo na druge lokacije ter tako dvignemo kakovost in varnost oskrbe v smislu optimizacije zdravstvene obravnave za pacienta.

Avtorji, ki smo se septembra 2021 na pobudo in pod okriljem HealthDay.si zbrali, da proučimo možnosti uvedbe na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji, verjamemo, da koncept NaVTeZ služi pacientu, ga postavi v središče obravnave in optimizaciji zdravstvene obravnave podredi vse ostale cilje in želje deležnikov v zdravstvenem sistemu. Prek razkritja omejitev prav tako verjamemo, da je le-te mogoče rešiti z razvojem in prilagoditvijo informacijske podpore, z dodatnim izobraževanjem ter finančnim in nefinančnim motiviranjem zaposlenih in največjim izzivom, to je spremembo miselnosti.

NaVTeZ namreč zahteva delovanje na osnovi podatkov, pri tem pa mora pravilno nasloviti transparentnost na eni strani in varnost podatkov na drugi. Glavni namen NaVTeZ je dvig splošne vrednosti, s tem pa kakovosti in varnosti ter tudi izidov v zdravstveni obravnavi. Vse izvajalce spodbuja k deljenju podatkov v varnem okolju, boljše nagradi, slabših pa ne kaznuje, temveč spodbudi k izboljšavam. Še tako dobra informacijska podpora in visoke finančne nagrade ne morejo nadomestiti zaupanja vseh vključenih deležnikov, da bodo podatki in ustrezno pripravljene analize uporabljeni edino in samo v namen izboljšanja zdravstvene obravnave pacientov.

V dokumentu smo večkrat poudarili, da koncept NaVTeZ ni primeren za vsa področja in celotni sistem; njegovo uvajanje mora biti postopno in samo na področjih, na katerih ima koncept lahko pozitiven doprinos. Za izbrana področja zajema celotni proces zdravstvene obravnave in dolgotrajne oskrbe. Kriteriji za izbiro področij oz. obolenj so, na podlagi tujih izkušenj, jasni. Naši predlogi za uvajanje koncepta sledijo izkušnjam in praksam v tujini, a z upoštevanjem posebnosti slovenskega zdravstva, pogojev delovanja in kulture, vedenja in navad. Velikokrat uvajanje koncepta v tujini ni bilo uspešno ali ni prineslo dobrih izidov – na teh primerih se lahko naučimo največ. Podobno v Sloveniji pri uvedbi bolj stremimo k postopni, a odločni uvedbi, z učenjem na osnovi napak, ki so del vsakega procesa izboljševanja.

Ob koncu je treba poudariti, da koncept NaVTeZ ni vsemogočen koncept, ki bi reševal vse težave v zdravstvu – medtem ko lahko prispeva k učinkovitejši obravnavi, višji kakovosti in posledično nižjim stroškom, ne more rešiti težav, kot je naraščajoče povpraševanje zaradi staranja prebivalstva in tehnološkega napredka na področju zdravstva. Koncept prav tako zahteva določeno raven klinične in finančne kulture slovenskih deležnikov v sistemu zdravstva, ki morajo poskrbeti za etičnost pri njegovi vpeljavi. Kot vsak koncept, lahko ob manipuliranju in neetičnem ravnanju namreč tudi koncept NaVTeZ pokaže svojo slabo stran in vodi do nižanja stroškov v škodo kakovosti. V Sloveniji, kjer sta osnovni vrednoti zdravstvenega sistema solidarnost in univerzalnost, se primarni fokus koncepta nanaša na izide zdravstvene obravnave ob pravilno in smiselno merjenih stroških potrebne zdravstvene obravnave in ne obratno.

ključna je postopna izgradnja zaupanja med timi iz različnih okolij, glavni namen zbiranja podatkov je možnost za izboljšave vsakega zdravstvenega tima



postavitel pacienta  
v središče zdravstvenega sistema

Priloga 1  
Ključne kompetence zdravstvenih strokovnjakov

# 2

## Pred vpeljavo NaVTeZ v Sloveniji

*Valentina Prevolnik Rupel, Petra Došenović Bonča, Dorjan Marušič*

Po letu 1980 se je v zdravstvenih sistemih razvitih držav stremelo k zagotavljanju vzdržnosti državne blaginje in k potrebi po proračunski stabilnosti ter strogemu nadzoru porabe. Klasična javna administracija s togim, doslednim in vestnim izpolnjevanjem predpisov ni mogla zadostiti pričakovanjem po uspešnem in učinkovitem delovanju. Tudi sistem zdravstvenega varstva je bil deležen številnih kritik zaradi neučinkovitosti in neracionalnosti. Naraščajoče zahteve po povečevanju produktivnosti, učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z javnimi, kolektivno zbranimi viri so povzročile, da se je tudi v zdravstvenih sistemih začel uveljavljati prožnejši in ustvarjalnejši javni management. Morda je tudi to vplivalo, da so se države umaknile iz neposrednega vodenja zdravstvenih institucij, zadržale pa so vlogo koordiniranja in usmerjanja sistema zdravstvenega varstva (Oxfam, 2016).

V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja so se zdravstvene reforme usmerjale v izboljšanje upravljanja in učinkovitosti zdravstvenih izvajalcev (Jönsson, 1996; Dunning, 1996). Povečala se je potreba po izboljšanju dostopnosti – skrajševanju dolgih čakalnih dob, povečevanju pacientove izbire ter nadgradnji infrastrukture. Poskusili so tudi z uvedbo tržnih mehanizmov, kot si na primer selektivno sklepanje pogodb, zunanje izvajanje, spreminjanje metod razdeljevanja sredstev. Vse to je pripomoglo k rasti celotnih izdatkov za zdravstvo. Države, ki so se usmerjale k regulaciji sistema, so poskušale odpreti svoje sisteme za konkurenco. Pri tem je bilo treba sproti meriti vložke in izide sistema, jih vrednotiti z vidika učinkovitosti, uspešnosti, kakovosti in varnosti ter strukturo in procese ustrezno prilagajati glede na izide (OECD, 1990). Prehod od vložkov k izidom zdravstvenih obravnav predstavlja prehod k spremljanju izidov zdravstvene obravnave kot osnove spremljanja učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenega sistema. Prav iskanje in vzpostavlanje razmerja med učinkovitostjo in produktivnostjo ter kakovostjo in varnostjo je predstavljal pomemben del reformnih procesov v zdravstvenih sistemih razvitih držav. Večja vloga prebivalcev in postavitev pacienta v središče zdravstvenega sistema sta vzpostavili potrebo po kazalnikih uspešnosti, ki vključujejo tudi subjektivno oceno kakovosti življenja posameznika (Marušič, 2016).

Plačilni modeli,  
ki ne upoštevajo  
izidov  
zdravljenja,  
niso vzdržni.

### 2.1. Izzivi pri uvedbi NaVTeZ v Sloveniji

Z zakonodajo leta 1992 je bil v Sloveniji izveden prenos določenih državnih nalog na javnega plačnika, izvajalce, interesna zastopstva pacientov in javno politiko, promoviran je bil partnerski sistem dogovarjanja ob državnem usklajevanju interesov in določanju skupnih nalog. Analiza Svetovne zdravstvene organizacije je izpostavila odsotnost večletnega načrtovanja in preveliko vlogo pri načrtovanju zdravstvene obravnave s strani države, slabost nakupovalne vloge ZZZS, nepreglednosti procesov za izvajalce in nezadovoljivo vključenost predstavnikov pacientov, kar je vse vodilo le do osredotočenja na financiranje, namesto na zagotavljanje kakovosti prek promocije kazalnikov kakovosti, kliničnih poti in kliničnih smernic (Ministrstvo za zdravje RS, 2015).

Dolgoletna in vztrajna prioriteta usmeritev na vložke in odložena zamenjava javnega administriranja z novim javnim managementom je zavrta ali preprečila usmeritev na zdravstvene procese in izide, avtonomijo izvajalcev in postavljanje pacienta v središče zdravstvenega sistema, izidi zdravstvene obravnave pa se praktično ne spremljajo. Vse nadgradnje sistema financiranja v tem tisočletju so bile večinoma usmerjene na procese (klinične poti in smernice), pravičnost financiranja (novi modeli plačevanja na primarni ravni, skupine primerljivih primerov) in neustrezno upravljanje sistema dostopnosti, ki je povzročilo rast čakajočih prek vseh razumnih meja (Prevolnik Rupel, Marušič in Kuhar, 2022). Večina plačilnih modelov ni bila nikoli evalvirana in predvsem niso tekoče redno posodobljeni na način, da bi odrazili bodisi način obravnave pacientov v Sloveniji bodisi velike spremembe v načinih obravnave skozi čas. Tako danes plačilni modeli temeljijo na nerealno opredeljenih količnikih na primarni ravni, točkah v specialistični ambulantni ravni, obteženih primerih v akutni obravnavi, dneh zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih in bolnišničnih dnevih v ne-akutni obravnavi. Predvsem pa plačilo izvajalcev na podlagi plačilnih modelov še vedno temelji na opravljenih storitvah oz. programih, ne upošteva pa doseženih zdravstvenih izidov opravljenega dela.

## 2.2. Anketa o poznavanju koncepta NaVTeZ

V okviru priprave usmeritev za vpeljavo smernic NaVTeZ v Sloveniji, ki izpostavljajo ravno pomen spremljanja doseženih zdravstvenih izidov, smo člani ekspertne skupine pripravili tudi spletno anketo, katere namen je bil ugotoviti poznavanje koncepta NaVTeZ med različnimi deležniki, prav tako pa preveriti njihov odnos do NaVTeZ. Zanimalo nas je predvsem, katere prednosti in pomanjkljivosti deležniki vidijo v konceptu in katere omejitve vidijo kot tiste najpomembnejše, ki jih je treba premagati pri uvajanju NaVTeZ.

Vsebinska vprašanja v anketi sva pripravili dve članici skupine (Došenović Bonča in Prevolnik Rupel), vsi ostali člani ekspertne skupine ter spremljevalne skupine (opazovalci) pa so vprašanja prejeli v komentar in popravke. Anketo smo prek HealthDay.si pripravili v spletni obliki in jo objavili na portalu Ika. HealthDay.si je povezavo do ankete poslal vsem deležnikom, ki smo jih v skupini določili kot ključne, nadaljnjih omejitev glede delitve ankete pa ni bilo. Kot ključne deležnike smo opredelili Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniško zbornico Slovenije, Zdravstveni svet, Javno agencijo za zdravila in medicinske pripomočke, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, izvajalce zdravstvene dejavnosti, predstavnike zavarovancev v svetih zavodov izvajalcev zdravstvene dejavnosti, predstavnike društev pacientov, zasebne zdravstvene zavarovalnice, farmacevtske družbe, dobavitelje medicinskih pripomočkov, strokovna združenja s področja zdravstva in pedagoške raziskovalne organizacije. Anketa je bila odprta med februarjem in aprilom 2022, rešilo pa jo je 206 oseb. Veljavnih in popolnih odgovorov je bilo 110, 65 % anketiranih je bilo ženskega spola.

Med 206 anketiranimi je bilo 14 % takih, ki menijo, da koncept NaVTeZ že zelo dobro poznajo, skoraj polovica (47 %) anketiranih pa za koncept NaVTeZ še ni slišala. 81 % (167) vseh anketiranih meni, da koncept v sistem zdravstva prinaša številne prednosti, preostali pa menijo, da prednosti v primerjavi s sedanjim sistemom niso bistvene. Največ anketirancev meni, da je prednost v tem, da novi pristop v središče zdravstvene obravnave postavlja pacienta (145 anketiranih), veliko anketirancev pa vidi prednost tudi v novem sistemu plačevanja izvajalcev v skladu z doseženimi izidi (71 %), sodelovanju izvajalcev in izmenjavi dobrih praks (68 %), integrirani oskrbi

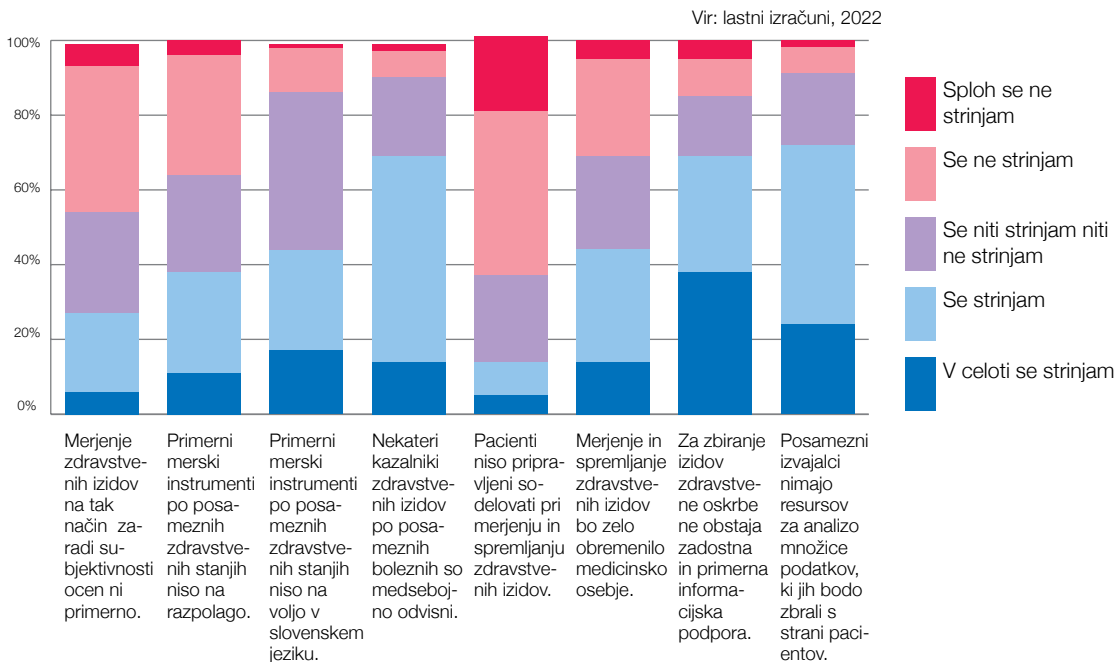
81 % vseh anketiranih meni, da koncept v sistem zdravstva prinaša številne prednosti.

(65 %) in preglednosti zdravstvenih izidov za pacienta (63 %).

Kar 72 % vprašanih meni, da je NaVTeZ koncept, ki se mu v Sloveniji ne bomo mogli izogniti. Še več, kar 82 % vprašanih meni, da je koncept za Slovenijo izjemno dobrodošel, saj pacientu zagotavlja boljše zdravstveno obravnavo. 54 % vprašanih se strinja, da NaVTeZ vodi do prihrankov v zdravstveni obravnavi, nizek delež anketirancev pa meni, da NaVTeZ ni primeren za Slovenijo. 7 % jih meni, da koncept ni primeren, ker uvaja konkurenčnost med izvajalci in povečuje soodvisnost izvajalcev, 16 % pa trdi, da ni primeren zato, ker že zdaj nimamo zadostnih zmogljivosti. 10 % vprašanih je odgovorilo, da gre za modno muho, ki bo kmalu utonila v zaton.

NaVTeZ predvideva merjenje zdravstvenih izidov za paciente z določeno skupino diagnoz (tako objektivnih kot subjektivno zaznanih) v določenih časovnih točkah, npr. pred posegom in po njem ali v smiselnih daljših časovnih razmikih pri kroničnih boleznih. Na osnovi meritev se spremljajo spremembe v zdravju pacientov in določa vrednost, ki jo zdravstvena obravnava ustvari za pacienta. Merjenje zdravstvenih izidov je tako osnovna izhodiščna točka, na kateri se gradijo analize, primerjave in sprejemajo nadaljnje odločitve o zdravstveni obravnavi.

**Slika 1: Mnenje anketiranih o merjenju zdravstvenih izidov za paciente z določeno skupino diagnoz s ciljem zagotavljanja vrednosti zdravstvene obravnave za paciente**



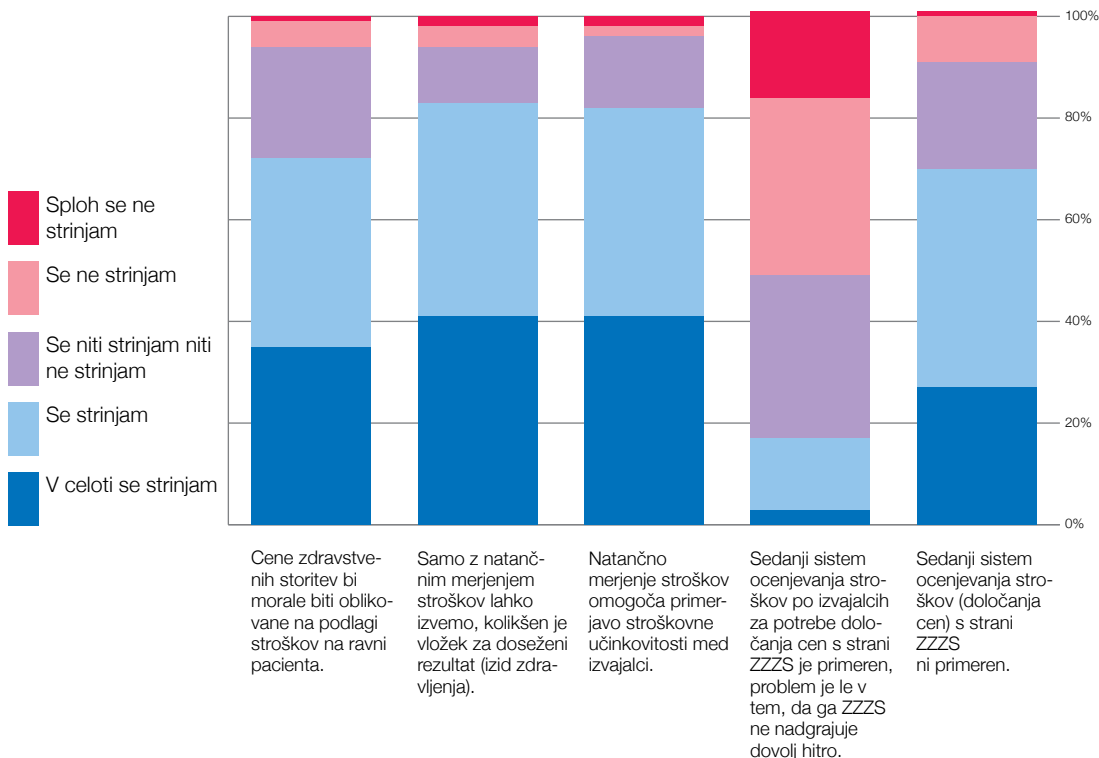
Kot kaže Slika 1, se manj kot 30 % anketirancev strinja, da subjektivno merjenje zdravstvenih izidov, torej poročanje zdravstvenih izidov s strani pacientov, ni primerno. Več, in sicer skoraj 40 % anketirancev vidi omejitve merjenja v tem, da primerni instrumenti za merjenje zdravstvenih izidov niso na voljo, še več se jih strinja, da ti instrumenti niso na voljo v slovenskem jeziku. 44 % anketiranih meni, da bo merjenje zdravstvenih izidov zelo obremenilo zdravstveno osebje. 70 % anketirancev se strinja, da so instrumenti medsebojno odvisni (npr. intenzivnejša zdravstvena obravnava lahko omogoči hitrejšo izboljšanje zdravstvenega stanja, a okrepi neželene stranske

Novi koncept  
zahteva  
usklajen  
pristop vseh  
deležnikov,  
ne gre le  
za meritev  
vrednosti.

učinke), kar spodbuja razvoj in uvajanje novosti v načinu zdravstvene obravnave s ciljem zmanjšanja takšnih nasprotujočih si učinkov. Prav tako se približno 70 % anketirancev strinja, da za zbiranje podatkov o izidih zdravstvene obravnave pri izvajalcih obstaja primerna in zadostna informacijska podpora, da pa izvajalci nimajo resursov za analizo zbranih podatkov s strani pacientov. Večina anketiranih (70 %) razume, da pri konceptu NaVTeZ zdravstvene izide merimo s kombinacijo splošnih kliničnih kazalnikov, bolezensko specifičnih kliničnih kazalnikov, procesnih kazalnikov, kazalnikov zadovoljstva, kazalnikov izidov, ki so pomembni za pacienta, ter kazalnikov trajnosti doseženih zdravstvenih izidov. Med vsemi se zdijo najpomembnejši kazalniki izidov, ki so pomembni za pacienta in ki bi jih uporabilo 45 % anketiranih, najmanj pomembni pa bolezensko specifični klinični kazalniki (npr. raven holesterola v krvi).

Poleg merjenja izidov zdravstvene obravnave je pri konceptu NaVTeZ za doseganje vrednosti pomembno tudi merjenje stroškov zdravstvene obravnave. Kot kaže Slika 2, se več kot 70 % anketiranih strinja, da je sedanji sistem ocenjevanja stroškov po izvajalcih za potrebe določanja cen s strani ZZSZ neprimeren. 18 % anketiranih se strinja, da je sistem primeren, pri čemer pa problem vidijo v tem, da ga ZZSZ prepočasi nadgrajuje. Več kot 70 % anketiranih meni, da bi morale biti cene zdravstvene obravnave oblikovane na podlagi stroškov na ravni pacienta – le natančno merjenje namreč omogoča primerjavo stroškov in učinkov ter s tem tudi primerjavo med izvajalci.

