

ANALIZA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V
SLOVENIJI

Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev

Končno poročilo, oktober 2015

(nelektorirana verzija)



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev

**Končno poročilo
29. oktober 2015**

Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev

Avtorji:

Strokovna skupina Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike: Dimitra Panteli (2. poglavje), Ewout van Ginneken (3. poglavje), Wilm Quentin (4. poglavje), Anna Maresso (5. poglavje)

Slovenska delovna skupina: Andrej Robida, Mircha Poldrugovac, Suzana Jarc, Boris Kramberger, Jakob Ceglar, Bojan Popovič, Tatja Kostnapfel, Tanja Mate, Danica Rotar Pavlič, Andreja Čufar

Vsebina

SEZNAM TABEL, SLIK, OKENC IN PRILOG	I
SEZNAM KRATIC	III
1. POGlavJE: UVOD: STRATEŠKO NAKUPOVANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV V SLOVENIJI	1
2. POGlavJE: ZAVAROVANJE: KOŠARICA PRAVIC IN VREDNOTENJE ZDRAVSTVENIH TEHNOLOGIJ (HTA)	2
UVOD	2
SITUACIJA V SLOVENIJI	3
MEDNARODNE IZKUŠNJE	6
SKLEPI	11
SEZNAM LITERATURE	13
3. POGlavJE: PROCES NAKUPOVANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV	22
UVOD	22
SITUACIJA V SLOVENIJI	22
GLAVNE TEŽAVE IN IZZIVI	26
MEDNARODNE IZKUŠNJE	28
SKLEP	37
SEZNAM LITERATURE	39
4. POGlavJE: MODELI PLAČEVANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV IN PLAČILO ZDRAVNIKOV	41
UVOD	41
MODEL PLAČEVANJA ZA AKUTNO BOLNIŠNIČNO OBRAVNAVO	41
<i>TRENTNI MODEL PLAČEVANJA</i>	41
<i>GLAVNE TEŽAVE</i>	43
<i>MEDNARODNE IZKUŠNJE</i>	43
MODEL PLAČEVANJA ZA ZUNAJBOLNIŠNIČNE (SPECIALISTIČNE AMBULANTNE) STORITVE	47
<i>TRENTNI MODEL PLAČEVANJA</i>	47
<i>GLAVNE TEŽAVE</i>	48
<i>MEDNARODNE IZKUŠNJE</i>	49
MODEL PLAČEVANJA ZA PRIMARNO ZDRAVSTVENO VARSTVO	52
<i>TRENTNI MODEL PLAČEVANJA</i>	52
<i>GLAVNE TEŽAVE</i>	53
<i>MEDNARODNE IZKUŠNJE</i>	53
PLAČE ZDRAVNIKOV	57
<i>TRENTNI PLAČNI SISTEM</i>	57
<i>GLAVNE TEŽAVE</i>	58
<i>MEDNARODNE IZKUŠNJE</i>	58
SKLEPI	65
SEZNAM LITERATURE	66
5. POGlavJE: MOŽNOST UVEDBE MODELOV PLAČEVANJA PO USPEŠNOSTI	69
UVOD	69
OKVIR VODENJA KAKOVOSTI V SLOVENIJI	69
RAZPOLOŽLJIVOST PODATKOV IN KAZALNIKI USPEŠNOSTI	71
MEDNARODNI PRIMERI SHEM P4P	75
KONTROLNI SEZNAM ZA OBLIKOVANJE SHEM P4P	83
ZAKLJUČKI	85
SEZNAM LITERATURE	86

Seznam tabel, slik, okencin prilog

Tabele

Tabela 2.1: Tehnologije, ki so predmet HTA v nastajajočih razmerah (projekt ADVANCE_HTA, neobjavljeni dokazi)

Tabela 3.1: Število spornih vprašanj in datum odločitve, 2008–2015

Tabela 3.2: Število podpisanih pogodb in potrebnih arbitraž v obdobju 2008–2014

Tabela 3.3: Okvir regulativnih nakupov

Tabela 3.4: Merila kakovosti, ki se uporabljajo za proces nakupovanja v specialistični oskrbi v Estoniji (primer splošne kirurgije)

Tabela 4.1: Ustanove, odgovorne za SPP in stroškovno računovodstvo v devetih državah

Tabela 4.2: Izračun stroškov na SPP z uporabo notranjih uteži SPP

Tabela 4.3: Povprečen strošek za bolnišnico za SPP I47B v vzorcu podatkov o stroških InEK

Tabela 4.4: Odgovornosti ustanov za modele plačevanja za storitve in rednega posodobljanja

Tabela 4.5: Razpon plač zdravnikov v Sloveniji

Tabela 4.6: Plačni sistemi za specialiste, ki delajo v bolnišnicah, v sedmih državah

Tabela 5.1: Potencialni kazalniki za oceno uspešnosti zdravnikov družinske medicine na nivoju osnovnega zdravstvenega varstva

Tabela 5.2: Potencialni kazalniki za merjenje uspešnosti bolnišnic

Tabela 5.3: Povzetek programov P4P na osnovnem zdravstvenem varstvu v Angliji, Estoniji, na Danskem in v Nemčiji

Tabela 5.4: Elementi za oblikovanje programa P4P

Slike

Slika 2.1: Dimenzije zavarovanja z vidika izdatkov

Slika 2.2: Elementi lastnosti sistema in procesa HTA za nova zdravilav evropskih zdravstvenih sistemih

Slika 4.1: Pomembnost različnih modelov plačevanja na Nizozemskem, v Angliji in na Švedskem