**Slika 2: Mnenje anketiranih o sedanjem sistemu oblikovanja cen zdravstvenih storitev in o potrebnih spremembah**

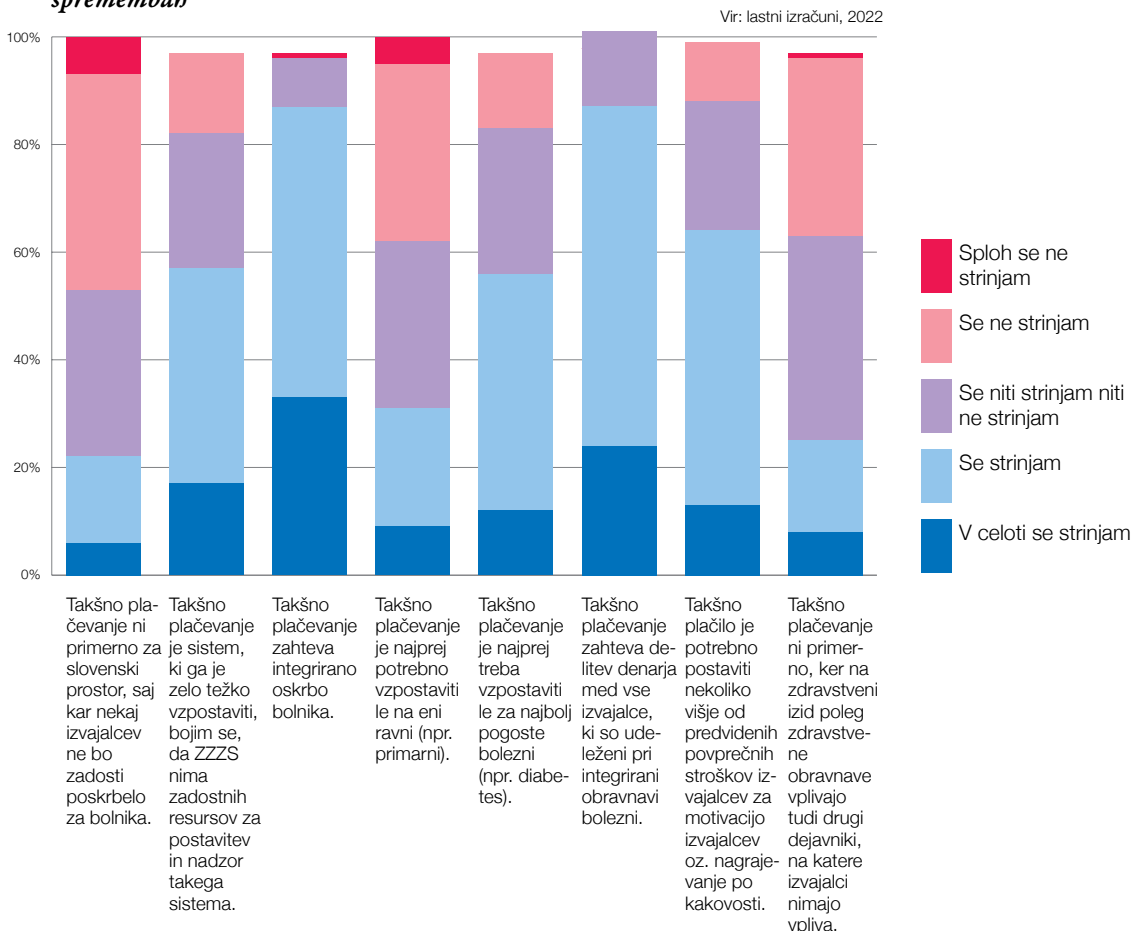


NaVTeZ predvideva plačevanje zdravstvene obravnave z upoštevanjem izidov za posamezne bolezni, npr. za operacijo katarakte, zdravljenje arterijske hipertenzije, diabetesa itd. Kot kaže Slika 3, skoraj četrtina anketirancev (22 %) meni, da tak način



plačevanja ni primeren, saj jih skrbi, da izvajalci ne bodo zadosti poskrbeli za pacienta oz. da na pacientovo zdravje vplivajo tudi drugi dejavniki, na katere izvajalci nimajo vpliva. Nekoliko več kot polovica anketirancev meni, da je tak sistem plačevanja zelo težko vzpostaviti in da ga je najprej treba vzpostaviti za najpogostejše bolezni (npr. diabetes). V skladu s tem se večina strinja, da se uvedba plačevanja po izidih začne vzpostavljati po boleznih in ne po ravneh (npr. primarna raven, sekundarna raven, specialistična dejavnost). Cilj je namreč doseči integrirano obravnavo pacienta, ki je predpogoj uvedbe NaVTeZ in z njim skladnega plačevanja zdravstvene obravnave po izidih (87 % anketiranih). 64 % anketiranih meni, da je plačilo po izidih treba postaviti nekoliko višje od predvidenih povprečnih stroškov izvajalcev, da dosežemo njihovo večjo motivacijo za prehod na novi sistem. Predpogoj za uvedbo plačevanja v skladu z doseženo vrednostjo za pacienta je integrirana obravnava. Plačevanja po izidih ne moremo začeti na eni sami ravni, temveč moramo razmišljati o pacientu, njegovi bolezni in zdravstveni obravnavi. Zato je smiselno začeti postavljati kazalnike za tiste bolezni, ki so najpogostejše.

**Slika 3: Mnenje anketiranih o sedanjem sistemu plačevanja zdravstvenih storitev oz. o metodah alokacije sredstev med izvajalce in o potrebnih spremembah**

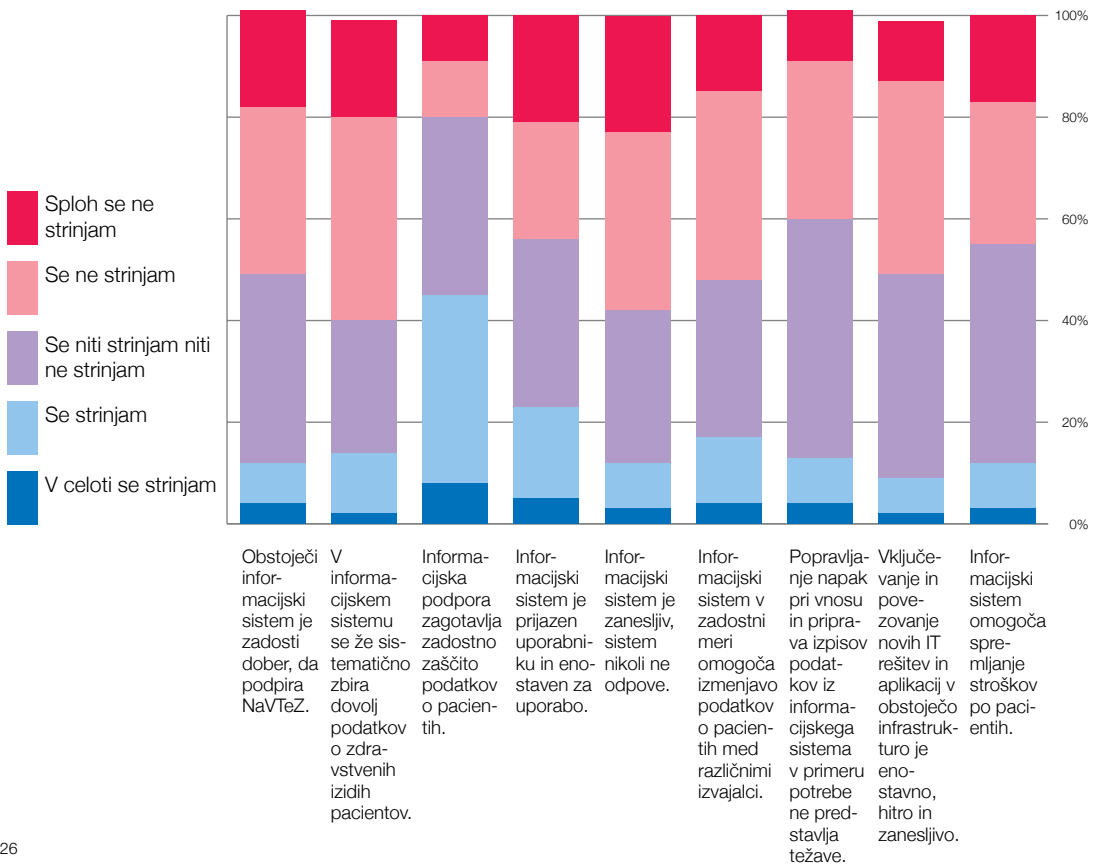


Koncept NaVTeZ zahteva zbiranje velike količine informacij o vsakem posameznem pacientu, saj se informacije o njegovem zdravstvenem stanju zbirajo v več časovnih

točkah in z več vprašalniki, prav tako pa so te informacije povezane z osnovnimi demografskimi, socialnimi in kliničnimi podatki iz administrativnih baz in pacientove medicinske dokumentacije. V Sloveniji smo v okviru projekta e-zdravje zgradili osnovno hrbtenico, ki že vsebuje določene informacije o pacientu. V okviru ankete nas je zanimalo, kaj anketiranci menijo o ustreznosti postavljene informacijske strukture in kaj bi bilo treba storiti.

Glede na izide, ki jih prikazuje Slika 4, je mnenje anketiranih o obstoječem informacijskem sistemu (IS) slabo. 12 % vprašanih meni, da lahko sedanji IS podpira uvedbo NaVTeZ. Prav toliko jih tudi meni, da je IS zanesljiv. Nekoliko boljše mnenje imajo vprašani o enostavnosti sistema in prijaznosti sistema do uporabnika, skoraj polovica (45 %) pa jih meni, da IS omogoča zadostno zaščito in varovanje podatkov o pacientih. Iz odgovorov izhaja, da kljub ne popolnoma negativnemu mnenju do obstoječe osnovne informacijske hrbtenice anketiranci menijo, da IS ne omogoča uvedbe NaVTeZ. Nadgradnja IS bi bila tako v primeru uvedbe zagotovo potrebna. Treba bi bilo zagotoviti, da bi sistem omogočil spremljanje stroškov po posameznem pacientu, da bi omogočal izmenjavo podatkov o pacientih med posameznimi izvajalci, prav tako pa bi moral biti fleksibilnejši v smislu zagotavljanja možnosti popraviljanja napak pri vnosih, povezovanja in vključevanja novih IT-rešitev v obstoječo strukturo. Potrebna bi bila vzpostavitev dodatnih modulov, ki bi omogočili spremljanje izidov zdravstvene obravnave po posameznih pacientih. Glede na dokaj nizek delež tistih, ki menijo, da je sistem zanesljiv in preprost za uporabo, je zagotovo nadaljnja usmeritev tudi doseganje večje zanesljivosti IS in njegove prijaznosti do uporabnika.

**Slika 4: Mnenje anketiranih o informacijskem sistemu**

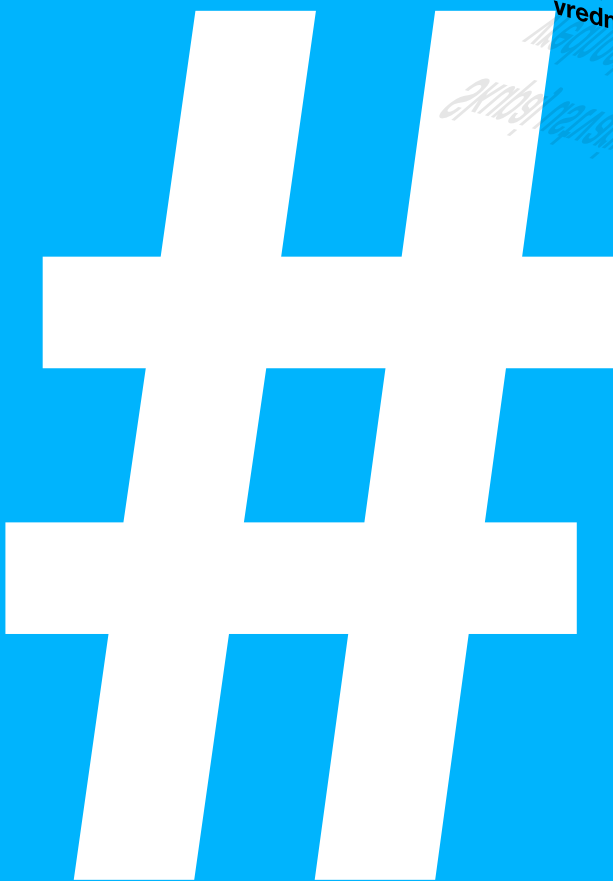


## 2.3. Priprava na uvedbo NaVTeZ v Sloveniji

Konceptu NaVTeZ se v Sloveniji po mnenju velike večine deležnikov ne bomo mogli izogniti. Koncept je dobrodošel, saj prinaša s seboj rešitve za težave, ki pestijo zdravstveni sistem, in omogoča doseganje višje učinkovitosti in uspešnosti zdravstvene obravnave ter s tem večje kakovosti zdravstvene obravnave z omejenimi sredstvi za financiranje zdravstva. Uvedba novega koncepta poleg premika v miselnosti zahteva tudi priprave na številnih področjih, ki so jih deležniki v sedanjem sistemu zaznali kot omejitve ali potencialne prepreke za uvedbo NaVTeZ:

1. zagotovitev primernih merskih instrumentov v slovenskem jeziku za spremljanje zdravstvenih izidov v okviru izbranih zdravstvenih programov;
2. zagotovitev ustrezne strokovne analize zbranih podatkov o izidih, na katerih slonijo nadaljnje primerjave med pacienti, timi, izvajalci, regijami itd.;
3. posodobitev informacijskega sistema v smeri večjih možnosti vključitve novih modulov, spremljanja stroškov po posameznem pacientu, izmenjave podatkov o pacientih med posameznimi izvajalci, večje fleksibilnosti pri zagotavljanju možnosti popraviljanja napak pri vnosih, večje enostavnosti ter zanesljivosti;
4. spremembe sistema financiranja izvajalcev zdravstvene obravnave v skladu z izidi;
5. uvajanje merjenja izidov na najpogostejših boleznih in ne po ravneh zdravstvenega sistema in zagotovitev večjega in transparentnega sodelovanja ter povezanosti med izvajalci, kar omogoča integrirano oskrbo, ki je predpogoj za uvedbo NaVTeZ.

Skupaj ustvarimo višjo  
vrednost za vse



# 3

## Izbira zdravstvenih programov za uvedbo NaVTeZ

*Dorjan Marušič, Valentina Prevolnik Rupel*

O vpeljavi NaVTeZ v Sloveniji govorimo na sistemski ravni predvsem zato, ker imajo bolnišnice in zdravstveni domovi v veliki meri istega lastnika (država, občine) in je smiselno preobrat v organizaciji in merjenju uvesti na nacionalni ravni, z večjim učinkom. To ne pomeni, da je NaVTeZ primeren za vse paciente in vsa zdravstvena stanja. Na osnovi številnih izkušenj iz sveta se lahko učimo in poskušamo postaviti kriterije za izbiro zdravstvenih programov ter jih na drugi strani povežemo s potrebami pacientov v Sloveniji.

### 3.1. Tuji zgledi kažejo na nujnost postopnega uvajanja

Številni primeri iz tujine (Klopp in Rute, 2021) nam povedo, da sta merjenje in nadzor nad izidi zdravstvene obravnave pacientov v praksi zahtevna in izjemno kompleksna. Pri uvedbi merjenja in nadzora zdravstvenega stanja ter stroškov se lahko pojavijo številni problemi, ki vodijo v dolgotrajne priprave, upad motivacije zaposlenih in zunanjih deležnikov in slabe izide. Na primeru Punt von Parkinson, ki je del univerzitetnega kliničnega centra v Groningenu, je vidno, da moramo s pripravami na uvedbo NaVTeZ začeti sistematično in koordinirano. Postavitev celotne ekipe in zagon projekta pred definicijo kazalnikov vodita v dolge znanstvene razgovore in časovne odloge, ki ekipo demotivirajo. Izbira področja, na katerem so mednarodni kazalniki že dobro uveljavljeni, je ravno zato odločilnega pomena. Spet na drugih primerih vidimo, da se meritve na osnovi mednarodnih kazalnikov niso mogle dobro prenesti v prakso – ovire so številne, in sicer od slabih analiz, ki ne pomagajo zdravnikom najti vzroka neučinkovitosti, do dejstva, da je izid zdravstvene obravnave viden zelo dolgoročno, šele čez leta. Čakanje na potrebne izide na eni strani utruja paciente, ki po tako dolgem času ne želijo več podati informacij, po drugi strani pa oteži spremljanje izidov in tako rekoč onemogoči izboljšave v procesu. Povezanost izidov in možnost njihove povezave s procesom v sprejemljivem časovnem okvirju se je tako v primeru Volante, partnerstva štirih organizacij (Dimence Group, Lentis, GGzE in GGZ Noord-HollandNoord), pokazala kot pogubna za uspeh vpeljave NaVTeZ. V številnih primerih sta se tudi integracija obravnave med oddelki in torej sprememba celotne organizacije (Porter in Olmsted Teisberg, 2006) izkazali za dokaj nerealno – v številnih organizacijah, ki so spremembe zastavile tako korenito, se je ideja izkazala za neuresničljivo. Kljub temu pa se je namesto integracije za pozitivno izkazala večja raven koordinacije in sodelovanja med oddelki, tudi prek priprave medoddelčnih kliničnih poti pacientov. Popolnoma pričakovani sta tudi ugotovitvi, da brez informacijske podpore, motivacije za izboljšave (s strani odločevalcev) in uvedbe transparentnosti izidov (tudi če le na interni ravni) uvajanje NaVTeZ ni smiselno. Pomembna izkušnja je tudi nujnost povezave med izvedbo in plačilom:

če izvajalci za primerjavo izidov zdravstvene obravnave niso nagrajeni in spodbujeni s strani plačnika, se morajo seveda ravnati po drugih pravilih, ki jih postavi plačnik, in svojega dela ne morejo opravljati s ciljem doseganja vrednosti. S strani plačnika je zato zelo pomembno, kje in na kakšen način lahko plačevanje po doseženi vrednosti za pacienta najlažje uvede v svoje plačilne mehanizme.

Na osnovi navedenih ugotovitev lahko postavimo kriterije za izbiro zdravstvenih stanj (Klopp in Rute, 2021). Izberimo zdravstvena stanja, pri katerih:

1. je homogenost pacientov dosti velika;
2. je volumen pacientov visok;
3. meritve izidov zdravstvene obravnave lahko uporabimo za analizo, primerjavo in spremembo procesov;
4. imamo instrumente za merjenje zdravstvenih stanj že postavljene, po možnosti pa vsaj delno prevedene in validirane v slovenskem jeziku;
5. lahko izid zdravstvene obravnave izmerimo relativno hitro, npr. vsaj v roku enega leta;
6. je raven inovacij v diagnostiki in terapevtskih postopkih relativno nizka in se posledično klinične poti ne spreminjajo konstantno.

### 3.2. Ogrožena stabilnost slovenskega zdravstvenega sistema

Ob pregledu stanja v Sloveniji in potreb pacientov smo se osredotočili na bolezni z najvišjo obolevnostjo in smrtnostjo ter na potrebe prebivalstva v smislu njihove dostopnosti.

Kljub znatnemu upadu v zadnjih desetletjih predstavljajo srčno-žilne bolezni v Sloveniji tako kot v večini držav sveta še vedno glavni vzrok za smrtnost in obolevnost. V Sloveniji je skoraj polovica (49 %) smrti pri ženskah in tretjina smrti (34 %) pri moških posledica bolezni srca in ožilja. Čeprav se je umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja od leta 2000 zmanjšala, kar je vplivalo na podaljšano pričakovano življenjsko dobo, je še vedno višja od povprečja EU. Ob proučitvi bolj specifičnih vzrokov smrti so možganska kap ter bolezni srca in ožilja leta 2014 še vedno glavni vzroki smrti (OECD, 2017).

Bolečine v hrbtu, depresija in demenca so glavni vzroki slabega zdravja. Tudi kostno-mišične težave (vključno z bolečinami v križu in vratu) in težave z duševnim zdravjem prispevajo k izgubljenim letom življenja zaradi bolezni, invalidnosti ali prezgodnje smrti (DALY) v Sloveniji (IHME, 2016). Glede na sporočene podatke v okviru evropske ankete o zdravju (EHIS) skoraj četrtnina ljudi v Sloveniji trpi zaradi povišanega krvnega tlaka, ena od 11 oseb zaradi depresije, ena od 20 oseb zaradi astme in ena od 14 oseb zaradi sladkorne bolezni.

Določanje obsega osnovne košarice zdravstvenih pravic, dostopne vsem prebivalcem v okviru javnih sredstev, predstavlja največji izziv vseh zdravstvenih sistemov. V zagotavljanju finančne vzdržnosti večina držav uporablja dodatna zavarovanja in vrednotenje zdravstvenih tehnologij, ki je vse bolj uveljavljeno strokovno orodje za umestitev nove metode ali celo prevetritev košarice pravic. Dostopnost prebivalcev do zdravstvenih storitev je omejena ne glede na univerzalnost pravic. Proces nakupovanja in plačevanja storitev ima ključno vlogo pri zagotavljanju dostopnosti in spodbujanju učinkovitosti v sistemu zdravstvenega varstva. Na tem področju v Sloveniji nismo dosegli premikov, vztraja se na vzdrževanju obstoječih zdravstvenih programov, morebitne spremembe se izvedejo le v okviru potencialnega presežka prihodkov v prihodnjem letu, ki se večinoma dodeli brez poglobljenih analiz izidov uveljavljenih programov.

prvi specialnosti  
za uvedbo glede  
na kriterije sta  
kardiologija  
ali ortopedija

Pravih poskusov vzpostavitve učinkovitega in strateškega pristopa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev ni bilo veliko, zagotovo pa ne na podlagi izidov.

Ob nenehni in premočrtni težnji k finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema se zdravstveni sistem vedno bolj odmika od nadgrajevanja in določanja realno dosegljivih zdravstvenih pravic. Znanstveni dosežki in želje prebivalstva so presegli meje realnega zdravstvenega sistema. Končna točka, ko bi se vsa sredstva namenila za zdravstveni sistem, je iluzorna. Zato je nujno treba vgrajevati orodja spremljanja in merjenja izidov zdravstvene obravnave in ne le vložkov. Tako bo možen natančnejši vpogled v učinkovitost, uspešnost, kakovost, varnost in ne nazadnje nujnost izvedene zdravstvene storitve.

V specialistično ambulantno obravnavo, vezjo med primarno ravni in bolnišnično obravnavo, je leta 2020 skoraj polovica čakala na pregled pri dermatologu, ortopedu in kardiologu, skupno dve tretjini nad dopustno čakalno dobo.

### 3.3. Kriteriji za izbor prvih specialnosti za uvedbo NaVTeZ

1. Za promocijo strateškega nakupovanja s promocijo kakovosti in varnosti se je treba usmeriti k izidom zdravstvene obravnave.
2. Izbor storitev naj sloni na kriterijih, ki izhajajo iz dobrih praks v tujini, ter potreb pacientov v Sloveniji. Storitve izbirajmo postopoma, ne začnimo z veliko področji naenkrat.
3. Področji kardiologije in ortopedije izpolnjujeta večino pogojev, pri čemer z manj kot štirimi diagnozami pokrijemo več kot polovico vseh obravnav. Za področje kardiologije so to povišan krvni tlak, atrijska fibrilacija, srčno popuščanje in koronarna bolezen, pri ortopediji pa bolečina v križu, kolku in kolenu.
4. Ob vpeljavi je treba uporabiti prevedene in validirane mednarodne kazalnike ob ustrezni informacijsko-tehnološki podpori ter zagotoviti ustrezne vire za zbiranje, kontrolo, analizo in poročanje izidov.
5. Upoštevanje vseh kriterijev pomeni lažji preboj v zdravstveni sistem, zasnovan na podlagi potreb prebivalcev kot aktivnih udeležencev v procesih zdravstvene obravnave v uspešnem in učinkovitem zdravstvu.

NaVTeZ je ekipna disciplina





# 4 Tim NaVTeZ

Janez Bernik

Kot pri vsaki spremembi lahko tudi pri vpeljavi koncepta NaVTeZ pričakujemo odpor vpletenih. Kritiki in skeptiki navadno odpirajo vprašanja, kot so: Kako naj se pri vsem rednem delu ukvarjamo še z izidi zdravstvene obravnave, ki jih poročajo pacienti (PROM-i)? Ali je res naloga klinikov, da zbiramo podatke kot kakšni birokrati? Kako naj se iz zbranih podatkov kaj naučimo, ko pa vemo, da so nepopolni? Ali je NaVTeZ samo še ena modna muha iz Združenih držav Amerike? Nekatera od teh in podobnih vprašanj so seveda razumljiva in utemeljena, prav tako skrbi, povezane s tem. Kljub temu pa moramo ločiti med realnimi izzivi, ki jih je treba premagati, in izgovori, ki so usmerjeni predvsem v vzdrževanje *statusa quo* (Porter in Teisberg, 2006).

Pri vpeljavi NaVTeZ je pomembno, da se ponudniki zdravstvenih storitev naslonijo na ključne vrednote, ki jih koncept prinaša, to so: vključevanje pacientov, opolnomočenje in odgovornost ekipe, popolna transparentnost izidov in zavezanost k stalnemu napredku. Ti kulturni premiki so ključnega pomena, da zdravstveni timi najdejo ustrezno motivacijo za spremembe pri svojem osnovnem poslanstvu, torej zagotavljanju izidov zdravstvene obravnave, ki so pomembni za paciente. Iz številnih primerov je vidno, da zgolj vizija ni zadosten sprožilec za implementacijo sprememb. Ustrezna mobilizacija internih sil je ključnega pomena za premagovanje odpora proti spremembam (Pottharst, 2018).

Za implementacijo NaVTeZ v smislu organizacije dela je ključnega pomena dobro sodelovanje med zdravstvenim osebjem, osebjem drugih strok in administrativnim osebjem, kar zagotavlja ustrezno kombiniranje zdravstvenih, organizacijskih, ekonomskih, pravnih in drugih veščin ter skupno sprejemanje tveganj, ki so povezana z vpeljavo sprememb.

V Sloveniji priporočamo postopno implementacijo, na posamični indikaciji ali dveh, v okviru izbrane specializacije, vendar hkrati pri vseh izvajalcih, saj projekt potrebuje zadostno informacijsko in analitično podporo ter tudi poenoten pristop, ki povezuje celotno stroko.

Za uspešno implementacijo bi bila potrebna povezanost tako na nacionalni kot tudi lokalni ravni. Na nacionalni ravni bi bilo treba povezati vodstva Uvedbene skupine za NaVTeZ, z vodstvi in strokovnimi vodstvi vseh vpletenih izvajalcev – tako javnih, koncesijskih in zasebnih.

Na lokalni ravni govorimo o sodelovanju timov znotraj bolnišnic ter tudi v specialističnih ambulantah in zdravstvenih domovih.

Posamično vodstvo izvajalca mora delovati povezovalno in poskrbeti za ustrezno komunikacijo med različnimi funkcijami. Vodstvo izvajalca imenuje notranji tim NaVTeZ, ki bo odgovoren za vpeljave sprememb od operacijske dvorane do sejne sobe (Pottharst, 2018).

Naloga direktorjev izvajalcev bo vodjem timov NaVTeZ omogočiti, da lahko razpolagajo s človeškimi viri in opremo, ki bodo podpirali uvedbo sprememb. Smiselno bi bilo, da se finančni viri za zdravstveno obravnavo posamičnih indikacij prenesejo iz obstoječih skupin primerljivih primerov. Pri tem bi bile uvedene stimulacije za višjo kakovost oz. boljše izide zdravstvene obravnave, o čemer se bodo vodstva bolnišnic dogovorila s plačniki.

Priporočljivo je, da ima multidisciplinarni tim NaVTeZ poleg operativnega vodje še t. i. internega sponzorja (npr. generalni direktor) kot tudi strokovnega vodjo (vodja specialnosti). Člani timov NaVTeZ morajo biti ustrezno izobraženi o tematiki NaVTeZ, da lahko kliničnim vodjem pomagajo pri izvajanju vnaprej definiranih pacientovih poti. Izbira članov timov NaVTeZ je ključnega pomena za uspešno izpeljavo zastavljenih sprememb. Velikost in način organiziranosti timov sta lahko zelo fleksibilna in lahko variirata glede na velikost in tip zdravstvenega zavoda. Multidisciplinarnost timov je ključna, saj je razumevanje različnih vidikov delovanja zdravstvenega zavoda nujno za vzpostavitev dobrih odnosov z medicinskim in drugim osebjem ter za pospešitev kulturnih sprememb znotraj bolnišnice. Hkrati pa se moramo zavedati, da so lahko nekateri pogledi in odnosi zelo globoko zakoreninjeni v način dela. Vključitev multidisciplinarnih poklicnih skupin in svež način razmišljanja prineseta dodano vrednost ob vpeljavi sprememb, ki so potrebne za vpeljavo NaVTeZ (Cossio-Gilc, 2021).

Porter in Teisberg (2006) sta kot enega ključnih elementov za vpeljavo NaVTeZ predlagala reorganiziranje bolnišnic in načina dela zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja. Po njunem mnenju je prvo načelo ob definiranju strukture in procesov katere koli organizacije ali podjetja brezkompromisno sledenje pacientovim potrebam. Velika večina zdravstvenih zavodov je trenutno organiziranih na osnovi med seboj bolj ali manj povezanih medicinskih specializacij. Porter in Teisberg (2006) predlagata spremembe v smeri organiziranja okrog zdravstvenega stanja pacientov. Tak način organiziranja bolnišnic imenujeta enote za integrirano obravnavo pacientov. Tovrstni način dela naj bi poleg večje učinkovitosti povečeval tudi neposredno konkurenco med različnimi zdravstvenimi izvajalci, kar pa morda ni najbolj primerno za evropske zdravstvene sisteme. Bistvena korist NaVTeZ v Sloveniji bo vpliv na napredek stroke in izvajalcev v celotni državi hkrati, konkurenčnost bo prišla do izraza mednarodno – postali bomo atraktivnejši za izvoz zdravstvenih storitev in znanja.

Ključni problem organiziranja na osnovi enot za integrirano obravnavo pacientov je opisan v literaturi, ki obravnava vodenje zahtevnih procesov. Visoka standardizacija procesov je primerna za produkcijske procese, ki so definirani z visokimi volumni in nizko variabilnostjo. V zdravstveni obravnavi bi lahko tovrstni način dela na primer preslikali na področje laboratorijskih storitev in operacij kolka ali kolena. Organiziranost na osnovi enot za integrirano obravnavo pacientov pa ni najprimernejša za področja medicine, kjer so potrebe pacienta unikatne in/ali težko predvidljive, kot sta npr. visoko specializirana obravnava in obravnava pacientov z več zdravstvenimi komplikacijami. Dodatno kompleksnost prinaša vpeljevanje pristopov personalizirane zdravstvene obravnave. V teh primerih morajo biti procesi dovolj prožni, da lahko zadostijo vsem potrebam posameznega pacienta (Slack, 2013; Krohwinkel, 2021).

Popolna implementacija organiziranja bolnišnic na osnovi enot za integrirano obravnavo pacientov lahko zato postane zelo draga in časovno potratna, saj zahteva obsežne organizacijske in kulturne spremembe. Zato se je treba zavedati, da ni vedno primerna. European University Hospital Alliance (EUHA) predlaga, da bolnišnice, za katere je to smiselno, začnejo s transformacijo v smeri zagotavljanja neprekinjene obravnave na osnovi kliničnih indikacij, in sicer predvsem v smislu skupnih obiskov in sodelovanja vsega v zdravstveno obravnavo vključenega zdravstvenega osebja. EUHA realno možnost za implementacijo integrirane obravnave vidi predvsem v definiranju in optimizaciji kliničnih poti za posamezno indikacijo na osnovi že definiranih logičnih modelov (npr. z uporabo kod SNOMED, MKB-10, MKB-11, LOINC, SPP ali drugih parametrov združevanja) (Cossio-Gilc, 2021).

Uvedba v eni specializaciji, a pri vseh izvajalcih hkrati, možnost primerjav med zdravstvenimi timi je bistvo napredka

## 4.1. Parcialni poskusi uvajanja

V Sloveniji so bili dosedanja poskusi sledenja vrednostim in stroškom zdravstvene obravnave pacientov vpeljani *ad hoc* oz. na projektni osnovi. Sistemskega pristopa k obravnavi pacientov z določenim stanjem z upoštevanjem koncepta NaVTeZ v celoti ni, projektni pristopi se namreč večinoma ustavijo pri izmerjeni vrednosti za paciente, kar pa ni nadgrajeno s primerjavo s stroški oz. z ukrepi, ki bi pripeljali do identifikacije neoptimalnosti v procesu in predlaganih sprememb. Ker pristop ni vseobsegajoč, temveč je izrazito parcialen, tudi ne vodi do organizacijskih sprememb ali imenovanja odgovorne osebe/multidisciplinarnega tima NaVTeZ, ki bi ustrezno in na vseh področjih pristopil k drugačni obravnavi pacientov.

## 4.2. Uspešni timi v tujini

Santeon je mreža sedmih vodilnih bolnišnic na Nizozemskem, ki je koncepte NaVTeZ začela uvajati v začetku leta 2016 na področju raka dojke. Implementacije načel NaVTeZ so se lotili v treh fazah. V prvi fazi so imenovali multidisciplinarni tim NaVTeZ. Sestavljal ga je ožji tim treh strokovnjakov: strokovni vodja (kirurg), projektni vodja in oseba, zadolžena za analizo podatkov. V razširjenem timu so sodelovali še predstavniki vseh ostalih zdravstvenih delavcev, ki so vključeni v obravnavo pacientov z rakom dojke (medicinske sestre, asistenti, onkologi, patologi, plastični kirurgi, farmacevti, radiologi, radioterapevti). V timu sta aktivno sodelovala tudi dva predstavnika pacientov. V začetni fazi implementacije so oblikovali preglednico 20 ključnih kazalnikov, prek katerih so spremljali izide zdravstvene obravnave, stroške obravnave in v manjši meri procese. Pri izidih zdravstvene obravnave so se opirali na že definirane in standardizirane kazalnike ICHOM. Pri določitvi vseh kazalnikov so ključno vlogo igrali pacienti in potrebe, ki so zanje najpomembnejše.

V drugi fazi so poskrbeli za organizacijo in analizo zbiranja podatkov, vezanih na izbrane kazalnike, in identifikacijo področij za izboljšave ter implementacijo sprememb, ki so naslavljale ugotovljene težave. V tej fazi je ključnega pomena varno učno okolje, zato so bili podatki iz druge faze deljeni le znotraj tima NaVTeZ ene bolnišnice. Varno delovno okolje, v katerem so vsi vpleteni iskali rešitve za izboljšave na osnovi zbranih podatkov brez obsodb ali občutka krivde, je osnovni pogoj za učinkovito in hitro vpeljevanje sprememb (The Boston Consulting Group, 2018).

Po treh šestmesečnih ciklih so v tretji fazi svoja spoznanja in izide odprto delili tudi z drugimi bolnišnicami. S tem so želeli tudi druge bolnišnice spodbuditi k vpeljavi enakih ključnih kazalnikov in na tak način zagotoviti učinkovitejše zbiranje podatkov na večjem vzorcu ter omogočiti neposredno primerjavo bolnišnic. Kot naslednji logični korak je skupina Santeon začela pogovore tudi z zdravstvenimi zavarovalnicami v zvezi z načinom financiranja na osnovi vrednosti.

Univerzitetna bolnišnica Vall d'Hebron v Barceloni je prav tako dober primer mobilizacije notranjih sil v sklopu preobrazbe NaVTeZ. Direktor bolnišnice je imenoval multidisciplinarni tim NaVTeZ, ki so ga sestavljali predstavniki tako zdravstvenega osebja (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti, tehniki zdravstvene nege) kot tudi drugega strokovnega in administrativnega osebja (administratorji, ekonomisti, pravniki), in je v začetni fazi vodil in koordiniral serijo delavnic, na katerih so skupaj z ostalim zdravstvenim osebjem popisali interne procese. Na delavnicah, na katere so bili povabljeni zdravniki, medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, so za vsako posamezno opravilo med celotno klinično potjo določili, kakšno vrednost

prinaša za pacienta. Izidi analize so pokazali, da ima kar 55 % nalog, ki jih opravljajo, nizko vrednost za pacienta. Vizualizacija in kvantifikacija obstoječih organizacijskih neučinkovitosti v varnem in zaupnem okolju sta bili odlično izhodišče, ki je opogumilo in opolnomočilo zdravstvene delavce, da so pristopili k spremembam ustaljenih načinov dela. V enem od naslednjih korakov so v bolnišnici Vall d'Hebron zdravniki, medicinske sestre in asistenti za en delovni dan zamenjali svoje vloge z namenom boljšega razumevanja delovnih nalog in identifikacije šibkih točk v delovnih procesih. Izkazalo se je na primer, da v nekaterih primerih medicinske sestre dnevno prehodijo več kot 10 kilometrov po hodnikih bolnišnice, in to zaradi neoptimalno organiziranega delovnega procesa.

Kolektivno zavedanje o neučinkovitosti internih procesov je spodbudilo željo za vpeljavo sprememb. Delavnice, ki jih je organiziral multidisciplinarni tim NaVTeZ, so okrepile empatijo, komunikacijo, timski duh in spoštovanje med različnimi zdravstvenimi delavci v bolnišnici. Delavnice so zdravstveno osebje spodbudile, da so v sodelovanju s predstavniki pacientov oblikovali smiselne predloge za spremembe internih procesov. Po besedah vodje multidisciplinarnega tima NaVTeZ je sposobnost motivacije internih sil v zdravstvenih zavodih odločilnega pomena za uspešnost implementacije NaVTeZ (EIT Health, 2020).

Pri implementaciji novega organizacijskega modela, ki temelji na zagotavljanju vrednosti za paciente, bodo zdravstveni delavci morali sprejeti odgovornost za izide zdravstvene obravnave in tudi s tem povezane stroške. Izkušnje kažejo, da to pogosto – ko je ta premik enkrat dosežen – vodi do dramatičnega povečanja vpliva zdravstvenega osebja na delovanje institucije in načrtovanje sprememb ter do višje stopnje avtonomije zdravstvenih delavcev in zadovoljstva pri delu. Preusmeritev pozornosti vodstev bolnišnic od sledenja skladnosti z načrtovanimi proračuni na zagotavljanje zdravstvene obravnave, ki prinaša visoko vrednost za paciente, pozitivno vpliva tudi na delovanje zdravstvenih timov, povečuje sodelovanje znotraj bolnišnice in spodbuja inovativnost. Zdravstvenim strokovnjakom daje tudi več moči, da na smiseln način prispevajo k izboljšanju organizacijske učinkovitosti bolnišnic. Tudi v prihodnje pa bo treba pozornost nameniti ustreznemu in zadostnemu zaposlovanju zdravstvenega osebja in razvoju strokovnega znanja ter poskrbeti za ustrezno financiranje (World Economic Forum, 2018).

empatija,  
komunikacija,  
timski duh,  
spoštovanje

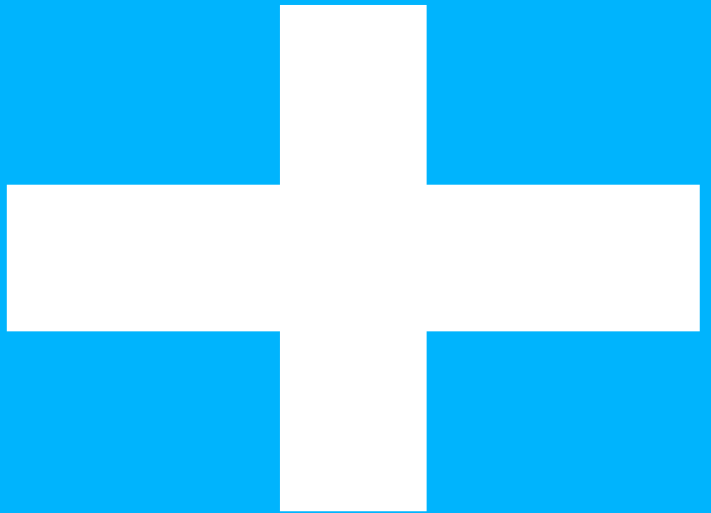
### 4.3. Ukrepi za vzpostavitev timov NaVTeZ

Ključna priporočila za vpeljavo koncepta NaVTeZ na tem področju so:

1. Poskrbeti je treba za širše razumevanje pomena zagotavljanja zdravstvene obravnave, ki temelji na vrednosti za paciente. Uvesti je treba izobraževanje o NaVTeZ – najprej za ožje skupine (izbrani predstojniki, direktorji in bodoči vodje timov NaVTeZ), nato postopoma za širše ekipe (interno pri izvajalcih).
2. Treba je doseči dolgoročno zavezanost k implementaciji sprememb. Nujno je sprejetje skupnih dokumentov MZ, NIJZ, ZZZS in nove Uvedbene skupine za NaVTeZ.
3. V načrtovanje sprememb je treba vključiti predstavnike pacientov, zdravnikov in medicinskih sester. Postopoma je treba dodajati druge deležnike, kot so npr. fizioterapevti, laboratorijski tehniki, nabavne službe, JAZMP, strokovna združenja in nazadnje tudi javnost.
4. Začeti je treba projektno pri eni ali dveh diagnozah, a hkrati pri vseh izvajalcih ter nato širiti dobre izkušnje in znanje, pridobljeno

iz napak pri uvajanju. Napake se bodo pojavile, a bo odzivanje nanje generiralo praktična znanja, ki jih ni mogoče črpati iz teorije. Biti moramo pragmatični, hitri, odzivni, toda tudi vztrajati, saj je vpeljava NaVTeZ tek na dolge proge.

5. Ustvariti je treba varno učno okolje, ki temelji na transparentnosti in spodbuja vpeljavo sprememb. Napake so del procesa, ki vodi k večjemu znanju, niso krivdne z izjemo namernih, cilji pa so boljša zdravstvena obravnava, manj obremenjen zdravstveni sistem in napredek za vse.
6. Vodenje vpeljave sprememb znotraj bolnišnice naj prevzame najbolj sposobno osebje, ne glede na položaj ali stroko. Drugi sodelujoči, tudi vodstvo, naj poskrbijo za ustrezno podporo in pomoč pri odpravi težav, ki stojijo na poti implementacije sprememb, npr. zagotovitev potrebne informacijske podpore, analiza podatkov. Uvedbena skupina za NaVTeZ na nacionalni ravni bo pri tem lokalnim ekipam v veliko pomoč.
7. Poskrbeti je treba za vpeljavo sprememb in optimizacijo zdravstvene obravnave v svojem lokalnem okolju, pri čemer ni dobro zanemariti že preizkušenih dobrih praks drugje.



**NavTeZ je priložnost za postopno, a celovito  
spremembo zdravstvenega sistema, od  
specializacije do specializacije**

*abecisusocile po abecisusocile  
abecisusocile po abecisusocile  
abecisusocile po abecisusocile  
abecisusocile po abecisusocile*

# 5

## Merjenje vrednosti zdravstvene obravnave

*Valentina Prevolnik Rupel in Petra Došenović Bonča*

Morda najpomembnejši korak v na vrednosti temelječi zdravstveni obravnavi je merjenje vrednosti, torej merjenje izidov in stroškov. Brez natančnega merjenja izidov ne moremo oceniti niti zdravstvenega stanja niti sprememb in učinkov na zdravje posameznikov, za katere upamo, da jih izboljšana obravnava prinaša. Sistematično merjenje izidov je osnova vsake spremembe, vsake investicije ne glede na raven spremembe in ne glede na državo (World Economic Forum, 2017; Porter in Lee, 2013).

Zdravniki in drugi zdravstveni strokovnjaki, ki se ukvarjajo z zdravstveno obravnavo posameznih zdravstvenih stanj (npr. diabetes), tudi v sedanjem sistemu spremljajo kar nekaj kazalnikov, ki pa so večinoma odraz zahtev, ki jih postavlja bodisi plačnik bodisi regulator. Večina teh kazalnikov se tako ne nanaša na merjenje zdravstvenih izidov, temveč na spremljanje dostopnosti (dnevi čakanja glede na prioriteto), spremljanje procesa (merjenje kakovosti v smislu sledenja kliničnim smernicam in potem), spremljanja izvedenih postopkov in storitev kot podlaga za izvedbo plačila s strani plačnika ter spremljanje zadovoljstva pacientov z izvedeno storitvijo. Vsi omenjeni kazalniki so pomembni in služijo določenemu namenu, pri tem pa moramo vedeti, da merijo učinkovitost procesa oddelka ali bolnišnice oz. subjektivno izkušnjo pacienta, ne pa dejanskih zdravstvenih izidov, ki jih je dosegel pacient z izvedbo določenega posega ali pacient, ki trpi za določeno boleznijo.

V zadnjih dveh desetletjih se vse več institucij odloča za merjenje izidov zdravstvene obravnave za paciente, ki se zdravijo. S tem se razvija tudi vedno več metodologij in pristopov merjenja, npr. vedno več je registrov na področju posameznih bolezni, ki jih ustanavljajo združenja pacientov ali strokovna združenja na področju zdravstvene dejavnosti (Larsson, Lawyer, Garrelick, Lindahl in Lundström, 2013). Istočasno se metodologije in orodja za merjenje izidov razvijajo tudi na mednarodni ravni, zgleda sta ICHOM ([www.ichom.org](http://www.ichom.org)) in OECD, projekt PaRIS ([www.oecd.org/health/paris](http://www.oecd.org/health/paris)).