Slike 4.2 a–c: Povprečni dohodki zdravnikov družinske medicine in plače v evropskih državah v OECD (v US\$PPP in plače zdravnikov družinske medicine v primerjavi s povprečno plačo), 2013, razen, če ni določeno drugače

Okenca

Okence 3.1: Ocena zdravstvenih potreb prebivalcev v Estoniji

Okence 3.2: Reforma danske mreže bolnišnic, 2007

Okence 3.3: Optimizacija sektorja bolnišnic v Estoniji

Okence 3.4: Slovaška minimalna mreža izvajalcev

Okence 4.1: Določitev ravni plačil na Nizozemskem

Okence 4.2: Formula glavarine Carr - Hill v Angliji

Okence 4.3: Okvir kakovosti in rezultatov (QOF) za zdravnike družinske medicine v Angliji

Okence 4.4: Nagrade za klinično odličnost v Angliji

Okence 5.1: Področja v QOF v letih 2013–2014 v Angliji

Okence 5.2: Področja v QBS v Estoniji

Okence 5.3: Področja uspešnosti programa nakupovanja na podlagi vrednosti v bolnišnicah
Okence 5.4: Seznam resnih prijavljivih dogodkov organizacije National Quality Forum iz ZDA

Priloge

Priloga 2. poglavje, tabela 1: Pregled dimenzij zavarovanja v osmih državah z visokimi prihodki

Priloga 2. poglavje, tabela 2: Ustanove, odgovorne za HTA (projekt ADVANCE_HTA, neobjavljeni dokazi)

Priloga 2. poglavje, tabela 3: Legenda za Sliko 2.2 (nova zdravila)

Priloga 2. poglavje, tabela 4: Vključitev deležnikov v HTA v nastajajočih razmerah (projekt ADVANCE_HTA, neobjavljeni dokazi)

Priloga 2. poglavje, tabela 5: Lastnosti nacionalnih shem HTA v petih državah regije CEE

Priloga 2. poglavje, tabela 6: Drummondova ključna načela za nacionalne programe HTA

Priloga 4. poglavje, tabela 1: Prilagoditve starostnih skupin prebivalcev in uteži v Estoniji, Latviji, v Litvi in na Švedskem

Priloga poglavje 5.1: Sheme P4P v osnovnem zdravstvenem varstvu – primeri držav

Seznam kratic

CEE	srednja in vzhodna Evropa
GA	Splošni dogovor
GP	zdravnik družinske medicine
FFS	plačilo za storitev
HTA	vrednotenje zdravstvenih tehnologij
MZ	Ministrstvo za zdravje
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
NHIS	Nacionalna anketa o zdravju
NHS	Nacionalni zdravstveni sistem v Veliki Britaniji
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
QOF	okvir kakovosti in rezultatov
P4P	plačilo po uspešnosti
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija

1. poglavje

Uvod: Strateško nakupovanje zdravstvenih storitev v Sloveniji

Vsi zdravstveni sistemi izvajajo določeno obliko nakupovanja zdravstvenih storitev. Najosnovnejša oblika je, da plačniki dodelijo sredstva izvajalcem. Če je ta oblika nakupovanja zdravstvenih storitev usklajena tudi s potrebami in z željami družbe v celoti, pa obstaja možnost, da ima ključno vlogo pri določanju celovitih zmogljivosti zdravstvenega sistema tudi glede učinkovitosti, kakovosti in stroškov.

Proces nakupovanja je več kot le sklepanje pogodb z izvajalci. Če odločevalci zares želijo doseči zelene rezultate, morajo za proces nakupovanja uporabiti širok sistemski pristop in delovati prek vseh različnih sestavnih delov procesa nakupovanja. Če se proces nakupovanja osredotoči le na posamezne elemente, kot so pogodbe, modeli plačevanja storitev ali tekmovanje med izvajalci, ne bo razvil svojega celotnega potenciala (Busse et al., 2007). Uvedba novega načina plačevanja po skupinah primerljivih primerov (SPP) zaradi višanja učinkovitosti, na primer, bo uspešna le, če lahko vlada tak sistem razvije in vzdržuje, če imajo izvajalci poslovne sposobnosti, da se odzovejo na nove finančne spodbude, in če so zdravstvene storitve, financirane z novim sistemom, podprte z dokazi o stroškovni učinkovitosti in so odzivne na zdravstvene potrebe ljudi.

Zato mora strategija nakupovanja zdravstvenih storitev odražati celovit in strateški pristop. Cilj strateškega nakupovanja je povečati učinkovitost zdravstvenega sistema z učinkovitim dodeljevanjem finančnih sredstev izvajalcem. To vključuje več elementov, ki se obravnavajo v tem pregledu procesa nakupovanja zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvu:

- Katere zdravstvene storitve je treba kupiti z upoštevanjem stroškovne učinkovitosti, npr. z uporabo vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA)?
- Kako jih je treba kupiti, s katerimi pogodbenimi mehanizmi in od katerih izvajalcev, da pokrijejo potrebe ljudi in nacionalne prioritete v zdravstvu?
- Katere modele plačevanj je treba uporabiti, da se optimizira učinkovitost sedanjega sistema?

V naslednjih poglavjih je vsak posamezen element obravnavan: i) z opisom trenutne situacije v Sloveniji; ii) z opredelitvijo težav ali zadev, ki negativno vplivajo na optimalno delovanje; iii) s predstavitevijo mednarodnih primerov o tem, kako druge države obravnavajo te elemente; iv) znavedbo možnih rešitev. Zadnje poglavje obravnava nujne predpogoje, ki so potrebni za uvedbo modela plačevanj po uspešnosti (P4P), s katerim bi nagradili izvajalce za kakovost in/ali dodaten trud.