Prvi korak merjenja izidov je določitev zdravstvenih stanj, za katera bomo sistem merjenja postavili. Dobro definirano zdravstveno stanje omogoči kasnejšo izvedbo merjenja brez zapletov, zato mora vsebovati povezane in sočasne bolezni, možne zaplete ter začetek in konec cikla zdravstvene obravnave. Izid, ki ga merimo, mora biti za pacienta pomemben, zajeti mora kratkoročne in dolgoročne vidike pacientovega stanja ter obdobje, ki je dovolj dolgo, da zajame končni cilj obravnave. Izidi morajo zajeti vse storitve (in njihove izvajalce), ki določajo izide zdravstvene obravnave. Prav tako moramo pri vseh meritvah zagotoviti primerjalnost izidov med pacienti, kar pomeni, da moramo z ustreznimi instrumenti izmeriti tudi začetno stanje in upoštevati kontrolne spremenljivke.

Presojanje vrednosti zdravstvenih obravnav pa zahteva poleg spremljanja doseženih izidov tudi opredelitev s tem povezanih stroškov izvajanja vseh aktivnosti, ki jih morajo izvajalci opraviti z namenom zagotovitve celovite zdravstvene obravnave. Takšna opredelitev stroškov ima dve ključni vlogi (Porter in Lee, 2014; Kaplan et al., 2014). Prva vloga se nanaša na presojo ekonomske upravičenosti izvajanja in inoviranja na področju zdravstvenih obravnav. Uvedba novega ali izboljšanega načina zdravstvene

Multidisciplinarnost NaVTeZ timov se izkazuje tudi pri meritvi stroškov in izidov. Meritve dajejo podatke, ki lahko koristijo vsem.

obravnave je namreč smiselna zgolj, če s tem v primerjavi s *statusom quo* dosežemo večji učinek na enoto vložka. Ker so viri za zdravstvo omejeni, torej ni dovolj, da pričakujemo zgolj izboljšanje učinkov v obliki boljših zdravstvenih izidov. Če je za majhno povečanje učinkov iz naslova uveljavitve določene odločitve treba vložiti nesorazmerno veliko virov, potem je bolj smiselno vire potrošiti za uresničitev drugih alternativ, s katerimi lahko ob enaki ravni stroškov dosežemo boljše izide. Druga vloga natančnega spremljanja stroškov pa je povezana tudi z obračunavanjem opravljenih zdravstvenih storitev plačnikom. Osnova za oblikovanje tako ustrezne tržne cene določene storitve kot administrativno priznane cene posamezne storitve ali svežnja storitev, s katerimi se izvede celovita zdravstvena obravnava pacienta, je namreč pravilen izračun lastnih oz. stroškovnih cen proizvodov ali storitev, kar omogoča uspešno ali vsaj uravnoteženo poslovanje izvajalca.

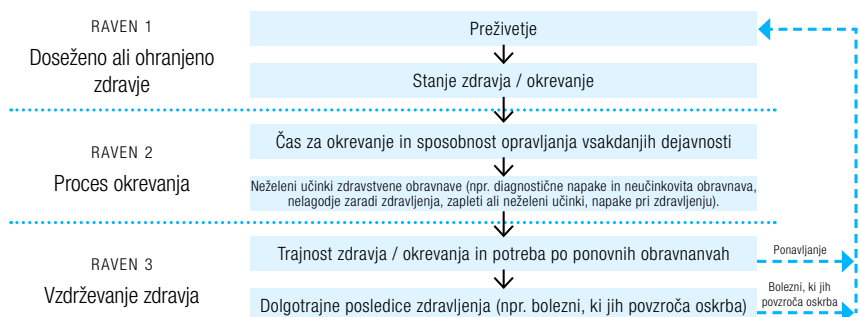
## 5.1. Opredelitev vrednosti

Za merjenje vrednosti je treba opredeliti najprej instrumente za merjenje izidov, izdelati pristop za merjenje stroškov ter pripraviti načrt za analizo izidov in stroškov, ki omogočata prikaz vrednosti zdravstvene obravnave. Brez javnega prikaza izidov in meril uspešnosti vpeljava sistemskih izboljšav v zdravstveni obravnavi ni mogoča. Vse navedene komponente bomo prikazali in opisali v nadaljnjih podpoglavjih.

## 5.2. Instrumenti za merjenje izidov

Vsako zdravstveno stanje je kompleksno, zato ga ne moremo opisati z enim samim izidom. Le več izidov skupaj določa uspeh zdravstvene obravnave. Porter (2010) opisuje tri ravni izidov. Prva, najpomembnejša, vključuje preživetje in stopnjo zdravlja. Če pacient ne preživi, je jasno, da izidov na naslednji, drugi ravni, ni smiselno meriti. Pri zdravstvenih storitvah, kjer je stopnja preživetja zelo visoka, npr. 99-odstotna, pa paciente zanima več kot le preživetje, zanimajo jih stopnja funkcionalnosti, možni zapleti, verjetnost potrebe po reviziji posega. Druga raven je torej tista, ki opisuje proces zdravstvene obravnave in rehabilitacije oz. vrnitve k vsakdanu. Visok delež ponovnih sprejemov v bolnišnico sicer ni življenjsko ogrožajoč, lahko pa vpliva na pacientovo neudobje, zvišano raven tesnobe, zmanjšano funkcionalnost na delovnem mestu ter na višje stroške zdravstvene obravnave. Tretjo raven označujejo izidi, ki se nanašajo na trajnost zdravlja in dolgoročne posledice zdravstvene obravnave.

**Slika 5. Hierarhija mer izidov**



Končni cilj zdravstvene obravnave je čim višja kakovost življenja.



Izidi zdravstvene obravnave morajo za vsako zdravstveno stanje zajeti vse tri ravni, saj le tako lahko zajamejo celotno pot pacienta skozi proces zdravstvene obravnave, prav tako pa tudi izide kot posledico obravnave. Instrumentov, ki bi merili vse ravni zdravja in zajeli vse dimenzije, ni preprosto določiti. Vsak instrument mora prav tako izkazovati veljavnost, zanesljivost in odzivnost. V preteklih desetletjih smo za večino bolezni, ki predstavljajo največje breme bolezni, instrumente za merjenje izidov že razvili – večji problem kot njihovo pomanjkanje je njihovo preveliko število. ICHOM-ovi naporu za izbor minimalnega nabora skupnih kazalnikov tako predstavljajo optimalen začetek. Poleg tega, da imajo instrumenti, vključeni v minimalni nabor, dobre psihometrične lastnosti, so to osnovni instrumenti, ki so jih deležniki zdravstvenega sistema izbrali kot relevantne in pomembne. Njihova implementacija v več kot 30 državah pomeni tudi možnost primerjave in prenos dobrih praks med posameznimi timi, organizacijami ali na nacionalni ravni. Minimalni nabor pa je še vedno le minimalen in dopušča kakršne koli razširitve v primeru potrebe. Koncept, ki mu je pri začetni postavitvi instrumentov in kazalnikov dobro slediti, je pragmatičnost – že obstoječe podatke in registre je treba v čim večji meri izkoristiti ter jih s časom prilagoditi in izboljšati.

Instrument lahko meri več izidov, lahko pa več instrumentov meri en izid – pravila ni. Izbrane instrumente lahko delimo glede na to, kje najdemo podatke zanje: lahko so klinični, npr. krvni tlak, lahko so administrativni, npr. starost, lahko pa so instrumenti, ki jih izpolnijo pacienti – npr. ko poročajo o bolečini, nelagodju, socialni vključenosti, zmožnosti za delo, skratka o izidih, ki so za paciente pomembni.

V Sloveniji posamezni izvajalci že vrsto let uporabljajo instrumente za merjenje izidov, predvsem na področju ortopedije in onkologije. Kot pionirje uvajanja instrumentov nas pričakovano spremljajo številne težave. Uvedba vsakega instrumenta zahteva njegov prevod in validacijo v slovenskem jeziku, kar zahteva čas in denar. Uvedba doseže polno vrednost le, če se hkrati zbirajo tudi vrednosti kontrolnih spremenljivk, če imamo zagotovljeno ustrezno informacijsko podporo in če imamo nekoga, ki zbrane podatke za izvajalce ustrezno analizira ter prikaže v razumljivi obliki, ki omogočajo analizo postopkov in njihovo prilagoditev. Brez triangulacije kliničnih podatkov, PROM-ov, kontrolnih spremenljivk in podatkov o stroških celotne vrednostne enačbe ni mogoče upoštevati. Zbiranje podatkov z vzpostavljenimi instrumenti je kompleksno in mora biti vpeto v zdravstveno obravnavo posameznika ter povezano s podatki, ki se že zbirajo v druge namene.

### 5.3. Merjenje stroškov

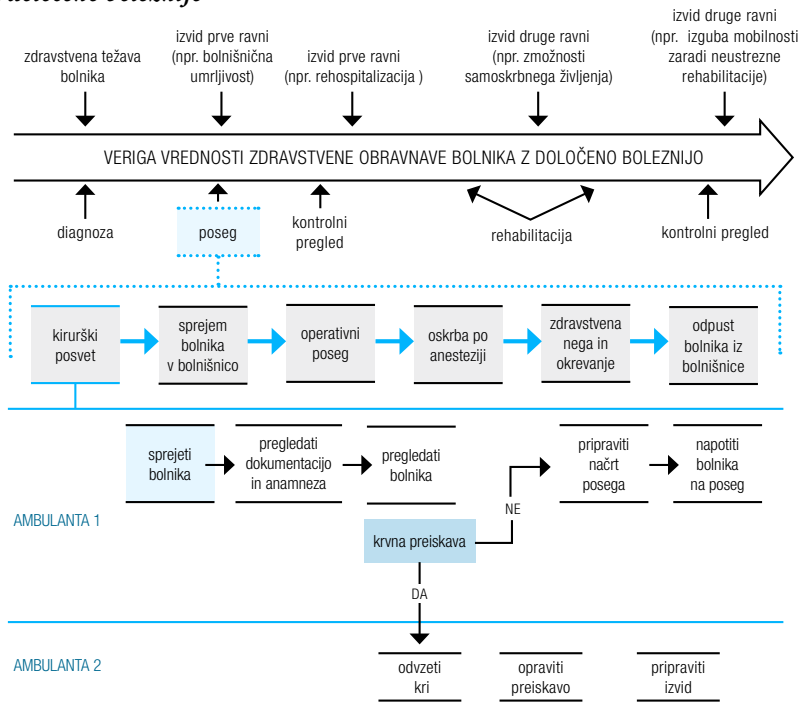
V primeru zdravstvenih dejavnosti opredelitev lastne cene zahteva, da na ravni pacientov merimo neposredne stroške, ki nastanejo v procesu zdravstvene obravnave, kot so stroški dela ali stroški krvnih in drugih preiskav pacientov, na procese zdravstvene obravnave pa je treba ustrezno razporediti tudi posredne ali splošne stroške, kot so ogrevanje, stroški podpornih služb (npr. nabavne službe) in podobno. Za izračun lastnih cen lahko uporabimo različne pristope, ki so povezani zlasti z različnimi načini razporejanja posrednih stroškov. Slednje je mogoče na posamezne proizvode, storitve ali svežnje storitev razporejati glede na višino nastalih neposrednih stroškov, število obravnavanih pacientov, dolžino ležalne dobe, velikost prostora in podobno. Ker ti pristopi niso vedno najustrežnejši, se je razvilo ugotavljanje stroškov na ravni posameznih proizvodov, storitev ali svežnev storitev na podlagi aktivnosti, ki povzročajo te stroške (angl. *activity-based costing*; v nadaljevanju: ABC-metoda) (Hočevnar, 2007).

Takšen način opredeljevanja stroškovnih cen je v prvem koraku povezan opredelitvijo procesov na različnih ravneh, in sicer od opredelitve krovnih procesov

zdravstvene obravnave pacienta z določeno boleznijo do podprocesov in njihovih natančnih procesnih diagramov poteka aktivnosti, kot za poenostavljen primer prikazuje Slika 1. Na ta način jasno pokažemo zaporedje procesov, podprocesov in aktivnosti ter njihovo trajanje, uporaba razvejišč pa omogoča upoštevanje variabilnosti v potekih obravnave (Kaplan et al., 2014). V drugem koraku pa je takšno opredelitev vseh aktivnosti treba dopolniti še z izračunom stroška na določen čas uporabe različnih tako človeških kot materialnih virov, ki omogočajo izvedbo teh aktivnosti (angl. *cost per time unit of capacity*). Zmnožek tako opredeljenega stroška na minuto ali uro uporabe zmogljivosti in trajanja aktivnosti, ki zahteva uporabo teh zmogljivosti, predstavlja strošek uporabljenih virov na ravni posameznih faz celotne obravnave pacienta (angl. *cost-driver rates*).

Čeprav je opisani pristop dobro orodje za obvladovanje stroškov z optimizacijo zdravstvenih in podpornih procesov, za ustrezno razporejanje omejenih virov med različne dejavnosti, za povezovanje različnih zdravstvenih storitev v celovito obravnavo pacientov in oblikovanje cen za takšne svežnje storitev (Kaplan et al., 2014), pa je njegova uporaba v praksi, zlasti v organizacijah s kompleksnimi procesi, kamor sodi tudi večina zdravstvenih organizacij, povezana s številnimi izzivi. A, kot opozarjata Kaplan in Anderson (2004), ključne težave izhajajo predvsem iz načina opredelitve časa uporabe različnih virov za izvajanje aktivnosti. Sprva se je v praksi namreč razporejanje porabljenega časa med aktivnosti izvajalo tako, da so na primer zaposleni ves svoj razpoložljivi delovni čas razporedili med aktivnosti. Ta tradicionalna praksa pri uporabi ABC-metode se je kasneje razvila v pristop, pri katerem za vsako aktivnost neposredno opredelimo trajanje uporabe virov. Ta pristop se imenuje razporejanje stroškov po trajanju aktivnosti (angl. *time-driven activity-based costing*, v nadaljevanju: TDABC-metoda), ki se vse bolj uveljavlja v zdravstvenih organizacijah (Keel et al., 2017).

**Slika 6: Členitev verige vrednosti zdravstvene obravnave pacienta z določeno boleznijo**



Razliko med obema pristopoma bomo prikazali na primeru, ki ga prikazuje Slika 1. V Sliki 6 so z namenom poenostavitve in preglednosti prikazani zdravstveni procesi in aktivnosti, ki sestavljajo zdravstveno obravnavo pacienta z določeno boleznijo, seveda pa so ti zdravstveni procesi povezani tudi s številnimi podpornimi procesi, kot so nabava materiala, poročanje plačniku, sterilizacija in podobno. Oba pristopa bomo ilustrirali na primeru podpornih procesov, da pokažemo tako njune značilnosti, ki veljajo tudi za uporabo teh pristopov pri zdravstvenih procesih, kot način razporejanja posrednih stroškov iz naslova izvajanja podpornih procesov med različne zdravstvene procese. V primeru domnevajmo, da mora laboratorij 1 za izvajanje preiskav pridobiti različne reagente in ostali material, pri čemer pa nabavo materiala centralno za različne laboratorije izvaja nabavna služba. Domnevajmo, da to delo v nabavni službi opravlja ena oseba in da skupni stroški te službe znašajo 50.000,00 €, pri čemer zaposleni opravlja tri aktivnosti. Tabela 1 prikazuje tradicionalni ABC-pristop, pri katerem skupne stroške med aktivnosti razdelimo glede na strukturo porabe časa zaposlenega po aktivnostih. Uporaba takšnega pristopa običajno zahteva anketiranje zaposlenih o delitvi časa, ki ga je treba ponoviti vsakič, ko se pojavijo nove aktivnosti. Opisani pristop ni primeren za organizacije s kompleksnimi procesi, temelji pa na predpostavki, da so materialni in človeški viri polno izkoriščeni, in tako zanemarija morebitne neučinkovitosti (Kaplan in Anderson, 2004). Te pomanjkljivosti odpravlja TDABC-metoda, ki je prikazana v Tabeli 2.

**Tabela 1: Tradicionalni ABC-pristop**

Nabavna služba	Razporeditev časa po aktivnostih (v %)	Pripis stroškov (v €)	Količina (št. zahtevkov, naročil, dostav)	Strošek na enoto (v €)
zbrati zahtevke laboratorijev	60	30.000	2.500	12
izvesti naročila	25	12.500	1.000	12,5
dostaviti material laboratorijem	15	7.500	2.000	3,75
Skupaj	100	50.000		

Pri TDABC-metodi torej upoštevamo razliko med celotno zmogljivostjo virov in njihovo realno zmogljivostjo, ki za človeške vire odraža tudi dela proste dni, odmore zaposlenih, njihovo usposabljanje in podobno. V našem primeru domnevamo, da je za izvajanje aktivnosti na voljo 82 % celotnega razpoložljivega delovnega časa, ki pa je med aktivnosti razporejen glede na trajanje in obseg vsake od aktivnosti, pri čemer lahko porabo časa ocenijo managerji, lahko pa se opredeli tudi na podlagi razgovora z zaposlenimi ali z opazovanjem. Prikazani primer lepo kaže, da dodajanje novih aktivnosti načeloma ne zahteva preračunov stroškov za obstoječe aktivnosti. Te je treba preračunati le, če pride do spremembe učinkovitosti pri izvajanju obstoječe aktivnosti, na primer do njenega hitrejšega poteka zaradi uvedbe novih informacijskih rešitev. Ena ključnih prednosti je tudi ugotavljanje obsega neizkoriščenih zmogljivosti in s tem povezanih stroškov, kar managementu omogoča, da skozi čas in primerjalno analizo med različnimi enotami analizira njihovo upravičenost in išče možnosti za izboljšave (Kaplan in Anderson, 2004).

Zaupanje lahko dosežemo primarno s primernim razkrivanjem podatkov, ki mora biti konsistentno prek vseh izvajalcev, saj mora omogočati primerjave.

**Tabela 2: TDABC-pristop**

Nabavna služba	Trajanje aktivnosti (v urah)	Količina	Poraba časa skupaj (v urah)	Pripis stroškov (v €)	Strošek na enoto (v €)
zbrati zahteveke laboratorijev	5	2.500	12.500	25.000	10
izvesti naročila	4	1.000	4.000	8.000	8
dostaviti material laboratorijem	2	2.000	4.000	8.000	4
Skupaj porabljen čas in stroški uporabe virov			20.500	41.000	
Skupaj razpoložljiv čas in celotni stroški			25.000	50.000	
Neizkoriščene zmogljivosti in s tem povezani stroški			4.500	9.000	

NaVTeZ lahko posamezne izvajalce pomaga dvigniti visoko v mednarodnem merilu, brez škode za ostale izvajalce.

Izidi, ki jih prikazuje Tabela 2, omogočajo, da stroške nabavnih procesov razporedimo na zdravstvene procese iz Slike 1. Če je laboratorij 1 nabavni službi posredoval 250 zahtevkov, če je bilo zanj izvedenih 100 naročil in 50 dostav iz centralnega skladišča, potem je na ta način nastalo 3.500 evrov posrednih stroškov. Celotne stroške obravnave pacienta dobimo tako, da za vsako fazo verige vrednosti zdravstvene obravnave na opisani način poleg posrednih stroškov opredelimo še neposredne stroške. Za vsako aktivnost v procesu obravnave pacienta (npr. sprejeti pacienta, pregledati pacienta ali opraviti preiskavo) je torej treba opredeliti trajanje in skupen razpoložljiv obseg človeških in materialnih zmogljivosti, ki so potrebni za njeno izvajanje, ter skupne stroške takšnih zmogljivosti. Slednje omogoča izračun stroška na uro ali minuto uporabe človeških kot materialnih virov, kot so na primer različne vrste opreme in prostor, kar skupaj s trajanjem aktivnosti opredeli strošek na ravni posamezne aktivnosti. Če k tem neposrednim stroškom dodamo še stroške porabljenega materiala, ki ga spremljamo na ravni pacienta (npr. predpisano zdravilo ali vgrajen medicinski pripomoček), dobimo zaokroženo sliko vseh nastalih stroškov na ravni aktivnosti, kar lahko združujemo v stroške na ravni procesov in na koncu na ravni celotne verige zdravstvene obravnave pacienta z določeno boleznijo.

Proučevanje opisanega načina spremljanja stroškov se zaradi izzivov zagotavljanja finančne vzdržnosti zdravstva in vse večje vloge presoje vrednosti zdravstvenih obravnav krepi in sistematični pregledi obstoječe literature (npr. Keel et al., 2017; Etges et al., 2020) potrjujejo, da bi uporaba TDABC-pristopa v zdravstvu lahko povečala natančnost ugotavljanja stroškov, olajšala razporejanje virov, povečala učinkovitost in zdravstvenim delavcem in managementu zdravstvenih organizacij omogočila povečevanje vrednosti zdravstvenih obravnav na transparenten način.

## 5.4. Deljenje podatkov in primerjave – mehanizmi za vzpostavljanje zaupanja

Že ob postavljanju sistema NaVTeZ in definiciji izidov in instrumentov za njihovo merjenje je pomembno, da razumemo, zakaj podatke zbiramo in za kaj jih bomo uporabili. Ena pomembnejših odločitev, ki jih moramo sprejeti, je objava izidov (na ustrezni stopnji agregacije).

Deljenje izidov analize je predpogoj za primerjavo izidov in posledično za sprejetje ukrepov za njihovo izboljšanje. Prehod na višjo raven zaupanja zahteva velik preskok v razmišljanju, ki je morda še posebej izrazit v slovenskem okolju, kjer je medijsko okolje v veliki meri usmerjeno v » aferizacijo « vsakršnega odstopanja od pričakovanega.

Zaupanje lahko dosegamo primarno s primernim razkrivanjem podatkov, ki mora biti konsistentno prek vseh izvajalcev, saj mora omogočati primerjave. Transparentnost na skupno usklajeni ravni mora biti zagotovljena (ustrezne agregacije, varovanje osebnih podatkov, zaščita integritete). Namen objav je prenos dobrih praks in metod, ki se jih lahko naučimo od nadpovprečnih, k dvigu stroke prispevajo tudi podpovprečni, ki lahko z ustreznim razkritjem podatkov s pomočjo zunanjih deležnikov odkrijejo nenamerne napake ali neoptimalnosti pri svojem delu. S tem celotna stroka napreduje, raba sredstev je bolj smotrna, presežek denarja je mogoče usmeriti v izboljšave – ne nazadnje smo na boljšem vsi, pacienti in zdravstveni sistem.