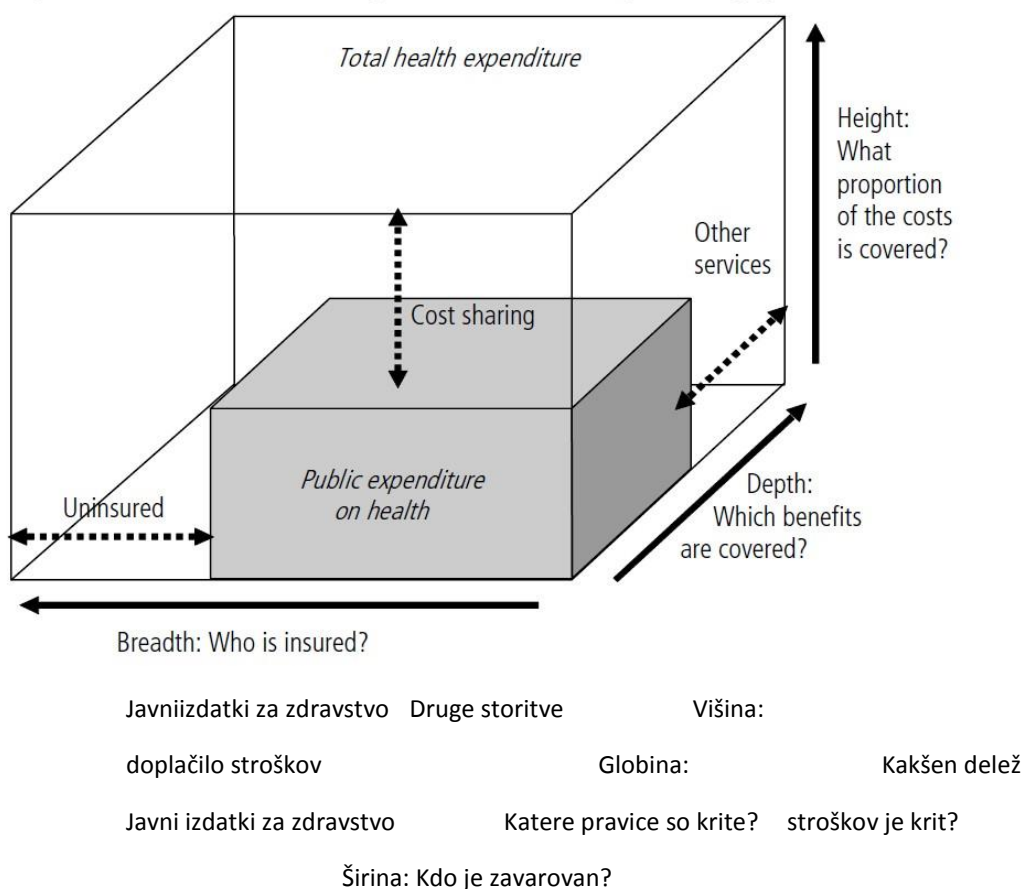
2. poglavje

Zavarovanje Košarica pravic in vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA)

Uvod

Zavarovanje kot zakonsko predpisan sistem vsebuje tri različne dimenzije: a) širino zavarovanja, ki prikazuje delež zavarovancev med prebivalstvom; b) globino zavarovanja, ki opisuje tip in število storitev, ki jih zavarovanje pokrije; c) višino, ki prikazuje obseg kritja vključenih storitev in ki niso predmet doplačila stroškov.¹ Kot je razvidno s slike 2.1, ima lahko zavarovanje različne oblike. Na primer: univerzalni sistemi glede na zavarovano prebivalstvo lahko vključujejo omejeno število storitev, ki so v celoti pokrite, ali obsežen paket storitev, a z večjim deležem doplačil na storitev.

Slika 2.1: Dimenzije zavarovanja z vidika izdatkov



¹Nekolikodrugična terminologija se uporablja za isti model, ki še vedno uporablja širino, ki označuje delež prebivalstva, ki je zavarovan; za opis, katere storitve so zajete, se uporablja beseda obseg kritja, za delež doplačil pa beseda globina. V bistvu se enako uporablja tridimenzionalni model.

Celovitost zdravstvenih storitev in izdelkov (eksplicitni ali implicitni katalogi/seznami/skupine storitev), ki jih pokrivajo javne zavarovalne sheme, predstavljajo košarico ali paket pravic. Obstajajo podobnosti med načinom določanja zakonsko predpisanih paketov pravic v različnih državah, vendar vsak sistem vsebuje edinstveno kombinacijo vsebinskih načel, skladno s katerimi se storitve obravnavajo za zakonsko predpisan paket pravic, in ustrezne procese odločanja. Kot splošno pravilo je širša definicija paketa pravic predpisana na višji zakonodajni ravni in predvsem razmejuje področja kritja. Pakete pravic nato centralno ali regionalno podrobneje določijo različni akterji na regulativni ravni, običajno na vsakem področju obravnave. Posledično nastanejo bolj ali manj eksplicitni katalogi pravic, ki lahko vsebujejo priporočila in/ali vključitev ali izključitev določenih storitev. Način sestave teh katalogov je pogosto povezan z načinom, kako države plačujejo storitve na različnih področjih zdravstvene oskrbe (Schreyögg et al., 2005).

Situacija v Sloveniji

Obseg zavarovanja – kdo je zavarovan?