V vsakem primeru so predpogoj primerjave agregiranih izidov brez imenovanja krivcev, ki primerjajo vse sodelujoče na osnovi istih instrumentov, z upoštevanjem vseh kontrolnih spremenljivk. Le tako lahko zagotovimo statistično primerljive izide in preprečimo negativno selekcijo. Vse to omogoči pozitivne spodbude, negativne ukrepe pa omeji na najmanjšo možno raven, toliko, da se preprečijo namerne zlorabe

## 5.5. Izkušnje iz tujine pri merjenju vrednosti NaVTeZ

V bolnišnicah skupine Santeon so pri operacijah raka dojke opazili razliko v izidih med bolnišnicami. Izide so merili z 19 instrumenti. Da bi ugotovili razlog razlik, so se sestale multidisciplinarne ekipe posameznih bolnišnic. Cilj je bil ugotoviti, ali so razlike posledica razlik pri zbiranju podatkov, značilnosti pacientov ali izbire zdravstvene obravnave. Zdravniki so podrobno pregledali postopek celotnega posega. Čeprav je bil delež revizij operacij zaradi zapletov v vseh bolnišnicah Santeon nizek (manj kot 4-odstoten), je bila razlika med bolnišnicami z najvišjo in najnižjo oceno 400-odstotna. Multidisciplinarne skupine so postopek posega natančno pregledale na ravni posameznega zdravnika in ugotovile, da zdravnik z najnižjo stopnjo zapletov uporablja intenzivnejše izpiranje ran. Dobro prakso so delili z drugimi kirurgi. Po uvedbi nove metodologije so v 18 mesecih re-operacije zaradi zapletov padle v povprečju za 27 % v vseh bolnišnicah Santeon, v bolnišnici St. Antonius, ki je bila pred spremembo najslabša, pa so dosegli kar 2,6-kratno zmanjšanje (EIT Health, 2020).

Primerjava izidov zdravstvene obravnave pa je pomembna ne le za zdravstveno osebje in izboljšanje kliničnih praks, temveč v veliki meri tudi za paciente. Pacienti dobijo vpogled v uspešnost posameznih posegov in zdravljenj per se, in sicer z vidikov, ki so zanje pomembni: čas rehabilitacije, bolečine, funkcionalnost po posegu, izraženost simptomov. Poleg povprečne uspešnosti posegov v vseh vidikov, ne le kliničnih, ki kažejo v primerjavi z vsemi ostalimi velikokrat zelo visoko uspešnost, pa pacienti dobijo tudi vpogled v primerjave med izvajalci. Če so instrumenti za merjenje izidov pravilno postavljeni, se bodo pacienti veliko lažje odločali, pri katerem izvajalcu želijo opraviti zdravljenje (National quality report for the year of diagnosis 2012 from the National Prostate Cancer Register (NPCR) Sweden).

Dobri izidi in trud zagnanih posameznikov kažejo na to, da slovenski sistem sprememb v smeri merjenja vrednosti v celoti ne zavrača. Dejstvo pa je, da se lahko pozitivne strani na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave pokažejo šele, ko postanejo podatki o izidih transparentni, omogočajo primerjave programov in s tem njihove izboljšave.

### 5.5.1. Merjenje stroškov v praksi je zelo zahtevno

Analize stroškov se izvajajo tudi za posamične zdravstvene tehnologije, kar je pomembno pri javnih naročilih, le redko pa se merijo stroški za celotni cikel obravnave pri določenem zdravstvenem stanju (EIT Health, 2020).

Čeprav je TDABC ustrezen pristop za globlji in natančnejši prikaz stroškov, v Evropi ni splošno sprejete metodologije za merjenje in pripravo primerjalne analize stroškov. V namen iskanja rešitev na tem področju je NHS Wales uvedel »Finančno akademijo« oz. program, ki sodeluje s kliniki in vodji finančnih služb v bolnišnicah pri razvoju praktičnih metodologij.

Analitična orodja se razvijajo tudi v posameznih bolnišnicah, npr. v univerzitetni bolnišnici Cruces s sedežem v Bilbao v Španiji, kjer so razvili analitično orodje za merjenje stroškov od primarnega do sekundarnega cikla obravnave. Za dano pot zdravstvene obravnave se teoretični strošek izračuna v skladu s celotno potjo pacienta skozi zdravstveni sistem, preden se primerja z empiričnimi stroški. Leta 2019 so v bolnišnici Cruces na tak način primerjali tri različne poti obravnave za implantacijo nevrostimulatorja za zdravstveno obravnavo pacientov s Parkinsonovo boleznijo. Ob enakovrednih izidih je analiza stroškov pokazala, da je bil eden od treh testiranih protokolov za 53 % cenejši od najdražjega (EIT Health, 2020).

### 5.5.2. Mednarodne primerjave

V Evropi je kar nekaj iniciativ, ki skušajo primerjati izide pacientov med izvajalci. EUHA (The European University Hospital Alliance) je zveza univerzitetnih bolnišnic, ustanovljena leta 2017, ki si prizadeva za vzpostavitev skupne podatkovne platforme, ki bi omogočala primerjavo izidov posameznih skupin pacientov in izmenjavo dobrih kliničnih praks (<https://www.euhalliance.eu/>). Nordic Interoperability Project (<https://nordicinteroperability.com/>) s podobnim ciljem povezuje skandinavske države. Veliko pobud je na nacionalni ravni. Neprofitna francoska organizacija VBHC Consortium (<https://www.consortium-vbhc.org/en/home/>) spodbuja uporabo instrumentov za merjenje izidov med pacienti, koordinira zbiranje podatkov na skupni podatkovni platformi ter sodeluje s plačnikom pri pripravi novih plačilnih modelov, ki spodbujajo merjenje izidov in njihovo transparentnost.

## 5.6. Dosedanja praksa v Sloveniji

Merjenje zdravstvenih izidov z različnimi instrumenti, tako generičnimi kot tudi bolezensko specifičnimi, je sicer v Sloveniji precej razširjeno; izvaja se v okviru raziskovalnih projektov, na ravni posamezne bolnišnice, organizacije ali zainteresiranega zaposlenega, za določeno obdobje in brez povezave s plačilnim sistemom oz. brez možnosti presečnih primerjav ali primerjav v času.

V Sloveniji praktično obstaja samo en primer dobre prakse merjenja izidov, povezanega s sistemom plačila. Cilja nacionalnega razpisa za operacije kolka, kile, krčnih žil in karpalnega kanala sta bila uvedba mehanizma za izboljšanje dostopnosti

pacientov do zdravstvenih storitev in povečanje učinkovitosti in kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev z vpeljevanjem konkurence med izvajalci prek upravljanja cen ob istočasnem zagotavljanju in merjenju kakovosti zdravstvenih storitev. Posredno se je prek nacionalnega razpisa želelo spodbuditi sledenje denarja pacientu. Izvajalci z večjim dogovorjenim rednim programom in daljšimi čakalnimi seznammi bi lahko pri izračunu ponujene cene upoštevali ekonomijo obsega, dosegli povečanje letnega programa ter prek koncentracije programov tudi večjo specializacijo izvajalcev. Tako bi nacionalni razpis predstavljal dodatno orodje za racionalizacijo javne zdravstvene mreže, večje dostopnosti do zdravstvenih storitev, definicije stroškovne cene in merjenje izidov zdravstvene obravnave.

V nacionalnem razpisu je bil prvič uporabljen generični instrument za merjenje z zdravjem povezane kakovosti življenja, EQ-5D (Prevolnik Rupel in Ogorevc, 2014). Uvedeni so bili tudi nadaljnji kazalniki kakovosti, vendar žal niso bili nikoli analizirani. Izidi analiz EQ-5D so predstavljali zelo dober koncept za nacionalno izvajanje, vendar zaradi nesistematičnega zbiranja, ohlapne kontrole podatkov in visokega deleža neporočanja niso mogli ponuditi dovolj globokega vpogleda, da bi zagotovili priporočila o reorganizaciji zdravstvene mreže ali omejitvi obsega storitev pri posameznem ponudniku.

Žal je ZZZS po dveh letih pritiska javnih ponudnikov opustil državno ponudbo, danes pa ne spremlja izidov zdravstvene obravnave in kakovosti zdravstvene obravnave pri razdelitvi sredstev.

Merila uspešnosti oz. sistematične analize, ki bi vodile do izboljšanja zdravstvenih obravnav, se v Sloveniji prav zaradi projektne pristopa še ne izvajajo.

Opisano merjenje stroškov za potrebe NaVT&Z je izziv za vse države, dosedanje izkušnje s posodabljanjem obračunskih modelov v Sloveniji pa opozarjajo, da bo pri nas spremljanju stroškov na ravni pacienta z določeno boleznijo treba posvetiti posebno pozornost in ustrezno podporo, da bomo premostili ovire za njegovo uvajanje. Pomembni nauki na tem področju izhajajo iz nacionalne stroškovne analize za obdobje 2017–2019, katere namen je bil izračun ustreznih, slovenskim razmeram prilagojenih uteži za skupine primerljivih primerov (v nadaljevanju: SPP), ki so bile sicer po avstralskem zgledu uvedene že leta 2004. V analizo je bilo zajetih 67 % vseh primerov SPP iz leta 2016, osem bolnišnic pa je sodelovalo pri zbiranju podatkov o porabi in s tem povezanih stroških. Uporabljen je bil kombinirani način razporejanja stroškov po pacientih. Določeni stroški se namreč pri zdravstvenih izvajalcih že spremljajo na ravni pacientov (npr. stroški vgradnega materiala, laboratorijskih preiskav), večina stroškov pa ne, kar pomeni, da jih je treba razporejati na podlagi dogovorjenih normativov dela ali izbranih ključev. Kar 45 % stroškov je bilo v prvi nacionalni stroškovni analizi na raven pacienta razporejenih na podlagi ležalne dobe. Nove slovenske uteži na podlagi te analize niso bile vpeljane v prakso, saj so bile med starimi in novimi utežmi velike razlike, kar bi seveda pomenilo izrazito prerazporeditev prihodkov med bolnišnicami. Ta izkušnja jasno kaže, da je treba izboljšati spremljanje stroškov na ravni pacienta in paziti, da pri tem obstoječih neučinkovitosti ne vgradimo v obračunski model.

## 5.7. Koraki za uvedbo merjenja vrednosti v Sloveniji

1. V Sloveniji je treba za merjenje izidov za izbrane skupine pacientov uporabiti mednarodno opredeljene minimalne nabore izidov in instrumente, ki so določeni za njihovo zbiranje. Primeren vir za izbor izidov in instrumentov za njihovo merjenje se zdi ICHOM.
2. Priprava instrumentov za merjenje zahteva njihov prevod in validacijo v slovenskem jeziku, kar zahteva denarno in kadrovsko podporo, prav tako pa določen čas.
3. Vpeljava instrumentov za merjenje izidov ni smiselna brez ustrezne informacijske podpore, ki mora poleg kliničnih kazalnikov in PROM-ov podpirati tudi zbiranje administrativnih podatkov, definiranih kontrolnih spremenljivk ter omogočati povezavo s stroškovnimi podatki.
4. Cilj zbiranja podatkov o izidih je izboljšanje vrednosti zdravstvene obravnave za pacienta, kar lahko dosežemo le s primerjavo podatkov o izidih med timi in med izvajalci, z izmenjavo dobrih praks in izboljšanjem procesov obravnave.
5. Uvajanje merjenja izidov in stroškov, ki je predpogoj za vpeljavo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave, zahteva tudi spremembo plačilnih sistemov izvajalcev. Cilj je dvig vrednosti, kar ne pomeni znižanja sredstev, temveč njihovo večjo produktivnost.
6. V Sloveniji je treba razviti in informacijsko podpreti spremljanje stroškov na ravni pacientov na podlagi razporejanja stroškov po trajanju aktivnosti (angl. *time-driven activity-based costing*). Pri tem je ključno povečati obseg in vrste stroškov, ki se tekoče spremljajo na ravni pacienta, posebno pozornost pa nameniti predvsem razporejanju stroškov dela, ki predstavljajo največji delež vseh stroškov.



**Slovenija ima dobre pogoje za uvedbo NaVTeZ**

# 6

## Podatkovna platforma

*Anže Droljc*

Danes so IT-sistemi v zdravstvenem varstvu še vedno ločeni na več ravneh: glede na oddelek, lokacijo, vrsto storitve in tudi vrsto podatkov, kot so rentgenske slike. IT-sistemi kot takšni pogosto zapletajo in ne podpirajo integrirane, multidisciplinarne obravnave. Na IT je treba gledati kot na orodje: avtomatizacija neurejenih procesov povzroči samo več težav.

Za sprejemanje preišljenih odločitev medicinske ekipe pregledujejo nešteto papirnatih zapisov in več informacijskih rešitev, da dobijo izčrpen pregled pacientovega stanja. To pomeni, da porabijo veliko dragocenega časa za iskanje informacij. Hkrati tvegajo, da zaradi nepopolnih informacij ne bodo sprejeli najbolj optimalnih odločitev o obravnavi. Zdravstveno varstvo samo po sebi postaja vse bolj zapleteno: ljudje živijo dlje, kar ima za posledico povečanje števila pacientov z eno ali več kroničnimi boleznimi.

Za boj proti spreminjajočemu se zdravstvenemu okolju na hitro rastoči trg zdravstvenega varstva vstopa vse več novih IT-rešitev in aplikacij. Te rešitve obravnavajo potrebe pacientov in zdravstvenih delavcev ter jim pomagajo pri prehodu na bolj integrirane in preventivne modele obravnave. Te aplikacije ustvarjajo več podatkov – ne samo v tradicionalnih zdravstvenih okoljih, temveč vedno bolj tudi v družbenih, okoljskih, osebnih in internetnih okoljih.

Takšen obseg razpoložljivih informacij o pacientih lahko v največji meri izkoristijo ustrezni IT-sistemi, ki pomagajo izvajalcem zdravstvenih storitev in obravnave na lokalni, regionalni in nacionalni ravni. Na kakšen način? Tako da brezhibno sodelujejo, omogočajo meritve in analize, nove pristope k povračilu stroškov ter skupaj povezujejo dobro strukturirane sisteme obravnave.

### 6.1. Opredelitev in stanje v svetu

Ključno gonilo sprememb in preobrazbe v zdravstvu niso nove aplikacije. To so podatki, ki jih je treba hraniti vse pacientovo življenje in so na voljo vsem ustreznim izvajalcem na vseh ravneh zdravstvenega varstva v času obravnave. Da bi to dosegli, je potrebna digitalna zdravstvena platforma kot digitalna podlaga. Takšna platforma omogoča pristop k digitalizaciji, ki temelji na podatkih in ne na aplikacijah. Govorimo o platformi, ki pospešuje preobrazbo v integriranih sistemih obravnave in v celoti podpira ambicije in nove digitalne storitve zdravstvenega varstva, ki temeljijo na pristopu ustvarjanja vrednosti (NaVTeZ). Zdravstveno varstvo z ustvarjanjem vrednosti prinaša naslednje pomembne pridobitve:

- Vsakdo, ki je vključen v obravnavo pacientov, ima vedno pri roki vse pomembne informacije o pacientu.
- Ekipe so ustanovljene tako, da se osredotočajo na pacientove potrebe v vseh fazah njegove obravnave – diagnostiko, zdravljenje, spremljanje ali vodenje nepretrgane obravnave.
- Vsi ključni strokovnjaki/deležniki so usklajeni glede naslednjih

korakov v procesu pacientove obravnave.

- Relevantna zdravstvena ekipa se je sposobna takoj odzvati na morebitno poslabšanje pacientovega stanja doma in pravočasno svetovati pri preprečevanju nepotrebnih sprejemov in zapletov.
- Pacienti so v celoti pooblaščen za ukrepanje pri obvladovanju svojih stanj in pridobivanje vseh informacij, ki jih potrebujejo – kadar jih potrebujejo.
- Različne zainteresirane službe oz. deležniki znotraj zdravstvenega varstva in zunaj njega, kot so socialne službe, lahko brezhibno sodelujejo pri obravnavi pacientovega splošnega počutja.
- Zdravstvene izkušnje pacientov se izboljšujejo skupaj s kakovostjo njihovega življenja in z zdravstvenimi izidi.

Enotna digitalna zdravstvena platforma (Digital Health Platform – DHP) omogoča učinkovito sodelovanje in usklajevanje v skupinah integrirane zdravstvene enote, hkrati pa olajša pridobivanje, primerjavo in poročanje o izidih in podatkih o stroških. Naštevamo poglobitve prednosti, ki jih takšna platforma prinaša v povezavi z digitalizacijo scenarijev na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave:

1. Neposredna obravnava – zbiranje PROM-ov na daljavo (izven bolnišnice) ali v kliniki (v bolnišnici) neposredno pred sprejemom pacienta, za obravnavo in uporabo med cikli obravnave in/ali s posvetovanjem in skupnim odločanjem.
2. Celotni cikel obravnave – možnost »rutinskega« zbiranja PROM-ov in drugih ustreznih podatkov na daljavo (izven bolnišnice) ali v kliniki (v bolnišnici) ob (predhodno) določenih časovnih točkah v času klinične poti in cikla obravnave. Na primer: ob napotitvi ali diagnozi, pred epizodami obravnave, kot so obisk v kliniki, po posegu/operaciji in po vnaprej določenem urniku pred katero koli od naštetih faz obravnave ali po njej.
3. Načrtovanje in vrednotenje javnega zdravja – možnost raziskovanja in spremljanja vpliva bolezni, dobrega počutja in trendov zdravstvenega izida na populacijski ravni, kar omogoča boljše usmeritev k preventivnim ter visokovrednostnim in nizkocenovnim intervencijam, kot so spremembe življenjskega sloga in vrednotenje vpliva bolezni na celotni sistem.
4. Izboljšanje zdravstvenih storitev – zmožnost samodejnega pridobivanja, triangulacije in analize podatkov PROM-ov za različna stanja, skupine pacientov, podtipi bolezni ali klinične poti v skoraj realnem času. To omogoča povezovanje odzivov z drugimi nizi podatkov in sledenje skozi čas. Tovrstna analiza pripomore k ocenjevanju vpliva izboljšanih storitev na kakovost življenja in izide zdravstvene obravnave pacientov, k zmanjšanju neupravičenih sprememb in preusmerjanju virov.

Pri uvajanju NaVTeZ bo bistvena večja povezanost vseh deležnikov v zdravstvenem sistemu, vključno s pacientom

## 6.2 Informatika pri nas s stališča pripravljenosti na NaVTeZ

Slovenija ima v primerjavi z drugimi državami EU dobre pogoje za uvedbo NaVTeZ, kajti država je obvladljiva tako v smislu števila prebivalcev kot zdravstvenega sistema. Prav tako ima Slovenija dovolj kakovostno informacijsko podporo pri zdravstvenih izvajalcih in dobro nacionalno infrastrukturo, kar omogoča preprosto vključevanje

dodatnih IT-rešitev, ki bodo ključne ob vpeljavi zdravstvene obravnave, ki temelji na ustvarjanju vrednosti.

Velika prednost Slovenije je tudi, da ima uvedeno enotno identifikacijo prebivalstva in da vzpostavljena nacionalna infrastruktura uporablja enotne standarde (openEHR, HL7, Dicom/RIS-PACS). Našteto zagotavlja razvoj pacientovega vseživljenjskega elektronskega kartona, ki ima vse podatke lahko shranjene v strukturirani obliki in na način, da ti niso odvisni od posamezne aplikacije, hkrati pa omogoča stroki, da samostojno in hitro razvija in objavlja smernice na način, da se lahko preprosto in hitro vključijo tudi v obstoječo lokalno in nacionalno IT-infrastrukturo.

Pri uvajanju NaVTeZ bo bistvena večja povezanost vseh deležnikov v zdravstvenem sistemu, vključno s pacientom, prav tako pa so ključni tudi vidiki socialnega varstva. Za doseganje maksimalnih učinkov zdravstvene obravnave, ki temelji na ustvarjanju vrednosti, je ključen predpogoj, da bodo podatki o posamezniku enostavno in varno na voljo vsem deležnikom, in sicer v obsegu, ki ustreza namenu rabe.

Z nacionalno digitalno zdravstveno platformo je Slovenija pripravljena na razmeroma hitro uvedbo novih digitalnih rešitev. Pri tem je ključno, da se bo ta koncept digitalizacije prenesel tudi na raven izvajalcev zdravstvenih storitev in drugih ključnih deležnikov, vključno s pacientom. Na ta način se bo vzpostavil nacionalni ekosistem IT-rešitev, ki bo v celoti povezan in bo nadgradil pacientovo enotno digitalno kartoteko.

### 6.3 Digitalizacija uvedbe NaVTeZ v Sloveniji

Skladno z ambicijami vzpostavitve na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji je treba vzpostaviti tudi nacionalni informacijski sistem za zbiranje, pregled in analizo PROM-ov in CROM-ov (angl. Clinician Reported Outcome Measures). Sistem bi bilo smiselno vzpostaviti v okviru obstoječe infrastrukture na platformi eZdravje, in to na način, da se rešitev modularno vključi tudi v obstoječe informacijske rešitve na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, brez potrebe po večkratnem razvoju znotraj posameznih obstoječih IT-rešitev.

Ključni koncepti in funkcionalnosti takšnega sistema so zapisani v prejšnjih poglavjih, za konkretizacijo in realizacijo pa je z vidika digitalizacije treba določiti še:

1. Vzpostavitev nacionalne zbirke zgoraj navedenih meril v eZdravju in relevantnih lokalnih IT-sistemih.
2. Določitev ključnih kazalnikov uspeha in kazalnikov kakovosti ter priprava definicije področij in nadzornih platform, prek katerih se bo lahko v realnem času spremljala uvedba NaVTeZ pri prvih diagnozah in bo omogočeno proaktivno izvajanje prilagoditev.
3. Pripraviti konkreten opis projekta, strokovnih smernic in specifikacije IT-rešitve, kar bi omogočilo črpanje dodeljenih sredstev v okviru Načrta za okrevanje in odpornost (RRP).
4. Razviti aplikacijo za posamično specialnost, namenjeno spremljanju kazalnikov, in jo vključiti v obstoječe BIS (bolnišnične informacijske sisteme) na modularni način po zgledu aplikacij COVID.
5. Največjo pozornost pri razvoju aplikacij je treba dati izboljšani uporabniški izkušnji, katere cilji so skrajšanje časa, potrebnega za vnos podatkov, enostavno pregledno poročanje in omogočanje analitike.

Vložek v NaVTeZ pomeni vložek v dvig konkurenčnosti  
slovenskega zdravstva v mednarodnem merilu



# 7

## Ocena investicije uvedbe NaVTeZ

*Janko Burgar, Anže Droljc*

### 7.1. Ključne kategorije uvedbe in upravljanja NaVTeZ

V Tabeli 3 so navedene ključne kategorije, ki jih je treba financirati ob uvedbi NaVTeZ. Vsako kategorijo smo skušali obrazložiti in oceniti stroške investicije in upravljanja.