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992 je določil javno shemo obveznega zavarovanja, ki danes velja v Sloveniji. Stalno prebivališče v Sloveniji je eden glavnih dejavnikov, ki določa upravičenost do zdravstvenih storitev, člani od 15 do 18 pa določajo tudi druge pogoje (poleg prebivališča), pod katerimi je oseba obvezno zavarovana. Shemo upravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) za vseh 25 kategorij zavarovanih oseb, določenih v 15. členu zakona.² Njihova upravičenost je določena tako, da je kritje dejansko univerzalno, razen tistih posameznikov, katerih zavarovalni status ni določen (< 1 % zavarovanega prebivalstva), večinoma zaradi nejasne situacije glede prebivališča (npr. za dnevne migrante, osebe, ki so se odselile, itn.).

Za različne kategorije zavarovanih skupin obstajajo različne prispevne stopnje. Zavod RS za zaposlovanje krije prispevke za nezaposlene, država in/ali občine pa za posameznike brez prihodkov, zapornike in vojne veterane. Upokojenci prispevkov ne plačujejo: krije jih Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. V zadnjih letih je ZZZS proaktivno spremljal število teh oseb in zagotovil, da so delodajalci plačevali prispevke v sistem. Ukrepi za zagotovitev, da mali podjetniki in samozaposlene osebe redno plačujejo prispevke, so bili uvedeni leta 2001 (78. a člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju), vključevali pa so določbe o odrekanju storitev, ki niso bile nujne, neplačnikom in njihovim sozavarovanim vzdrževanim družinskim članom.³

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je večinoma dopolnilno in ga plačuje približno 71 odstotkov prebivalstva ali približno 95 odstotkov prebivalstva, za katero velja doplačilo iz sheme dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja iz decembra 2014 (Albreht et al. 2016), ki jo omogočajo ena neprofitna in dve profitni zavarovalnici. Police dodatnega zdravstvenega zavarovanja ima le majhen delež prebivalcev.

Globina zavarovanja – kaj krije zdravstveno zavarovanje?

Obvezno zdravstveno zavarovanje krije vsa osnovna tveganja: 1) bolezni in poškodbe zunaj dela;

²Posebnosti zavarovanja glede poškodb pri delu in poklicnih boleznih določajo člani od 16 do 18.

³Izjema pri tem pravilu za otroke, pastorko, vnuko, brate in sestre je bila uvedena leta 2011.

2) poškodbe pri delu in poklicne bolezni (13. člen zakona). Med pravicami v kategorijah zavarovanih oseb skoraj ni razlik, vendar pa nekatere pravice, ki jih predvideva 13. člen (zdravstvene storitve, nadomestilo plače in povračilo potnih stroškov), ne veljajo za vse kategorije zavarovanih oseb. Upokojenci na primer niso upravičeni do bolniškega nadomestila, določeni samozaposleni in kmetje niso upravičeni do povračila potnih stroškov itn. Storitve, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, širše določa 23. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zakon prav tako določa, katere skupine prebivalstva (otroci in študenti do dopolnjenega 26. leta starosti) in kategorije storitev zavarovanje zajema v celoti (npr. nujne storitve; storitve, povezane z načrtovanjem družine, reprodukcijo in z nosečnostjo; preprečevanje in diagnosticiranje nalezljivih bolezni; obvezni imunoprofilaksa in kemoprofilaksa; storitve za številna vnaprej določena stanja, medicinsko oskrbo v ustanovah in doma). Vse druge storitve zahtevajo doplačilo, ki se lahko poravnava s plačilom iz žepa ali s polico dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Za večino področij zdravstvene oskrbe zakon ne vsebuje podrobnega seznama storitev⁴, določa pa, da delež doplačil pri storitvah določa ZZZS v dogovoru z vlado. Zato ZZZS izda »Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja«, ki jih mora sprejeti skupščina ZZZS, odobriti pa minister za zdravje (več informacij o deležu doplačila je v podpoglavju o *višini zavarovanja*). V praksi to pomeni, da zakon ne izključuje nobene storitve iz obsega kritja, vendar pa so lahko določene storitve (na primer lepotna kirurgija) izločene s »Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja«. Za zdravila veljajo pozitivna lista (popolno kritje), pozitivna lista z do 30-odstotnim doplačilom in vmesna lista (zahtevano višje doplačilo). Področje medicinskih pripomočkov ima svoja pravila (predvsem v regulativnih aktih ZZZS), ne obstaja pa nacionalni register medicinskih pripomočkov. Prav tako na nacionalni ravni ni opredeljen način preizkušanja novih tehnologij ter njihove kakovosti in učinkovitosti. To povzroča veliko težav pri določitvi košarice medicinskih pripomočkov, ki so predpisani neposredno bolnikom, in pripomočkov, ki jih zagotavljajo ponudniki zdravstvenih storitev.

Višina zavarovanja – koliko stroškov je zavarovanih?

Kot je navedeno zgoraj, številne storitve iz slovenskega sistema obveznega zavarovanja zahtevajo doplačilo, ki ga določi ZZZS v dogovoru z vlado. Delež, zajet v obvezno zdravstveno zavarovanje, se giblje med 10 in 90 odstotki, odvisno od področja zdravljenja ali dejavnosti. Na primer: nujne operacije, zdravljenje v enoti za intenzivno nego ter zdravljenje z radioterapijo in dializo zahtevajo največ 10-odstotno doplačilo, medtem, ko je ortodontsko zdravljenje odraslih krito le do 50 odstotkov, zdravila z vmesne liste pa le do 10 odstotkov (za zdravila s pozitivne liste se, na primer, zahteva doplačilo do 30 odstotkov). Izrecen nabor obveznih meril za določitev, kdaj ali koliko se spremenijo ravni doplačila, ne obstaja. Zato je večina sprememb deleža doplačil v letnih spremembah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja priložnostna. Sprožijo jih zdravstveni svet ali proračunske potrebe.⁵

Uvajanje (novih) zdravstvenih tehnologij

V Sloveniji vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) ni formalno vzpostavljeno kot pomoč pri uvedbi novih zdravstvenih tehnologij v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

⁴Izjeme so farmacevtski proizvodi in del zobozdravstva; podobni dejavniki veljajo za medicinske pripomočke, za katere bo pozitivna lista določena do julija 2017.

⁵Lekarne plača ZZZS glede na model plačila za storitev, ki temelji na točkah, ne glede na ceno izdanega zdravila, kar lekarn ne spodbuja k izdaji dražjih zdravil.

Zdravstvene tehnologije se običajno uvedejo arbitrarno, rezultat takega pristopa je, da imajo izvajalci veliko manevrskega prostora pri zagotavljanju storitev, za katere dobijo plačilo od zavarovalnice. To sega do medicinskih pripomočkov, vključno z in vitro diagnostiko, in tudi pomožnih naprav, neposredno predpisanih bolnikom, ki jih tudi uporabljajo. Področje medicinskih pripomočkov ima svoja pravila, določena predvsem v regulativnih aktih ZZZS, ne obstaja pa nacionalni register medicinskih pripomočkov. Prav tako ni opredeljen način vrednotenja novih tehnologij ter njihove kakovosti in učinkovitostina nacionalni ravni.

Obstajata dve vrsti vrednotenja. Zdravila se sistematično ovrednotijo po odobritvi dovoljenja za promet ter uvrstijo na pozitivno ali vmesno listo. Komisijo za razvrščanje zdravil na listo zdravil skliče ZZZS, da poda ustrezna priporočila, končno odločitev za vključitev pa sprejme ZZZS. Glavno merilo je učinkovitost, pomembni dejavniki pa so tudi stroški in stroškovna učinkovitost. Sodelujejo ustrezni strokovnjaki, običajno s Fakultete za farmacijo Univerze v Ljubljani, ki so v vsakem primeru odgovorni za oceno znanstvenih dokazov. Poleg tega je vlada sprejela poseben protokol za ovrednotenje predlogov za financiranje nove diagnostike, zdravljenj, postopkov in terapij. Zdravstveni svet na Ministrstvu za zdravje te predloge oceni s priložnostnim vprašalnikom, ki temelji na načelih HTA. Nato odobrene predloge obravnavajo partnerji: Ministrstvo za zdravje, ZZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti, njihovo kritje z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pa je predmet letnih dogovarjanj.

Ta vrsta vrednotenja odraža splošno usmeritev vlade, da izvede evropsko potrjeno HTA, ki jo je uvedla Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je bil uradno zadolžen, da sodeluje pri pripravi strokovnih podlag za vrednotenje zdravstvenih tehnologij v kontekstu evropske mreže HTA, ki jo predvideva direktiva (Uradni list RS, št. 14/2013, z dne 15. 2. 2013). Tako zdaj obstaja pravni okvir za vrednotenje visoke tehnologije, implementacija pa še traja. NIJZ je od leta 2010 vključen v Evropsko mrežo za vrednotenje zdravstvenih tehnologij EUnetHTA, katere partner je tudi Inštitut za zdravstveno ekonomiko.

Košarica pravic – glavni izzivi⁶

- Ekspliciten seznam zdravstvenih storitev ne obstaja (razen v nekaterih zgoraj navedenih primerih), kar pomeni, da imajo izvajalci veliko manevrskega prostora pri odločitvi, kaj bodo zaračunali zavarovalnicam. Zato lahko opravijo storitve po svoji presoji, potem pa ob prekoračitvi predvidenih sredstev zahtevajo dodatno financiranje. To lahko pripišemo dejstvu, da zaradi pravnih in regulativnih razlogov **ne obstaja mehanizem, ki bi določal, ali bodo nove storitve zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju ali ne**. Spremembe deleža doplačila se ne dogajajo sistematično (ni jasnega, redno uporabljenega mehanizma) in ne temeljijo na z dokazi podprtimi dejstvi. V tem kontekstu pa tudi ni mehanizma, ki bi določil, katere (zastarele) storitve bi bilo treba odstraniti iz obveznega zavarovanja.
- Zato pri odločanju, katere storitve bodo zavarovane in v kakšnem obsegu, nista upoštevani učinkovitost in/ali stroškovna učinkovitost. Potreba po formalizaciji HTA za zdravstvene

⁶Ta dokument je osredotočen na pravice, zato bodo mednarodni dokazi obravnavali predvsem težave pri določanju košaric pravic in HTA.

tehnologije, razen zdravil, je znana in je zapisana v nacionalnem planu zdravstvenega varstva. Vendar do zdaj **konsenza glede lokacije organa za HTA ali natančne sestave odgovornosti še ni.**

- Prenova teh praks in usklajen premik k odločanju na podlagi dokazov ter podrobnejša, izrecnejša določitev vključenih pravic bodo najverjetneje naleteli na **odpor v slovenskem zdravstvenem sistemu** tako s političnega vidika, saj si akterji ne želijo biti odgovorni za omejevanje zdravstvenega varstva z odločitvijo, da nekatere pravice ne bodo vključene, pa tudi pri izvajalcih, pri katerih se lahko pričakuje določen odpor do sprememb sistema, ki velja že veliko let in ki so se ga navadili.