**Tabela 3: Ocena stroškov vzpostavitve in delovanja NaVTeZ v Sloveniji po ključnih kategorijah**

Kategorija	Ocena stroškov začetne investicije	Ocena rednega letnega upravljanja
Multidisciplinarni tim (ki vodi pripravo in uvedbo in v katerem je tako: podatkovni analitik, vodja programa – zdravnik, predstavnik ZZZS, predstavnik medicinskih tehnikov)	90.000 €/leto  Dodatni čas, naloge obstoječega tima, ki se obravnavajo skozi povečan obseg dela. Nove zaposlitve so pretežno nadomestne in začasne za izvajanje siceršnjih rednih operativnih nalog članov tima. Ožji multidisciplinarni tim: 4 osebe (20 % njihovega rednega časa) + predstavnik pacientov. Širši multidisciplinarni tim (5 %) × predstavniki vseh zdravstvenih zavodov s komplementarnim programom (11 javnih + 4 koncesija*). *Aktualno stanje izvajalcev na področju endoprotetike pri degenerativni bolezni kolena in kolka.	150.000 €/leto  Dodatni čas, naloge obstoječega tima, ki se obravnavajo skozi povečan obseg dela. Nove zaposlitve so pretežno nadomestne in začasne za izvajanje siceršnjih rednih operativnih nalog članov tima. Ožji multidisciplinarni tim: 4 osebe (20 % njihovega rednega časa) + predstavnik pacientov. Nadomestni zaposlitvi: 2 osebi.

Operativni izvedbeni tim	0 €/leto	75.000 €/leto
	So že vključeni v širši multidisciplinarni tim.	Predstavlja: 10 % časa dveh predstavnikov vsake organizacije, ki izvaja NaVTeZ: zdravnik + oseba, ki sodeluje z pacienti.
Usposabljanje (izobraževanja, službene poti, svetovanja) za zaposlene in deležnike (pacienti)	50.000 €	15.000 €/leto
Priprava strategije komuniciranja (interna in eksterna), promocijski dogodki in promocijski material	15.000 €	3.000 €/leto (del rednega komuniciranja)
Integrirani informacijski sistem (zajem podatkov) vključno z napravami za zbiranje in predstavitev podatkov (operativna IT-oprema)	Informacijski sistem: 350.000 € Operativna IT-oprema: Osrednji PC: 2.000 € Tablice: 500 €/napravo (7.500 €)	Informacijski sistem – vzdrževanje: 50.000 €/leto Operativna IT-oprema – vzdrževanje: 2.000 €/leto
Zunanji izvajalci (upravljanje in analiza podatkov, udeležba v mednarodnih projektih)	20.000 €	2.000 €/leto
SKUPAJ	534.500 €	297.000 €/leto (1.485.000 €/5 let)

Uvedba NaVTeZ je proces upravljanja sprememb, a ne vsega naekrat, ampak korak za korakom, specialnost za specialnostjo, do več kot polovice vseh obravnav do 2030

Predlog je podan za pilotni program in eno indikacijo/klasifikacijo na področju endoprotetike pri degenerativni bolezni kolena in kolka. Začetno investicijo predstavlja obdobje zasnovane in uvajanja do polne uvedbe in sprejetja vseh deležnikov, ki traja eno leto od polnega delovanja integriranega informacijskega sistema.

Za vsako spremembo in tako tudi za uvajanjem NaVTeZ stojijo primerno usposobljeni, motivirani in opolnomočeni ljudje. Stroški usposabljanja, prerazporeditev in nove zaposlitve bodo predstavljali večino investicije za uvajanje in izvajanje NaVTeZ. Poleg osrednje ekipe, ki bo vodila uvajanje NaVTeZ, bodo pomemben del tudi izvajalci – na eni strani stroka, ki bo opredelila kazalce in postavljala smernice za uporabo le-teh, a enako pomembno bo treba postaviti tudi strukturo, ki bo operativno izvajala NaVTeZ do tistih, ki so najpomembnejši vir podatkov – pacientov. Stroške multidisciplinarnega tima smo ocenili kot stroške dela jedrne ekipe, saj v tem delu novi zaposleni niso predvideni. Se pa kot nove zaposlitve upoštevajo novi sodelavci v operativni izvedbi uvajanja in izvajanja NaVTeZ. Posebej pomembno je, da se že v fazi razvoja sistema vključujejo tudi operativni timi posameznih oddelkov vseh javnih zavodov (in koncesionarjev), ki bodo del operativne izvedbe. Brez motivacije izvajalcev uvajanje NaVTeZ nima ustrezne perspektive. Poleg nefinančne motivacije, to je usposabljanj o vlogi NaVTeZ in pozitivnih sprememb za pacienta, je pomembna

tudi finančna motivacija. Finančne spodbude smo postavili kot plačilo za povečan obseg dela in je že vključen v delovanje timov v fazi priprave in izvedbe.

Eden najpogostejših razlogov za nizko stopnjo uspešnosti uvajanja NaVTeZ je slab oz. neustrezen odziv uporabnikov, kar je povezano tudi s tem, da sodelavci, ki so vključeni v NaVTeZ, niso prepričani, kako uporabljati rezultate in kako njihovo delo prispeva k uspešnosti uvedbe NaVTeZ. Dodatno bo treba poleg usposabljanja zaposlenih upoštevati stroške, potrebne za usposabljanje končnih uporabnikov – pacientov. V skladu s tujimi izkušnjami lahko stroške usposabljanja ocenimo tako, da poleg same izvedbe opredelimo tudi čas udeležencev na usposabljanju. Še večjo učinkovitost in sprejetost pri zdravnikih bomo dosegli s tem, da so izobraževanja in usposabljanja vključena v okvir kreditnih točk Zdravniške zbornice.

V okviru projektnega pristopa je sodelavcem in drugim deležnikom treba sporočiti razloge za spremembo in uvajanje NaVTeZ; v ta namen je treba razviti uradno strategijo vpeljave NaVTeZ in odnosov z javnostmi ali ciljno usmerjen pristop h komuniciranju upravljanja sprememb in uvajanja NaVTeZ. Prav komunikacija je eden od pomembnih elementov za pridobitev širšega razumevanja in s tem tudi vrste deležnikov v podporo projektu uvajanja NaVTeZ. Priprava strategije zahteva čas vpletenih kot tudi določeno mero svetovanja s strani zunanjih izvajalcev. V to kategorijo spadajo tudi promocijski dogodki in drobn material.

Integrirani informacijski sistem je res nujen element NaVTeZ in predstavlja vmesnike, ki delijo podatke deležnikov na preprost in varen način za izboljšanje zdravstvenih rezultatov. Običajno so pacientovi podatki razdrobljeni in deljeni med več sistemi in skladišči podatkov (administrativni, procesni, stroškovni, PROM-i in CROM-i itd.). Razvoj celostnega sistema je zahteven predvsem z vidika že obstoječih sistemov in nujne integracije z njimi kot tudi izvedbe informacijskega sistema za NaVTeZ, ki služi kot nadaljnja platforma za odločanje in napredek zdravstvenega sistema. V to kategorijo spadajo tudi stroški nove IT-opreme za potrebe delovanja NaVTeZ. To nujno investicijo je težko oceniti – pri oceni smo upoštevali izhodišča v poglavju, ki opredeljuje potrebno informacijsko platformo.

Vseh aktivnosti in vsega vedenja o NaVTeZ morda strokovnjaki v sistemu javnega zdravstva ne bodo zmogli sami. Vključenje zunanjih strokovnjakov – svetovalcev za NaVTeZ in za upravljanje sprememb je tako pomemben element, ki lahko pospeši in poveča učinkovitost uvedbe NaVTeZ. Dobro usposobljen strokovnjak na področju upravljanja sprememb v organizacijah ima lahko veliko dodano vrednost pri uvajanju NaVTeZ v prakso, saj pomaga pri uspešnem prehodu deležnikov in obvladovanju odpornosti proti spremembam. Predvsem je v tem delu pomembno vključiti dobre strokovnjake na področju analitike podatkov, saj je podatke treba obdelati na način, da so primerljivi z drugimi ustanovami ali celo mednarodno. V skladu s tujimi izkušnjami je velikokrat smiselno, da se v ta namen sklene pogodba z zunanjim, visoko specializiranim izvajalcem, ki se ukvarja z obdelavo in analizo podatkov. Ocena postavitve ogrođa analize in letnega angažmaja analize podatkov in priprave poročil je ocenjena na vrednost polovične angažiranosti enega strokovnjaka na letni ravni.

## 7.2. Povzetek ocene stroškov vpeljave in upravljanja NaVTeZ v Sloveniji na področju endoprotetike pri degenerativni bolezni kolena in kolka

Vsako uvajanje novosti je povezano z investicijo, ki v primer uvajanja na področju endoprotetike pri degenerativni bolezni kolena in kolka v šestih letih skupaj z začetnim obdobjem uvajanja (18 mesecev) uvajanja znaša nekaj več kot 2,02 milijona evrov.



Začetno obdobje uvajanja vključno z razvojem informacijske podpore znaša 534.500 evrov ter uvajanje za obdobje petih let po 297.000 evrov/leto ali skupaj 1.485.000 evrov v petih letih.

V primeru NaVTeZ to predstavlja začetno investicijo v kompetence in delovanje ekipe, ki znaša 140.000 evrov, kar je s 26,2 % vseh stroškov investicije še bistveno manj, kot pa je pričakovana investicija v integrirani informacijski sistem (IIS), ki obsega kar 67,3 % celotne investicije v obdobju razvoja in uvajanja. Če v del IIS vključimo še zunanjo podporo pri pripravi in obdelavi podatkov, je razmerje investicije v kadre (skupaj z usposabljanjem in komunikacijo), ki skupaj znaša 155.000 evrov (29,0 % vse investicije v začetnem obdobju), 395.000 evrov ali 71,0 % celotne investicije v NaVTeZ v začetni fazi. Zelo pomembno je, da IIS načrtujemo in razvijemo na način, ki omogoča preprosto adaptacijo na druga področja uporabe NaVTeZ, in da so pravice za uporabo in nadgradnjo v okviru javnega zdravstvenega sistema.

V fazi izvajanja NaVTeZ je glavnina sredstev 243.000 evrov (81,2 %) namenjena za plače in nagrade zaposlenih v okviru NaVTeZ ter le še manjši delež, tj. 52.000 evrov (17,3 %), za vzdrževanje IIS.

### 7.3. Digitalizacija NaVTeZ na ravni Slovenije in skupine indikacij

Že ob izvajanju pilotnega projekta NaVTeZ je smiseln razmislek o tem, kako pridobljene izkušnje, znanja in podatki prispevajo k razvoju javnega zdravstvenega sistema. Pomemben element pa je prav ustrezna informacijska podpora – vključno z osnovno in napredno analitiko (od poročil, podatkovnih skladišč do uporabe AI, ML itd.) in uporabo v praksi na nacionalni ravni. Ne glede na uvajanje na enem področju je zasnova IIS takšna, da bodo določene skupne funkcije in IT-rešitve lahko pri zajemu PROM-ov uporabljene na nacionalni ravni, zato da se zmanjša oz. prepreči podvajanje časa posameznikov in tudi večkratnega razvoja enakih funkcionalnosti rešitve IIS znotraj vsakega izvajalca zdravstvenih storitev.

Zato je smotrno pri načrtovanju IIS za nacionalno raven in večje skupine indikacij razmišljati celovito in dolgoročno ter zagotoviti financiranje za naslednja področja:

- Strateški razmislek in priprava podlag za uvajanje NaVTeZ v javni zdravstveni sistem, ki jo izvaja Nacionalna multidisciplinarna ekipa za NaVTeZ, bo ključna tudi za vzpostavljanje nacionalnih smernic za NaVTeZ, klinično modeliranje PROM-ov in CROM-ov ter določanje prioritet in bo nudila podporo lokalnim ekipam pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Odgovornost te ekipe so tudi definicija, razvoj in objava ključnih kazalnikov uspeha. V nacionalni ekipi morajo biti predstavniki stroke, pacientov, informatike, ZZZS, strokovnjakov s področja podatkov (poročila, analitika, podatkovna skladišča, AI, ML, raziskave itd.) kot tudi deležniki iz ključnih državnih institucij (npr. iz NIJZ, MZ, Zdravniške zbornice, Zbornice zdravstvene in babiške nege, Lekarniške zbornice itd.).
- Lokalna ekipa za uvajanje NaVTeZ pri vsakem od izvajalcev zdravstvenih storitev, ki bo zadolžena za uvedbo, podporo in lokalno spremljanje smernic, rezultatov, ne bo omejena zgolj na posamezna področja, temveč bo zajela vrste indikacij skladno s strategijo.
- Nadgradnja nacionalne digitalne infrastrukture za podporo programu NaVTeZ skladno s strategijo uvajanja v javni zdravstveni sistem.

Ocenjeni stroški v poglavju 7.2 se lahko štejejo kot (prvi) del nacionalne investicije

in kot prvi (pilotni) korak k uvedbi širšega nacionalnega programa. Spodaj podajamo okvirno oceno potrebne investicije za obdobje petih let za vsako od zgoraj naštetih področij (stroški pilota, opisani v poglavju 7.2, so v primeru širitve na nacionalno raven že vključeni v spodnjo oceno):

**Tabela 4: Nacionalna ekipa za uvedbo in izvajanje NaVTeZ na nacionalni ravni\***

Vloga	FTE	Okvirni letni strošek za FTE	Celotni letni strošek	5-letni strošek
Zdravnik	5	50.000 €	250.000 €	1.250.000 €
Medicinski tehnik	2	40.000 €	80.000 €	320.000 €
Klinični farmacevt	2	50.000 €	100.000 €	500.000 €
Predstavnik pacientov	2	40.000 €	80.000 €	400.000 €
ZZSZ	2	40.000 €	80.000 €	400.000 €
Predstavniki države (NIJZ, MZ itd.)	2	40.000 €	80.000 €	400.000 €
IT, ekipa strokovnjakov za podatke (analitika, AI, ML, t. i. zdravje prebivalstva, raziskave itd.)	8	50.000 €	400.000 €	2.000.000 €
Skupaj	23		1.070.000 €	5.270.000 €

\* Dejanski strošek v obdobju prvih petih let bo manjši, ker kalkulacija ne predvideva dinamike zaposlovanja. Predlagamo, da se nacionalna ekipa gradi skladno s širitvijo programa na nacionalni ravni.

**Tabela 5: Interna ekipa za NaVTeZ v posameznem zavodu**

Vloga	FTE	Okvirni letni strošek za FTE	Celotni letni strošek
Zdravnik	0,5	50.000 €	25.000 €
Medicinski tehnik	0,5	40.000 €	20.000 €
Klinični farmacevt	0,5	50.000 €	25.000 €
IT in podatkovni analitik	0,5	50.000 €	25.000 €
Skupaj			95.000,00 €

**Tabela 6: Nacionalna IT-infrastruktura za NaVTeZ**

Postavka	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Skupaj
Licenca	2.000.000 €					2.000.000 €
Vzdrževanje		320.000 €	320.000 €	320.000 €	320.000 €	1.280.000 €
2nd level podpora		160.000 €	160.000 €	160.000 €	160.000€	640.000 €
1st level podpora (24/7)		300.000 €	300.000 €	300.000 €	300.000€	1.200.000 €
Integracije z obstoječimi sistemi (HIS, KIS, Primar)	500.000 €					500.000 €
Licenca za analitično orodje (naročnina)	100.000 €	100.000 €	100.000 €	100.000 €	100.000 €	500.000 €
Vpeljava, šolanja	250.000 €	250.000 €				500.000 €
Skupaj**	2.850.000 €	1.130.000 €	880.000€	880.000 €	880.000 €	7.120.000 €

\*\* Ocena ne vključuje delovnih postaj (PC, tablice, pametni telefoni), osebnih naprav in strežniške infrastrukture.



**Boljši izidi ustvarijo višjo vrednost,  
tako v zdravju, kot v denarju**

*Boljši izidi ustvarijo višjo vrednost,  
tako v zdravju, kot v denarju*

# 8

## Finančne spodbude

*Dorjan Marušič*

Proces nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev ima ključno vlogo pri zagotavljanju dostopnosti, spodbujanju učinkovitosti ter zagotavljanju uspešnosti v sistemu zdravstvenega varstva. Celovit proces strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev vsebuje oba osnovna procesa: tako nakupovanje kot plačevanje storitev, kar zagotavlja spodbujanje kakovosti in učinkovitosti pri porabi finančnih virov v zdravstvu. Strateško nakupovanje vključuje odločitve o tem, katere pravice naj bi se kupovale, kako naj bi bile kupljene (proces nakupovanja) in kateri modeli plačevanja storitev naj bi se uporabljali.

### 8.1. Nespremenljivost zdravstvenega sistema v Sloveniji kot posledica neprilaganja plačevanja

Na tem področju je v Sloveniji še veliko možnosti izboljšav za vzpostavitev učinkovitega in strateškega pristopa nakupovanja zdravstvenih storitev tako, da so razpoložljivi viri lahko optimalno izkoriščeni in uporabljeni. Veljavni in vzpostavljeni sistemi plačevanja v našem sistemu večinoma sodijo v kategorijo plačila po storitvi z omejenim letnim proračunom in vgrajenimi spodbudami za stalno povečevanje produktivnosti (Prevolnik Rupel, Kuhar in Marušič, 2021). Težnja izvajalcev k izpolnitvi finančnega letnega načrta in zagotovitvi ustreznega priliva sredstev vodi v izvajanje boljše plačanih storitev, ki pa niso vselej v skladu s prioriteta zdravstvenega sistema in morda tudi ne s potrebami pacientov. Selektivno sklepanje pogodb z izvajalci predstavlja izjemno zahtevno nalogo, izogibanje selektivnosti pa ima lahko negativne posledice. Pristopov k selektivnemu pristopu v našem prostoru ni bilo veliko, poskusi so bili večinoma spolitizirani in hitro opuščeni. Uporaba pripoznanih in preverjenih orodij spremljanja izidov zdravstvene obravnave in upoštevanje vseh spremenljivih parametrov bi lahko spremenila dolgoletno neselektivnost pri izbiri izvajalcev.

V Sloveniji obstajajo številni kazalniki, ki merijo napake, neželene dogodke, smrtnost in druge potencialne negativne učinke, ki nastanejo v procesih zdravljenja, kazalnikov, ki bi merili učinek zdravljenja na zdravje prebivalcev, pa praktično ne uporabljamo. Tako ne vemo, kateri postopki, zdravila in druge zdravstvene tehnologije imajo na zdravstveno stanje prebivalcev pozitiven vpliv, kateri negativnega in kateri vpliva sploh nimajo. Ker izidov zdravstvene obravnave ne merimo, jih ne moremo primerjati s stroški zdravljenja, zato posledično stroškovne učinkovitosti posameznih tehnologij ne moremo izmeriti (Marušič, 2016).

Od dosežene samostojnosti Slovenije ZZZS kot plačnik zdravstvenih storitev v javni mreži ni razvil orodij strateškega naročanja in plačevanja storitev. V celotnem obdobju je bilo vključenih zelo malo spodbud izvajalcem za izboljševanje kakovosti in učinkovitosti, sredstva niso bila vedno razdeljena po prioriteta področjih. Prek plačil produkcijskih dejavnikov (delo, materiali, storitve, amortizacija) je ZZZS posredno vplival na nespremenljivost mreže izvajalcev. Spreminjal se je le obseg storitev pri posameznem izvajalcu glede na morebitno razpoložljivost dodatnih sredstev, nikakor pa ne glede na kakovost in vrednost izvedenih storitev za paciente (Prevolnik Rupel in Marušič, 2022).

Ob preživetem in izrabljenem sistemu dogovarjanja je pragmatični pristop vseh vlad ob vsakoletni zavrtnitvi na stotine pobud omogočal nespremenljivost sistema. Rigidnost javne zdravstvene mreže, vztrajanje pri zagotavljanju vseh obstoječih storitev, vpeljevanje novih tehnologij brez njihovega strokovnega ter stroškovnega vrednotenja in pomanjkanje dezinvesticij je pripeljalo zdravstveni sistem na eno najnižjih točk poslovanja, kjer je polovica prebivalcev na čakalnih seznamih, večina izvajalcev v javni mreži pa ima negativne izide poslovanja. Nato je nastopila pandemija.

## 8.2. Plačevanje kot vzvod sprememb v tujini

Pripoznanje izvedenega dela in finančna sredstva močno vplivajo na obnašanje ljudi na posamezni in kolektivni ravni (Porter in Kaplan, 2016). Prav kombinacija teh dveh spodbud ima ključno vlogo pri usmerjanju deležnikov v visokovrednostno obravnavo. Promocija obravnave na temelju izidov zajema celotni spekter obnašanja: finančne spodbude morajo biti del pogodb na temelju izidov in tudi javnih naročil na podlagi vrednosti. Ob tem so zelo pomembne uvedene psihološke spodbude v smislu preglednih meril, ki vplivajo na ponudnikov ugled in prepoznavanje ekipe. Te spodbude so usmerjene v spremembo vedenja v smeri povečanja vrednosti.

Pri spremembah vedenja so učinkovite tudi finančne spodbude. Plačila, ki temeljijo na vrednosti, na splošno nagrajujejo izvajalce za vrhunske izide, redko kaznujejo za inferiorne izide. Ob plačilu za celotno obravnavo oz. celoten sveženj obravnave moramo izvajalcu prepustiti vse prihranke, dosežene in dokazane z uporabo strukturnih kazalnikov, procesnih kazalnikov ali kazalnikov izidov.

Plačilni sistemi se lahko osredotočijo na eno samo zdravstveno stanje ali pa si prizadevajo širše izboljšati kakovost obravnave pacientov v vseh pogojih. Ob plačilu s svežnji so ponudniki plačani za vse storitve, postopke, teste, zdravila in naprave, ki se uporabljajo za zdravstveno obravnavo pacienta v celotnem ciklusu obravnave z vgrajenimi spodbudami za ohranjanje ali preseganje optimalnih izidov. Nagrajen je celoten team (Wohlin, Stalberg, Ström, Rolfson, Willers in Brommelset, 2017).