Mednarodne izkušnje

Določitev storitev, ki imajo prednost pri javnem zavarovanju

Kot je bilo navedeno, se odločitev o tem, kaj bo zajeto v zavarovanju, sprejme na dveh ravneh. Področja zdravstvene oskrbe se določijo na višji (zakonodajni) ravni, kot velja v Sloveniji. Na tej ravni so vidne podobnosti med državami. Na primer: nekatera področja zdravstvene oskrbe so skoraj vedno vključena, kot sta primarno zdravstveno varstvo in akutna bolnišnična obravnava. Druga področja, na primer zobozdravstvo in lepotna kirurgija, pa so med področji, ki bodo najverjetneje izključena. Vendar pa se točen obseg storitev, ki jih bo vseboval paket pravic, spreminja in je predmet odločanja na regulativni ravni. Spodnji tekst nadalje prikazuje proces določanja košaric pravic v številnih zdravstvenih sistemih, vključno s sistemi, ki se financirajo iz davkov, sistemi, ki temeljijo na zavarovanju, in z mešanimi sistemi. Pregled značilnosti sistemov je v »priloga 2. poglavje, tabela 1:«.

Proces odločanja, katerega rezultat so *natančneje določeni paketi pravic*, in merila, ki jih določajo, so posebni za vsak sistem, njihova skupna značilnost pa je, da vse bolj prevzemajo pristope, ki temeljijo na dokazih. Na primer: Medicare Benefit Schedule (MBS) je v Avstraliji konkreten seznam storitev, ki jih financira vlada v okviru nacionalne sheme MedicareBenefitScheme. Zakon o zdravstvenem zavarovanju iz leta 1973 določa, da morajo biti storitve, ki želijo biti vključene, klinično pomembne (»splošno sprejete v medicini kot potrebne za primerne za zdravljenje bolnikov«) in vključene na seznam MBS. Glede storitev, ki naj bodo zajete, vladi svetuje Svetovalni odbor za medicinske storitve, ki zagotavlja neodvisno strokovno svetovanje o vseh novih in dopoljenih storitvah s seznama MBS glede njihove varnosti, učinkovitosti, stroškovne učinkovitosti in celotnih stroškov. Na Novi Zelandiji nacionalna zdravstvena komisija (NHC) oceni nove intervencije, ki jih posredujejo Ministrstvo za zdravje in nacionalni ali regionalni zdravstveni organi za javno financiranje. Za oceno se uporabi 11 meril, ki spadajo na področja klinične varnosti in učinkovitosti, stroškovne učinkovitosti, družbenih in etičnih zadev ter izvedljivosti sprejema. V tem sistemu je Agencija za farmacevtsko upravljanje (PHARMAC) odgovorna za oceno in razvrščanje zdravil, ki bodo vključena v nacionalno knjigo zdravil, medicinskih pripomočkov in cepiv v okviru novozelandskega sistema zdravil, ki je podskupina zdravstvenega sistema. Za vrednotenje tehnologij PHARMAC uporablja devet meril, ki med drugim zajemajo: razpoložljivost, klinične koristi in tveganja, stroškovno učinkovitost, vpliv na proračun, neposredne stroške in njihov položaj v sklopu zdravstvenih prioritet vlade.

Na Nizozemskem vlada določi seznam »ključnih« pravic, ki jih morajo zavarovalnice zagotoviti po

zakonu, temelječem na priporočilih nacionalnega zdravstvenega inštituta (*ZorginstituutNederland*). Večinoma se priporoča vključitev storitev, za katere se po vrednotenju na podlagi dokazov ugotovi, da so učinkovite. Vsa zdravila in medicinski pripomočki so ocenjeni, za oceno drugih kategorij (npr. zdravstvene storitve, tehnologije, proizvodi) pa morajo deležniki pisno zaprositi. Pri oceni intervencije *Zorginstituut* upošteva naslednja štiri merila: nujnost (resnost stanja in sposobnost bolnikov, da zdravljenje plačajo sami), učinkovitost, stroškovna učinkovitost in izvedljivost (vključno z upoštevanjem trajnostnosti). Pri sklepanju pogodb za zdravstveno oskrbo imajo zavarovalnice precejšen maneverski prostor, zato se med zavarovalnicami pojavljajo razlike v vsebini pogodbenih pravic.

V Nemčiji Zvezna komisija (*GemeinsamerBundesausschuss*, G-BA) izda smernice, ki določajo ali spreminjajo katalog pravic zakonsko predpisanih zavarovalnih ustanov za zdravstveno zavarovanje; s tem določi storitve, ki se plačujejo. Splošni pristop do zavarovanja se razlikuje po ravneh oskrbe: pri bolnišnični obravnavi se storitve lahko ponudijo (in so stroški povrnjeni), razen če jih G-BA (*Verbotsvorbehalt*) izrecno ne izključuje; pri specialistično-ambulantni obravnavi morajo biti storitve izrecno vključene v paket pravic, da so financirane (*Erlaubnisvorbehalt*). V obeh primerih odločitve temeljijo na načelih diagnostičnih ali terapevtskih koristi, zdravstvene nujnosti in stroškovne učinkovitosti. G-BA podpira strokovna ocena dokazov o zdravstveni koristi, ki jo poda inštitut za kakovost in učinkovitost zdravstvenega varstva (IQWiG), ki je neodvisen inštitut, ustanovljen leta 2004. Čeprav se vedno upoštevajo vsa tri merila, pa predvsem (dodana) korist odloča o vključitvi na seznam ali izključitvi s seznama.

V sistemih z *manj natančno definiranimi paketi pravic* veljajo različni pristopi k določanju prioritet v zdravstvu. S ciljem spodbujanja »primerne, potrebne in učinkovite« oskrbe nacionalni inštitut za odličnost v zdravstvu in oskrbi (NICE) v Angliji izda smernice za klinično učinkovita zdravljenja, ki jih zagotavlja NHS, in ovrednoti zdravstvene tehnologije glede njihove učinkovitosti in še posebej stroškovne učinkovitosti. NHS ponudi le pozitivno ovrednotene tehnologije; moč za sprejem končne odločitve pa imajo skladi Nacionalne zdravstvene službe (NHS) v Angliji in odbor NHS na Škotskem. Izrecno omejevanje ali razvrščanje okviru NHS je bilo v glavnem zavrženo, vendar pa NICE pri odločanju o stroškovni učinkovitosti tehnologije uporablja konkreten prag v višini od 20.000 GBP do 30.000 GBP na pridobljen QALY. Končne odločitve NICE ne temeljijo le na primerjalni stroškovni učinkovitosti. Vključujejo tudi druge dejavnike, na primer pravična porazdelitev sredstev. NICE lahko tudi priporoči, da se uporaba zdravstvene storitve omeji na določeno skupino ljudi, le če obstajajo jasni dokazi o povečani učinkovitosti v tej podskupini ali če obstajajo drugi razlogi, povezani s pravičnostjo v družbi, ali ustrezne pravne podlage.

Norveška nima natančnega seznama pravic za zakonsko predpisano zavarovanje. Parlament določi področja oskrbe, ki bodo zajeta v javno financiranem zdravstvenem sistemu, skupaj z merili za delitev stroškov in njeno zgornjo mejo oziroma kapico. Potrebo po določenih zdravljenjih, na primer po nenujnih operacijah, določi lečeči zdravnik, preden izpolni zahtevo za plačilo iz javnih sredstev. Medtem ko se obseg (in proračun) storitev določi na ravni lokalne skupnosti, pa so določene prednostne storitve, kot je pediatrična oskrba, ki so obvezne za vse lokalne skupnosti. Za različne vrste kategorij storitev se merila za razvrščanje (resnost stanja, učinkovitost, stroškovna učinkovitost) uporabljajo na različne načine. To ni niti uradno vrednotenje QALY, niti določena vrednost praga za odločitev o stroškovni učinkovitosti; se pa določeni zneski včasih uporabljajo za primerjave ali vrednotenja (npr. 500.000 NOK ali 60.355 USD na pridobljen QALY). Norveški znanstveni center za zdravstvene storitve (NOKC) izvaja

ekonomska vrednotenja storitev v imenu Ministrstva za zdravje in zdravstvene storitve, Norveškega direktorata za zdravje, Norveške agencije za zdravila in Nacionalnega sveta za določanje prioritet v zdravstvu.

Podobno je na Švedskem, vključene storitve v zavarovanje se zaradi decentraliziranega financiranja in zagotavljanja razlikujejo po državi. Odločitve o določitvi prioritet za določeno vrsto oskrbe glede na omejen zdravstveni proračun slonijo na smernicah, ki jih je leta 1997 (v Zakonu o določanju prioritet v zdravstvu, 1996/97: 60) sprejel švedski parlament (riksdag). Na priporočilo Parlamentarne komisije za določanje prioritet je zakon uvedel tako imenovano »etično platformo«, ki temelji na načelih človeškega dostojanstva, potrebe in solidarnosti ter stroškovni učinkovitosti v padajočem vrstnem redu po pomembnosti. Nacionalni model za pregledno določanje prioritet v švedskem zdravstvu (ki je bil zadnjič pregledan leta 2011) temelji na teh načelih in je namenjen odločitvam vseh vrst izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se financirajo iz javnih sredstev, v okrožnih svetih, občinah in v zasebnem zdravstvu.

V Združenih državah Amerike se paketi pravic v zasebnem zavarovalnem sektorju razlikujejo po zavarovalnici in vrsti zavarovanja, običajno pa vključujejo vsaj bolnišnično in specialistično ambulantno obravnavo in storitve zdravnikov. Zavarovanje in plačilo storitev sta v glavnem odvisna od tega, kaj izvajalci štejejo za »potrebno iz zdravstvenih razlogov«. Zakonski shemi, Medicare in Medicaid, zavarujeta različne skupine oseb in paketi pravic se razlikujejo po programih za vsako skupino. Zvezni program Medicare krije bolnišnično in specialistično ambulantno obravnavo ter zdravila na recept, večinoma pa izključuje zobozdravstvene storitve in storitve dolgotrajne nege. Medicare zavarovanje zahteva sorazmerno visokadoplčila; posledično veliko državljanov, vključenih v ta program zavarovanja, sklene police dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in tako imajo višje neposredne stroške. Čeprav ima Medicaid centralno določen seznam vključenih obveznih storitev, nižje razmerje delitve stroškov in prilagodljivejšo shemo izjem, pa lahko države, ki sofinancirajo to shemo, uveljavljajo omejitve obsega vključenih storitev (npr. letno število obiskov). Zato se vse tri dimenzije zavarovanja spreminjajo med in znotraj skupin zavarovanih oseb.

Kot je pričakovano, je definicija globine zdravstvenega zavarovanja zapletena in različna v različnih državah. Zanimivo je, da obstaja skupina temeljnih meril, ki so podobna v vseh državah – da morajo biti storitve potrebne in učinkovite ter da v določeni meri upoštevajo stroške. Vse navedeno nampove, da, v kolikor zavarovanje ne pokrije celotnega obsega, se najprej izločijo tiste storitve, ki ne prinašajo (dodane) vrednosti.

Struktura formalnega vrednotenja zdravstvenih tehnologij

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) je »meddisciplinarni proces, ki sistematično, pregledno, objektivno in preudarno združuje informacije o medicinskih, socialnih, ekonomskih in etičnih vprašanjih, povezanih z uporabo zdravstvenih tehnologij. Njegov cilj je oblikovati varne in učinkovite zdravstvene politike, ki se osredotočajo na bolnika in poskušajo doseči čim večjo korist« (EUnetHTA). HTA se uporablja kot orodje, najpogosteje v povezavi z odločitvami glede zavarovanja, ki vključujejo določitev cene in plačilo zdravstvenih tehnologij, kot so zdravila in medicinski pripomočki.