Cena svežnja in nagrade za kakovost mora biti prilagojena kompleksnosti pacientovega primera in doseženim izidom zdravstvene obravnave. Plačilo svežnja se lahko razdeli na osnovno plačilo (pričakovani stroški rutinske obravnave), zagotovljeno plačilo (pričakovani stroški zapletov) in nadomestilo za uspešnost (nagrada ali kazen na podlagi zdravstvenih izidov). Tudi ob takih metodah plačila je možen premik izvajalcev k izvajanju manj zahtevnih storitev in k bolj zdravim pacientom. Da bi preprečili neželeno izbiro, so plačila svežnje pri izračunu stratificirana in prilagojena tveganju v skladu s kontrolnimi spremenljivkami pacientov (Ekman, Lindahl in Nordin, 2016).

## 8.3. NICE v Angliji

NICE v Angliji, ki je v svetovnem merilu zagotovo vodilna institucija glede vključevanja različnih deležnikov v procese odločanja o javnem financiranju zdravstvenih storitev, od leta 1999 v svoje procese odločanja vključuje paciente in skrbnike kot uporabnike zdravstvenih storitev, vsako leto pa med njimi izvede tudi anketo, kako zadovoljni so s svojim doprinosom in načinom sodelovanja v procesih odločanja. Cilj takega preglednega in vsevključujočega delovanja NICE je dati ljudem priložnost za sodelovanje pri razvoju smernic, standardov kakovosti in odločanju o vključevanju zdravstvenih tehnologij v javno financiranje z namenom večjega fokusa in doseganja vrednosti zdravstvene obravnave za zavarovance – predstavniki pacientov in skrbnikov naj bi v procesih odločanja predstavili svoj pogled na bolezen in svoje izkušnje z

Prihranki zaradi  
boljših izidov  
morajo postati  
vzpodbuda,  
ne pa da se  
izgubijo v skupni  
blagajni

boleznijo ter smernice in odločitve naredili pacientu bolj prijazne (NICE, 2013).

#### 8.4. Dosedanji poskusi v Sloveniji niso uspeli

V letu 2012 je bil na predlog Ministrstva za zdravje prek Splošnega dogovora uveden obvezni kriterij potrebnih minimalnih storitev na leto na ravni bolnišnice kot pogoj za sklenitev pogodbe med bolnišnicami in ZZZS. Potrebnih 50 storitev naj bi se v naslednjih letih postopno povečevalo po izdelani projekciji. Izjema so bile storitve nižjega obsega na nacionalni ravni, ki so jih izvajale terciarne ustanove.

Ukrep se je spolitiziral in izigral že po letu dni. Od številnih razpoložljivih orodij za zagotavljanje kakovosti, varnosti in učinkovitosti je imel samo sistem mednarodne akreditacije bolnišnic s strani plačnika resnost namere dokazano v obliki finančne kazni. Leta 2013 uveden ukrep v Splošni dogovor, da lahko bolnišnica izgubi 0,2 % letnega proračuna, če ni vključena v proces akreditacije, je bil po štirih letih umaknjen s strani vlade.

#### 8.5. Predlog potrebnih ukrepov za uvedbo v Sloveniji

Dolgoročna vzpostavitev spremljanja zdravstvenih izidov bi predstavljala pomembno orodje za plačnika pri sklepanju pogodb z izvajalci. Tako bi bila lahko presežena dolgoletna praksa ZZZS ob sklepanju novih pogodb z izvajalci s preprostim prenosom stare in morebitnim povečanjem obsega storitev ob razpoložljivih dodatnih sredstvih. Pristop selektivnega sklepanja pogodb za izvajanje storitev na osnovi izidov zdravstvene obravnave bi posledično omogočilo oblikovanje in postavitve mreže po posameznih izvajalcih in dejavnostih.

v 14 mesecih  
od podpore  
MZ do  
uvedbe v prvi  
specialnosti

Koraki:

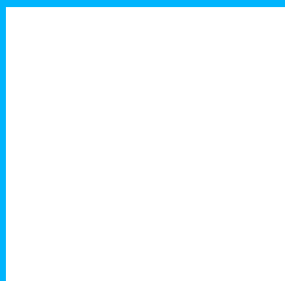
1. Prioritetni cilj zdravstvenega sistema naj bo doseganje vrednosti zdravstvene obravnave za paciente.
2. Na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava (NaVTeZ) povezuje plačilo izvajalcev s kakovostjo in vrednostjo zagotovljene obravnave in nagrajuje izvajalce za učinkovitost in uspešnost: za to je treba izmeriti izide zdravstvene obravnave za usmeritev k potrebam pacientov.
3. Izbrati je treba obravnave velikega obsega in vpliva, mednarodne kazalnike in motivirane posameznike.
4. Na podlagi obstoječih podatkov se sčasoma postavi standard ponujenih zdravljenj s prikazom odklonov kot osnova sklopa storitev za vsakega pacienta.
5. Vzpostavitev zbiranja, kontrole in analize podatkov ter poročanja informacij za ustrezno spremljanje in ocenjevanje.
6. Časovnica:
  - a. mesec 1: nastanek Uvedbene skupine;
  - b. od meseca 2 do 3: izobraževanja najožje skupine skupaj z izvajalci;
  - c. mesec 4: sklenitev Zaveze minister – GD ZZZS – GD NIJZ, vključitev nujnih deležnikov združenja – zbornice – društva;
  - d. mesec 5 do 11: izobraževanja, naročilo in priprava

- informatijske rešitve, vzpostavitev centra za zbiranje PROM-ov in analizo podatkov;
- e. mesec 12: testiranje rešitve, preverjanje
  - f. mesec 14: pričetek prvih uradnih meritev
  - g. mesec 17: uvedba dveh novih specialnosti, širitev indikacij v prvi specializaciji
  - h. mesec 20: prve stimulacije za dobre kazalnike, nekaznovanje slabih kazalnikov, določitev prehodnih obdobji za izboljšanje, posebna 5-odstotna nagrada za celotni program, razdeljena vsem vpletenim izvajalcem glede na skupno oceno napredka
  - i. mesec 24: pričetek uradnih meritev v novih specialnostih in indikacijah
  - j. mesec 25: uvajanje v naslednje tri specialnosti, dodatne indikacije v prvih treh
  - k. mesec 32: pričetek uradnih meritev v naslednjih specialnostih

Do 2030 je NaVTeZ mogoče uvesti v več kot polovico vseh indikacij.



**Najnižja cena ni zagotovilo vrednosti.**



# 9

## Javno naročanje, temelječe na vrednosti

Biserka Simčič

Če na eni strani NaVTeZ ponuja najboljši pristop za ohranjanje in izboljšanje zdravstvenih storitev, javna naročila, temelječa na vrednosti (JNTeV), po drugi strani omogočajo izvajanje tega pristopa z upoštevanjem skupnih stroškov obravnave in izidov zdravstvene obravnave ter tako prispevajo k preudarnejšim odločitvam pri nakupu.

Pri naročanju, temelječem na vrednosti, se odloča o nakupu, ki upošteva, da izdelek ali storitev kar najbolje zagotovi merljive izide, hkrati pa lahko zmanjša tudi skupni strošek obravnave – namesto da se osredotoča izključno na nakup določenega izdelka po najnižji možni ceni.

JNTeV zahteva multidisciplinarni pristop, saj potrebuje sodelovanje več deležnikov. Usklajeno je z direktivo EU, ki išče in spodbuja nove metodologije za prepoznavanje razmerja med kakovostjo in ceno pri ekonomsko najučinkovitejši ponudbi.

Največja ovira za uvajanje NaVTeZ, ki jo je ekonomist Uwe Reinhardt izpostavil ob izidu Porterjeve knjige *Redefining Health Care* (Porter, 2006), je prerazporeditev ekonomske moči in klinične avtonomije v zdravstvenem sistemu (Reinhardt, 2006). NaVTeZ dejansko ustvarja nove vrste razmerij med plačniki in izvajalci zdravstvenih storitev (plačila po svežnjih), med dobavitelji in kupci (javna naročila na podlagi vrednosti), med izvajalci samimi (benchmarking in sodelovanje pri vpeljavi dobrih praks) ter med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev (večja vključenost v zdravljenje in sodelovanje pri izražanju preferenc s strani pacientov). Vse te nove povezave, ki razmerja prevetrijajo in preuredijo, vplivajo na to, da deležniki v sistemu, v katerem je cilj doseganje večje vrednosti za pacienta, začnejo s tem ciljem evalvirati svoje aktivnosti in morda vzpostavljati drugačna obnašanja in sodelovanja.

Revolucionarni preskok s plačila na osnovi obljubljenih izidov na plačilo na osnovi dejanskih izidov.

### 9.1. Preskok iz plačila obljub v plačilo dejanskih izmerjenih izidov

Direktiva EU o javnem naročanju spodbuja celovitejši pristop do kakovosti proizvoda in do ocenjevanja stroškov v celotnem življenjskem ciklu proizvoda, kar pomeni, da edini kriterij v javnih naročilih ni več cena, temveč predvsem vrednost (EK, 2014). Direktiva je tudi na področju zdravja navdušila številna podjetja, da ponujajo in prodajajo tehnologije, ki vodijo do boljših izidov. Pri tem se oblikujejo nove oblike sodelovanja in pogajanj med dobavitelji in kupci, predvsem v zgodnjih fazah oz. procesu priprave ponudbe. V večini primerov javnega naročanja zaenkrat cena še vedno ostaja osnovno in edino merilo, pri tem pa je nujno vedeti, da najnižja cena ne pomeni nujno najvišje vrednosti. Po drugi strani je ponudbo, ki je osnovana na vrednosti, težje pripraviti. Ponudniki morajo oceniti celotne stroške v življenjskem obdobju tehnologije – tudi stroške zapletov – če se želijo približati vrednosti svojih produktov in če želijo stroške celovito opredeliti. Pri tem se morajo večinoma opirati na klinične študije in informacije, ki so jih v tem času pridobili od pacientov in kliničnega osebja.

Ponudniki morajo razumeti, da v okolju, ki na prvo mesto postavlja izide, ki so pomembni za pacienta, na vseh področjih lahko ostanejo konkurenčni le tako, da njihovi

proizvodi vodijo do visokokakovostnih izidov glede na celotne stroške produkta. Pri tem je seveda obljuba boljših izidov za pacienta eno, sprejetje odgovornosti in jamstva za take izide pa je nekaj popolnoma drugega. Pri naročilih na podlagi vrednosti gre v nekem smislu za revolucionarni preskok s plačila produktov na osnovi obljubljenih izidov na plačilo produktov na osnovi dejanskih izmerjenih izidov oz. izidov zdravstvene obravnave.

## 9.2. Javno naročanje v Sloveniji

Z Zakonom o javnem naročanju (2015) se v slovenski pravni red prenašajo direktive EU s področja javnega naročanja.

Direktiva 2014/24/EU o javnem naročanju glede meril za izbiro najugodnejše ponudbe predvideva izvedbo javnega naročanja s ciljem izbrati »ekonomsko najugodnejšo ponudbo«, kar pomeni doseči »najboljše razmerje med ceno in kakovostjo«.

Navedeno pomeni, da je v javno naročanje vedno vključen vidik cene ali stroškov, vendar praviloma ne le to. Ugotovitev, da je ponudba ekonomsko najugodnejša, lahko temelji tudi zgolj na podlagi cenovne ali stroškovne učinkovitosti, pri čemer ne gre za avtomatizem, temveč presojo glede na posamezni predmet javnega naročanja.

Navedenim načelom v celoti sledi Zakon o javnem naročanju (2015), ki v določbi drugega odstavka 84. člena določa:

»(2) Ekonomsko najugodnejša ponudba se določi na podlagi cene ali stroškov, ob uporabi pristopa stroškovne učinkovitosti, na primer z izračunom stroškov v življenjski dobi, kot ga določa ta zakon, in lahko zajema tudi najboljše razmerje med ceno in kakovostjo, ocenjeno na podlagi meril, ki se nanašajo na kakovost ter okoljske ali socialne vidike, povezane s predmetom javnega naročila ...«

Z vidika doseganja učinkov javnega naročanja mora naročnik preučiti in se odločiti, katera merila so v primeru konkretnega predmeta javnega naročanja pomembna, da bo v postopku javnega naročanja dejansko lahko izbral najugodnejšo ponudbo. Merilo je lahko samo cena ali stroški v življenjski dobi, vendar za to ni enotnega pravila oz. pogosto tako pravilo ne velja. Zgolj s pokrivanjem cenovnega vidika pri izbiri ponudbe lahko dosežemo ravno nasprotni učinek, ki se odraža v končnem spoznanju po zaključeni izvedbi naročila: najcenejše ni najboljše.

Izbira in določitev meril je zahtevna naloga glede na to, da morajo biti merila objektivna, kar pomeni skladna z načeli transparentnosti, nediskriminacije in enakopravnosti med ponudniki. Poleg tega morajo biti opredeljena, opisana in obtežena tako, da bo ponudnik prepoznal, kaj za naročnika pomeni »boljše« oz. »najboljše«, in se odločil, ali bo oddal ponudbo oz. kaj mora njegova ponudba vsebovati, da bo konkurenčna.

Naročnik mora dobro poznati predmet, ki ga naroča, ne glede na to, ali gre za blago, storitev ali gradnjo, upoštevajoč to pa mora postaviti tudi konkretna merila, na podlagi katerih bo mogoče doseči, da bodo na javni razpis prispele ponudbe, ki ne le, da zagotavljajo izpolnitev naročila (to pomeni, da izpolnjujejo zahtevane pogoje), temveč morajo biti take, da bo naročnik med njimi lahko izbral za svoje potrebe dejansko najugodnejšo ponudbo.

V praksi se zato naročniki pogosto zatekajo k temu, da predmet naročila sicer vsebinsko zadovoljivo opišejo (določijo tehnične specifikacije), kot merilo pa določijo zgolj ceno, čeprav bi bilo v konkretnem primeru nujno treba uporabiti še dodatna merila (npr. kakovost predmeta/storitve in/ali organiziranost, usposobljenost in izkušnost osebja, ki naj bi izvedlo naročilo, ipd.). Merilo zgolj cena je lahko primerno izključno,

Ponudnik lahko s svojim znanjem omogoči, da celoten zdravstveni tim delo opravlja bolje.

kadar je predmet naročila konfekcijske narave. V praksi se naročniki zanj odločajo mnogokrat tudi takrat, kadar to ni primeren pristop, ker na ta način relativno hitro lahko izvedejo javno naročanje in tudi tveganje za pritožbene postopke je v takem primeru relativno majhno.

V Sloveniji je bil leta 2010 prvi poskus plačila storitev vezan na kakovost opravljenih storitev z merjenjem izidov in učinkovitostjo opravljenih zdravstvenih storitev v okviru nacionalnega razpisa za operacijo kolka, kile, krčnih žil in sprostitve karpalnega kanala (obveza poročanja PROM). V letu 2020 je razmišljanje o nujnosti uvedbe plačevanja storitev na podlagi kakovosti opravljenega dela in izidov zdravstvene obravnave ponovno oživelo. Zakon o začasnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic COVID-19 (2020) med drugim določa izvedbo Nacionalnega razpisa (NR) za izboljševanje dostopnosti do zdravstvenih storitev za leti 2020 in 2021. V objavljenem NR 2021 in v predlogu NR 2022 so v merilih za izbiro ponudnika opredeljeni kazalniki, ki merijo z zdravjem povezano kakovost življenja na podlagi mednarodnega vprašalnika EQ-5D-5L. Kazalniki se zbirajo ob predoperativnem (prvem) pregledu in na kontrolnem (ponovnem) pregledu in so pogoj za plačilo zdravstvene storitve.

### 9.3. Dodatno plačilo za boljši izid – tuji primeri

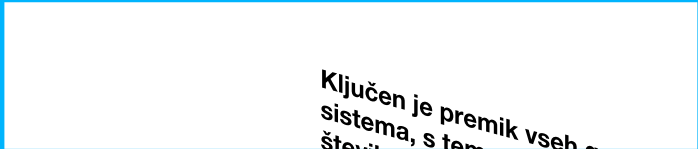
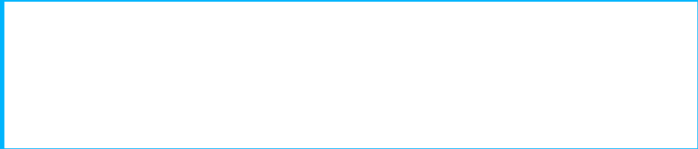
V letu 2016 je katalonska Agencija za informatiko v zdravstvu, ocenjevanje in kakovost (AQuAS), ki deluje v okviru ministrstva za zdravje, podpisala prvo pogodbo, ki temelji na vrednosti in uporablja merjenje izidov zdravstvene obravnave. Pogodba se nanaša na vsadne defibrilatorje. Po konkurenčnem dialogu sta se St. Jude Medical (Abbott) in Medtronic skupaj prijavila na javni razpis in podpisala štiriletno pogodbo v vrednosti 12 milijonov evrov. Dogovor, ki temelji na vrednosti, zadrži 3 % letne vrednosti pogodbe, dokler niso doseženi cilji, postavljeni z vidika merjenja izidov, kot sta npr. kakovost življenja in zadovoljstvo pacientov. Ponudniki morajo doseči prag 10-odstotnega izboljšanja v izidih, kot je izmerjeno s postavljenimi PROM-i. Mesečno poročilo predstavlja izide zdravstvene obravnave, med njimi tudi tiste, ki jih ocenjujejo pacienti. Razpis se je pokazal za izvedljivega in sprejemljivega, pri čemer je bilo jasno razvidno, da je izboljšal kakovost življenja pacientov. V naslednjih letih je zato AQuAS objavil številne razpise na podlagi vrednosti: v letu 2019 je tako objavil razpis za srčne spodbujevalnike, pri čemer se je 5 % ocenjevalnih kriterijev osredotočilo na kontinuiteto obravnave in PROM-e. Objavil je tudi razpis za aortno stenozo (in ne za dano tehnologijo (TAVI)), da bi razširil spekter inovacij in ocenil izide in stroške v celotnem ciklu obravnave (EIT Health, 2020).

Leta 2016 je Amgen na Finskem začel razvoj ekosistema NaVTeZ za multipli mielom v sodelovanju s hematološkimi enotami akademskih medicinskih centrov in drugimi tehnološkimi partnerji. Cilj je bil oblikovati inovativne cenovne sheme, izboljšati zbiranje podatkov in podporo pacientom za doseganje izidov. Ta ekosistem je zgrajen okoli terapije Kyprolis, odobrene za paciente s ponovitvijo in/ali refraktornim multiplim mielomom. Amgen trži Kyprolis za povprečno ceno 6.500 evrov na mesec. Če Kyprolis ob ustrezni uporabi ne prinese pričakovanih izidov, Amgen povrne stroške zdravstvene obravnave. Za zbiranje podatkov o izidih zdravstvene obravnave je Amgen sodeloval s Kaiku Health, podjetjem, ki se ukvarja s podatki in njihovo analizo, in univerzitetno bolnišnico Turku. Za sledenje najpomembnejšim simptomom so izbrali dobro uveljavljen instrument QLQ-C30 v kombinaciji s kratko različico validiranega vprašalnika o nevropatiji. Amgen je sodeloval pri stroških razvoja IT in podprl implementacijo, bolnišnice pa krijejo stroške licence, tako da lahko pacienti brezplačno uporabljajo rešitev e-PROM. Amgen to pobudo širi na druge klinike in

področja bolezni na Finskem.

#### 9.4. Uvedba naročanja na osnovi vrednosti v Sloveniji

1. V celoviti prenovi sistema javnih naročil v zdravstvu je treba implementirati zahtevo o nujnosti uporabe merila kakovosti predmeta/storitve na podlagi izidov zdravstvene obravnave (z jasno določenim deležem ocenjevalnih kriterijev, osredotočenih na izide zdravstvene obravnave).
2. Sklenjena pogodba javnega naročila mora obvezno vsebovati določbo, ki temelji na vrednosti in uporablja merjenje izidov zdravstvene obravnave, ki je tudi finančno ovrednoteno. Npr. zadržek izplačila deležev opravljene storitve letne vrednosti pogodbe, dokler niso doseženi cilji, postavljeni z vidika merjenja izidov (npr. pacientovo zdravstveno stanje ali sprememba v pacientovem zdravstvenem stanju).
3. Ustrezno oblikovanje struktur, ki bo vključevalo tudi paciente za pripravo in oblikovanje modela inovativnih cenovnih shem za pomoč pri oblikovanju javnih naročil zdravstvenih storitev, katerih izidi bodo temeljili na vrednosti zdravstvene obravnave za pacienta.
4. Priprava akcijskega načrta implementacije korakov 1–3 z jasno opredeljenimi odgovornimi nosilci in časovnico.
5. Nujno potrebno izobraževanje izvajalcev javnih naročil in drugih vključenih deležnikov o inovativnem pristopu v javnem naročanju (izobraževanja s strani MJU in Uradnega lista RS, lokalna in mednarodna izobraževanja, izmenjave dobrih praks itd.).



**Ključen je premik vseh gradnikov sistema, s tem pa tudi uskladitev številnih deležnikov**



# Implementacija na področju ortopedije

*Matej Drobnič, Gregor Cuzak*

## 10.1. Ortopedija kot možna prva specialnost

Uvedba NaVTeZ na področje ortopedije kot primer prve specializacije v Sloveniji je upravičena iz nekaj razlogov. Mednje sodijo: relativno manjša stopnja prepletenosti z ostalimi specializacijami, podobni zgledi praks uvajanja plačila po učinkih v tujini (navedeno v poglavju o tujih zgledih), dolžina čakalnih vrst na področju ortopedije (ZZZS, 2021) (700 dni za endoprotezo kolena, 550 dni za endoprotezo kolka) in z njo povezani bolniški staleži. Teh je izmed vseh boleznih v Sloveniji največ prav pri ortopedskih boleznih (NIJZ, 2021).

NaVTeZ je priložnost za napredek stroke in dvig kakovosti obravnave. Razvoju stroke že tako botruje tehnološki razvoj, a ta sam po sebi ne zadošča oz. ni dovolj, da nove rešitve vstopajo zgolj na ravni tehnologije. Podobno tudi ne gre zgolj za dodajanje meritve PROM na sicer nespremenjeno obravnavo pacientov. NaVTeZ tudi ni zgolj sprememba obračuna, četudi je prav obračun lahko med najmočnejšimi vzvodi za spremembo.

Ključen je premik vseh gradnikov sistema, s tem pa tudi uskladitev številnih deležnikov. Na področju ortopedije so po pomembnosti in vplivu na uspeh uvajanja najpomembnejši deležniki za uspešen začetek projekta: ortopedi (predstojniki, a tudi neformalni najbolj spoštovani vodilni zdravniki), direktorji bolnišnic (a tudi specialističnih ambulant in zdravstvenih domov, če so relevantni). Sekundarno morajo projekt ustrezno podpreti še združenja (ortopedov, RSK), zbornice (zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov) in društva pacientov.

## 10.2. Tuji zgledi

Uvajanje NaVTeZ v ortopedijo v mednarodni praksi je pogost primer ene od prvih medicinskih specialnosti, na katerih se zdravstveni delavci, ustanove in sistem učijo tega novega modela zdravstvene obravnave.

Da je treba meriti izide v ortopediji, kažejo velike razlike v izidih obravnave. Iz Nemčije poročajo o petkratnih razlikah v deležu ponovnih operacij zaradi zapletov pri operaciji kolen (Faktencheck Gesundheit, 2019), iz Švedske o šestkratnih razlikah pri deležu ponovnih operacij po menjavi kolka (Swedish Hip Arthroplasty Register Report, 2012). Valičani v poročilu o NaVTeZ navajajo, da je cilj merjenja izidov tudi zmanjšanje razlik v kakovosti zdravstvenih obravnave (Laing, 2021).

Treba je izpostaviti, da tudi v Sloveniji ZZZS spremlja kakovost ortopedskih obravnave pri endoprotetiki kolen in kolcev (ZZZS, 2021) in da prihaja do velikih razlik v kakovosti med izvajalci.

Positivni učinki uvedbe NaVTeZ so znanstveno dokazani (Bozic, 2019) s stališča boljšega lajšanja bolečin (izmerjeno s HOOS/KOOS Pain Score), blaženja bolezenskih

simptomov (HOOS/KOOS Symptom Score), izboljšanja parametrov duševnega zdravja (SF12v2) in večjega zadovoljstva pacientov (Hip & Knee Satisfaction Scale). Iz švicarske bolnišnice La Tour poročajo o dvigu vrednosti za paciente pri »total shoulder arthroplasty« za skoraj 80 % vseh obravnjav (Lädemann et al., 2021). Laing (2021) tudi poroča o študiji inštituta Cedar na Valižanskem, ki na skupaj 989 operacij kolen s cementiranjem proteze kaže dvig izmerjenega parametra Oxford Knee Score za povprečno > 16 točk. Posebno pozornost s stališča NaVTeZ in ortopedije si zasluži tudi neprofitna organizacija GLA:D iz Danske. Ta paciente z osteoartritisom kolen in kolkov izobrazi in motivira, da jim ni treba iti na operacijo, ker se njihovo stanje izboljša zaradi vadbe in spremembe življenjskega sloga (EIT Health, 2020).

### 10.3. PROM-i za ortopedijo

Najprej se moramo vprašati, na katerem področju ortopedije je najbolj primerno začeti uvajanje NaVTeZ. Gagnier (2017) v svojem preglednem članku o PROM-ih pri ortopediji navaja 25 različnih področij ortopedije in z njimi povezanih PROM-ov, navedbe se nanašajo na specifični mišično-skeletni del telesa, diagnozo na tem delu ali na poseg pri njem.

V Ekspertni skupini predlagamo, da je kot izhodišče za uvedbo NaVTeZ v ortopedijo treba začeti pri diagnozi in ne pri delu telesa niti pri posamični obravnavi ali posegu. Razlog za začetek pri diagnozi je v tem, da je v Sloveniji že uveljavljen obračun po Skupinah primerljivih primerov (SPP), te pa izhajajo iz skupnih diagnoz. Hkrati je cilj NaVTeZ ustvarjanje nove vrednosti tudi na osnovi inoviranja pri obravnavi. Če bi PROM-e utemeljili na vrsti obravnave, bi s tem omejili možnosti za variacije in s tem inovacije pri razrešitvi diagnoz.

Obenem predlagamo tudi, da za uvedbo NaVTeZ izberemo diagnoze, ki se pojavljajo na kolenu ali kolku – gre za dva dela telesa, za katera je v Sloveniji največ obravnjav. Ker je tudi diagnoz več, predlagamo, da se ortopedska stroka avtonomno odloči za eno diagnozo na kolenu in eno na kolku. Uvedba NaVTeZ bo hkrati potekala v vseh institucijah, kar bo posledično pomenilo, da bo izbor široko zastopanih diagnoz omogočil sodelovanje veliko različnih institucij – prej omenjeno poročilo o kakovosti endoproteze kolena na primer navaja 12 slovenskih izvajalcev zdravstvenih storitev.

Literatura navaja oblico različnih indikatorjev za vrednost zdravstvene obravnave, med najbolj vidnimi za koleno so KOOS, IKDC, OKS, WOMAC in drugi (Wang et al., 2010; Collins, 2011), za kolk sta med priporočenimi HAGOS, iHOT (Impellizzeri et al., 2018). Poleg specifičnih PROM-ov za ortopedijo in posamične diagnoze velja pred izbiro PROM-ov razmisliti o generičnih PROM-ih, kot sta na primer EQ-5D (EuroQol organizacija) ali SF-36 (Rand Corporation).

Izbor PROM-ov naj bo usklajen med ortopedi in Uvedbeno skupino, saj je največji cilj projekta ne le uvedba najkakovostnejših PROM-ov po presoji stroke, temveč tudi uvedba takšnih PROM-ov, ki bodo tudi najprimernejši glede na vključenost v projekt NaVTeZ, organizacije merjenja izidov pacientov, zajem podatkov, njihovo obdelavo in poročanje. Tako se zdi, da bo EQ-5D zaradi svoje splošnosti in preprostosti uporabljen pri več različnih specialnostih, ne le pri ortopediji. Takoj ko takšno merilo uporabimo, se izbor ortopedsko specifičnih PROM-ov lahko spremeni, saj merilo ne potrebuje več nekaterih splošnih specifik.

Končni izbor PROM-ov naj bo skupna odločitev treh skupin deležnikov, ki jih potrebujemo za uvedbo NaVTeZ, to je stroka – ortopedi, direktorji vključenih ustanov in Uvedbena skupina za NaVTeZ – s podporo trikotnika MZ – NIJZ – ZZZS (dokument o Zavezi).

V Ekspertni skupini predlagamo, da je kot izhodišče za uvedbo NaVTeZ v ortopedijo treba začeti pri diagnozi in ne pri delu telesa niti pri posamični obravnavi ali posegu.



## 10.4. Vloga ortopedov pri uvedbi NaVTeZ

Uvedba NaVTeZ nujno potrebuje podporo stroke, saj brez nje ni mogoče začeti projekta. Da bi lahko pridobili podporo ortopedov, tu navajamo, kako bo Uvedba vplivala nanje:

- merjenje kakovosti in izidov zdravstvene obravnave je v prvi vrsti namenjeno ortopedom, da jim omogoči napredovanje v strokovnem pogledu;
- deljenje podatkov bo stopenjsko in agregatno, posamični ortoped ne bo primerjan nacionalno – ne v strokovnem pogledu ne v nestrokovnem;
- kakovost bo nagrajena tako za posamične izvajalce kot skupinsko;
- mehanizmi kaznovanja bodo minimizirani – v prvem letu jih ne bo, kasneje bo namen zgolj preprečevanje namernih zlorab;
- financiranje boljše kakovosti izvira iz premise, da je bolje plačati takojšnjo zdravstveno obravnavo kot izbrati čakanje in bolniški stalež;
- obseg dela se ne bo zmanjšal, se pa bodo zmanjšale čakalne vrste;
- NaVTeZ bo obravnaval vse izvajalce enakovredno – vključeni bodo javni, koncesijski zasebni in zasebni izvajalci.

## 10.5. Druge okoliščine

- NaVTeZ ne bo edina sprememba, ki jo pričakujemo v zdravstvenem sistemu. V istem obdobju, ko pričakujemo uvedbo NaVTeZ, to je do leta 2030, bodo potekale naslednje spremembe, ki bodo imele vpliv tudi na program NaVTeZ:
- povečanje sredstev za zdravstvo je neizogibno in je del mednarodnih trendov, povzročajo pa ga staranje prebivalstva, nove metode zdravljenja (personalizirana medicina, precizna medicina, genetske terapije), nove tehnologije;
- izboljšati bo treba upravljanje pri izvajalcih – če tega ne storimo, tvegamo dokončni kolaps javnega sistema, kar za vzdržnost in enakopravnost zdravstvene obravnave v Sloveniji ni dobro; na problematiko jasno kažejo številna poročila Računskega sodišča;
- javno zdravje bo mogoče zagotavljati tako, da bomo poleg povečanja kakovosti obravnav in izidov uvajali še večji poudarek na preventivi, zgodnji diagnostiki, boljši paliativi ter boljši integraciji zdravstvenih storitev s storitvami socialne in dolgotrajne oskrbe;
- digitalizacija pospešeno vstopa v vse pore zdravstva, z njo je na voljo vse več podatkov, ključ ni več v količini podatkov, temveč v znanju upravljanja na osnovi le-teh; z menjavo generacij zdravnikov bo tudi delež povpraševanja po tovrstnih rešitvah v zdravstvu vse večji;
- zmanjšati je treba nerazumno preobremenjene zaposlene v zdravstvu – izgorelost in poslanstvo zdraviti ne gresta skupaj; problem je v slabi usklajenosti številnih deležnikov, posledično nastane slaba organizacija;
- okrepila se bo vloga pacientov samih – imajo vse več podatkov, hkrati morajo prevzeti večje breme za lastno zdravje in ustrezen življenjski slog, saj telesna aktivnost, uravnotežena prehrana, kontroliran

vnos škodljivih substanc, pozitivna samopodoba, možnost dobre zaposlitve, socialna mreža bistveno bolj vplivajo na zdravje kot zgolj zdravstvene obravnave;

- zdravstvo je soodvisno od šolstva, gospodarstva, sodstva, bivanjskih pogojev, okolja, vremena, družbene klime, hkrati pa lahko pozitivno sodeluje z vsemi temi sistemi; skupno vsem je prizadevanje za ustvarjanje vrednosti, napredek zdravstva pa je eden od stebrov napredovanja naše države in družbe in obratno – napredek države bo vplival na napredek zdravstva.

## Seznam kratic

ABD – activity based costing; merjenje stroškov na osnovi aktivnosti  
BIS – bolnišnični informacijski sistem  
CROM – clinician reported outcome measures; izidi zdravstvene obravnave, o katerih poročajo zdravniki  
DALY – disability adjusted life years; bolezensko prilagojena leta življenja  
DHP – Digital health platform; Digitalna zdravstvena platforma  
EHIS – European Health Interview Survey; Evropska anketa o zdravju  
EUHA – European University Hospital Alliance; Evropska zveza univerzitetnih bolnišnic  
ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement; Mednarodni konzorcij za merjenje zdravstvenih izidov  
IS – informacijski sistem  
IT – informacijska tehnologija  
JAZMP – Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke  
MZ – Ministrstvo za zdravje  
NaVTeZ – na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava  
NHS – National Health System; nacionalni zdravstveni sistem  
NICE – The National Institute for Health and Care Excellence; Nacionalni inštitut za odličnost zdravstvenega varstva  
NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje  
JNTeV – javna naročila, temelječa na vrednosti  
NR – nacionalni razpis  
OECD – Organization for Economic Co-operation and Development; Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj  
PREM – patient-reported experience measure; izkušnje z zdravstveno obravnavo, o katerih poročajo pacienti  
PROM – patient-reported outcome measures; izidi zdravstvene obravnave, o katerih poročajo pacienti  
RS – Republika Slovenija  
SPP – skupine primerljivih primerov  
TDABC – time driven activity based costing; merjenje stroškov na osnovi aktivnosti v odvisnosti od časa  
VBHC – Value-based Health Care; NaVTeZ; Na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava  
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## Izjava o finančni podpori

Pripravo Usmeritev za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji je s kadrovskimi in administrativnimi viri podprl HealthDay.si, skupnost za inovacije v zdravstvu. Vloženo delo vseh avtorjev je prostovoljno in neplačano. Stroške lektoriranja teksta je krilo Ministrstvo za zdravje RS. Stroške oblikovanja in tiskanja publikacije je krilo Združenje za medicinske pripomočke pri GZS – Medtech Slovenija.

–

Valentina Prevolnik Rupel je članica skupine EuroQol. Vsi avtorji izjavljajo, da niso prejeli nobene finančne in materialne podpore za pripravo teksta; da niso povezani ali finančno vpleteni s podjetji ali organizacijami, ki imajo finančni interes v vsebinah, obravnavanih v tekstu ter da ne obstajajo okoliščine, ki bi kakorkoli vplive na objektivno in nepristransko pripravo prispevkov avtorjev.

# Literatura

- Bozic, K. J. (2019). Why Value Based Health Care is Important for Physicians? Dostopno na: <https://www.isc.hbs.edu> (dostop 8. aprila 2022).
- Collins, N. J. (2011). Measures of Knee Function. *Arthritis Care & Research*, 63(S11): S208–S228. doi: 10.1002/acr.20632.
- Cossio-Gilc, Y. et al. (2021). The roadmap for implementing value based healthcare in European university hospitals – consensus report and recommendations. *Value in Health*. doi: [10.1016/j.jval.2021.11.1355](https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355).
- Dunning, A. J. (1996). Reconciling Macro and Micro concerns: objectives and priorities in healthcare. In: *Health Care Reforms; the will to change*. Paris: Health Policy Studies.
- EIT Health (2020). Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. Dostopno na: [https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe\\_web-4.pdf](https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf) (dostop 4. aprila 2022).
- Ekman, G. J., Lindahl, B. in Nordin, A. (2016). National quality registries in Swedish health care. Stockholm: Karolinska Institute University Press.
- Erge, A. P. B. D. S. et al. (2020). Advances in value-based healthcare by the application of time-driven activity-based costing for inpatient management: A systematic review. *Value Health*, 23(6), str. 812–823.
- European University Hospital Alliance. Dostopno na: <https://www.euhalliance.eu/> (dostop 14. februarja 2022).
- Evropska komisija (2014). Directive 2014/24/EU of the European Parliament and of The Council. Dostopno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:02014L0024-20180101> (dostop 13. februarja 2022).
- Faktencheck Gesundheit, (2019). Dostopno na: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/knieoperation/ergebnis-ueberblick/index.html> (dostop 8. aprila 2022)
- Gagnier, J. J. (2017). Patient Reported Outcomes in Orthopaedics. *Journal of Orthopaedic Research*, 35(10): 2098–2108. doi: 10.1002/jor.23604
- Hočevar, M. (2007). Kontroliranje stroškov: oblikovanje računovodskih informacij za managersko odločanje. Ljubljana: GV založba.
- EuroQol organizacija. Dostopno na: <https://euroqol.org/> (dostop 14. aprila 2022).
- Rand corporation. Dostopno na: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html) (dostop 14. aprila 2022).
- Impellizzeri, F. M., Jones, D. M., Griffin, D. et al. (2020). Patient-reported outcome measures for hip-related pain: a review of the available evidence and a consensus statement from the International Hip-related Pain Research Network. *British Journal of Sports Medicine*, 54: 848–857.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2016). Measuring what matters. Dostopno na: <https://www.healthdata.org/slovenia> (dostop 7. aprila 2022).
- Jönsson, B. (1996). Making sense of health care reform. In: *Health Care Reforms, the will to change*. Paris: OECD, Health Policy Studies.
- Kaplan, R. S. et al. (2014). Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 59: 399–412.
- Kaplan, R. S. in Anderson, S. R. (2004). Time-driven activity-based costing. *Harvard Business Review*, 131–138.
- Kazalniki kakovosti za načrtovane primarne endoproteze kolena za obdobje 2015–2020, ZZZS, avgust 2021.
- Keber, D., Leskovar, B. in Kerstin Petrič, V. (2003). Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.
- Keel, G. et al. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy*, 121(7): 755–763.
- Klopp, G. in Rutte, A. (2021). Value-based healthcare: The answer to our future healthcare challenges? Vintura.
- Krohwinkel, A. et al. (2021). Value-based healthcare in theory and practice – what we have learned?. LHC Policy Brief Nr 1, Leading Healthcare.
- Lädermann, A. et al. (2021). Measuring Patient Value after Total Shoulder Arthroplasty. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23). doi: 10.3390/jcm10235700.
- Laing, H. (2021). Value-Based Healthcare in Wales. Wales: Swanswae University School of Management.

Dostopno na: <https://www.europeanallianceforvalueinhealth.eu/case-study/value-based-healthcare-in-ivales/> (dostop 8. aprila 2022).

Larsson, S. et al. (2012). Use of 13 Disease Registries in 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. *Health Affairs* 31(1): 220–227. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22155485/> (dostop 9. februarja 2022).

ZZZS (2022). Letno poročilo ZZZS za leto 2021. Dostopno na: <https://www.zzs.si/?id=126&detail=12ED7829B4BE74DCC12587F80044EABD> (dostop 14. aprila 2022).

Marušič, D. (2016). Merjenje izidov zdravstvenih storitev (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2015). Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016\\_porocila\\_SL/Report\\_Purchasing\\_and\\_Payment\\_Review\\_Final\\_29\\_October\\_2015\\_FORMATTED\\_SI\\_R\\_last\\_brez\\_koncna.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016_porocila_SL/Report_Purchasing_and_Payment_Review_Final_29_October_2015_FORMATTED_SI_R_last_brez_koncna.pdf) (dostop 13. marca 2022).

BARMER GEK (2012). National quality report for the year of diagnosis 2012 from the National Prostate Cancer Register (NPCR) Sweden, Martini Klinik, Report Krankenhaus 2012, Patient-reported outcomes (EORTC-PSM), 1 year after treatment, 2010.

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2013). Guide to the methods of technology appraisal. Dostopno na: <http://www.nice.org.uk/article/pmg9/resources/non-guidance-guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf> (dostop 9. februarja 2022).

OECD. Project PaRIS: Patient reported Indicator Surveys. Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/paris/> (dostop 21. februarja 2022).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Slovenija: Zdravstveni profil leta 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285422-sl> (dostop: 9 aprila 2022).

OECD (1990). Health care systems in transition: the search for efficiency. Paris: OECD.

Oxfam (2016). An economy for the 1 %. 210 Oxfam briefing paper.

Podatkovni portal NIJZ, kategorija Zdravstveno stanje – bolniški stalež, izbrani podatki za 2020. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal> (dostop 10. aprila 2021).

Porter, M. E. in Lee, T. H (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. Dostopno na: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care> (dostop 10. februarja 2022).

Porter, M. E. in Olmsted Teisberg, E. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.

Porter, M. E. in Kaplan, R. (2016). How to pay for health care. *Harvard Business Review*, 94(7–8): 88–98, 100, 134.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *N Engl J Med*, 363: 2477–81. doi: 10.1056/NEJMp1011024.

Portharst, R. (2018). Personas of Leadership in Value-Based Care. *N Eng J Med Catalyst*, 4(4).

Simčič, B. et al. (2022). Kakovost in varnost v zdravstvu. Priručnik za zdravstvene delavce in sodelavce. Ministrstvo za zdravje. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/2-DRZAVNI-ORGANI-MZ/5-O-ministrstvu/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-prirocnik-februar-2022.pdf> (dostop 16. aprila 2022).

Prevolnik Rupel, V. in Marušič D. (2022). Ali lahko zanetim iskrico preboja? *Zdr Varst*, 61(2): 73–75. doi: 10.2478/sjph-2022-0010.

Prevolnik Rupel, V., Marušič, D. in Kuhar, M. (2021). Decision-making in Slovenian outpatient care: Can financial incentives reduce patient waiting lists?. *Medical Writing*, 30(3): 28–33. Dostopno na: <https://journal.emwa.org/medical-decision-making-and-health-technology-assessment/decision-making-in-slovenian-outpatient-care-can-financial-incentives-reduce-patient-waiting-lists/> (dostop 13. marca 2022).

Prevolnik Rupel, V. in Ogorevc, M. (2014). Use of the EQ-5D Instrument and Value Scale in Comparing Health States of Patients in Four Health Care Programs among Health Care Providers. *Value in Health Regional Issues*, 4: 95–99. doi: 10.1016/j.vhri.2014.07.001.

Reinhardt, U. (2006). Health reform: Porter and Teisberg's Utopian Vision. *Health Affairs*. doi: 10.1377/forefront.20061010.000063.

Slack, N., Brandon-Jones, A. in Johnston, R. (2013). Operations Management. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.

Swedish Hip Arthroplasty Register Report 2012. Dostopno na: <https://registercentrum.blob.core>

[windows.net/shpr/r/Annual-report-2012-HJBqLpig.pdf](https://windows.net/shpr/r/Annual-report-2012-HJBqLpig.pdf) (dostop 8. aprila 2022).

The Boston Consulting Group (2018). How Dutch hospitals make Value-based health care work. Dostopno na: <https://www.bcg.com/publications/2018/how-dutch-hospitals-make-value-based-health-care-work> (dostop 4. aprila 2022).

The Nordic Interoperability Project. Dostopno na: <https://nordicinteroperability.com/> (dostop: 14. februarja 2022).

VBHC Consortium. Dostopno na: <https://www.consortium-vbhc.org/en/home/> (dostop: 14. februarja 2022).

Wang, D. et al. 2010. Patient reported outcome measures for the knee. *J Knee Surg*, 23(3): 137–51. doi: 10.1055/s-0030-1268691.

Welsh Value in Health Centre (2022). Dostopno na: <https://vbhc.nhs.wales> (dostop: 13. februarja 2022).

Wohlin, J. et al. (2017). Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacement in Stockholm county. Stockholm: Karolinska Institutet.

World Economic Forum (2017). Value in Healthcare Laying the Foundation for Health System Transformation. Dostopno na: <https://www.weforum.org/reports/value-in-healthcare-laying-the-foundation-for-health-system-transformation> (dostop 12. februarja 2022).

World Economic Forum (2018). Value in Healthcare: Mobilizing cooperation for health system transformation, Insight Report. Dostopno na: <https://www.weforum.org/reports/value-in-healthcare-mobilizing-cooperation-for-health-system-transformation> (dostop 4. aprila 2022).

Zakon o javnem naročanju. Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21 in 10/22. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7086> (dostop 29. marca 2022).

Zakon o začasnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic COVID-19. Uradni list RS, št. 152/20. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8254&d-49683-s=3&d-49683-p=2&d-49683-o=1> (dostop 29. marca 2022).

#### (Footnotes)

1 Začetno investicijo predstavlja obdobje zasnove in uvajanja do polne uvedbe in sprejetja vseh deležnikov, ki traja eno leto od polnega delovanja integriranega informacijskega sistema.