Seme za današnji HTA je bilo zasajeno v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja v ZDA kot

posledica razprav o širitvi in neučinkoviti uporabi novih zdravstvenih tehnologij. Od takrat je HTA postal dobro uveljavljen pristop v veliko evropskih državah, čeprav za različen obseg zdravstvenih tehnologij (tabela 2.1). V skoraj vseh zdravstvenih sistemih odločitve o plačilu zdravil vključujejo neko različico ocene dokazov, veliko držav pa je razširilo obseg HTA za odločitve o zavarovanju medicinskih pripomočkov in postopkov ter tudi dejavnosti javnega zdravja in storitev rehabilitacije. Stopnja, do katere priporočila, ki temeljijo na dokazih iz HTA, vplivajo na vključitev teh tehnologij v košarico pravic, se spreminja: v nekaterih primerih so neposredno povezana z odločitvijo o kritju (npr. v Nemčiji ali Angliji; glejte zgoraj), v drugih pa so temelj za različne ravni odločanja (npr. Avstrija).

Tabela 2.1: Tehnologije, ki so predmet HTA v nastajajočih razmerah (projekt ADVANCE_HTA, neobjavljeni dokazi)

	SK	LV	GR	PL	CZ	HR	LT	RU	EE	SI	BU	HU
Zdravila (vključno s cepivi in z drugimi biološkimi proizvodi)	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Medicinski pripomočki (vključno s diagnostičnimi proizvodi)	X	X		X		X	X		X			X
Medicinski postopki		X		X		X			X			X
E-zdravstvene tehnologije									X			
Intervencije na področju javne				X		X			X	X		
Drugo				X ^{a)}								

Opomba: a) nacionalni in lokalni vladni zdravstveni programi

Obstajajo različne vrste ustanov, ki izvajajo HTA (glejte »priloga 2. poglavje, tabela 2«). To je razvidno tudi iz sestave [skupine partnerjev EUnetHTA](#), ki vključuje zdravstvene oblasti, nacionalne inštitute, institucije za socialno varnost, akademske raziskovalne centre ali sklade in regionalne vlade. Pomembno je razlikovati med organi, ki pripravljajo poročila za svetovanje pri odločanju, in organi, ki so neposredno odgovorni za uvajanje zdravstvenih tehnologij. Z drugimi besedami: nekatere agencije le zbirajo in združujejo razpoložljive dokaze o tehnologijah, oceni dokazov, končna odločitev pa je v rokah drugih organov. V drugih primerih pa to izvedejo različne enote iste ustanovi (slika 2.2). Številni deležniki se lahko vključijo na različnih točkah procesa odločanja, ki temelji na dokazih iz HTA (priloga 2. poglavje, tabeli 3 in 4). Sodelovanje deležnikov je bistveno za legitimnost in preglednost sprejetih odločitev.

Slika 2.2: Elementi lastnosti sistema in procesa HTA za novazdravila v evropskih zdravstvenih sistemih

System Process Archetypes

	M	S	P	F	E
C 	DC (CYP) NCPE (IRE) DGFPS (SPA) MOH DTC (MAL)	INFARMED (POR)	AWMG (WAL) PDL (BUL) IMPRC (ICE) CHE (LAT) LRC (LIT) MSS (LUX) CC (SVK) SMC (SCO) TLV (SWE)	SUKL (CZE) DKMA (DEN) NOMA (NOR) AIFA (ITA)	
I 	HEK (AUS) INAMI (BEL) IQWIG (GER) OHTA (HUN) AHTAPol (POL)		NICE (ENG) HILA (FIN)		
A 	HAS (FRA) CFH (NET) FDC (SWZ)	SAM (EST)	MoH (ROM) ZZZS (SVN)		
X 					GREECE LIECHTENSTEIN

Sistemski procesni arhetipi

	M	S	P	F	E
	REG HTA CB	REG HTA CB	REG HTA CB	REG HTA CB	REG HTA CB
C TV EV AP	DC (CYP) NCPE (IRE) DGFPS (SPA) MOH DTC (MAL)	INFARMED (POR)	AWMG (WAL) PDL (BUL) IMPRC (ICE) CHE (LAT) LRC (LIT) MSS (LUX) CC (SVK) SMC (SCO) TLV (SWE)	SUKL (CZE) DKMA (DEN) NOMA (NOR) AIFA (ITA)	
I TV EV AP	HEK (AUS) INAMI (BEL) IQWIG (GER) QHTA (HUN) AHTAPol (POL)		NICE (ENG) HILA (FIN)		
A TV AP	HAS (FRA) CFH (NET) FDC (SWZ)	SAM (EST)	MoH (ROM) ZZZS (SVN)		

X Zunanji HTA AP					GRČIJA, LIHTENŠTAJN
------------------------	--	--	--	--	------------------------

Vir: Allen et al., 2013

Opomba: Ustanove po državah so razložene v »priloga 2.1, tabela 3«

Kratice: O = ocena; OK = organ zavarovanja; EV = ekonomska vrednost; HTA = vrednotenje zdravstvenih tehnologij; UO = upravni organ (za dostop do trga); TV = terapevtska vrednost

Centralno evropske in vzhodne države (CEE), ki jih je zajemala nedavna študija (Gulacsi et al., 2014), so v zadnjih letih storile pomembne korake k institucionalizaciji odločitev o zavarovanju, ki temeljijo na dokazih (glejte tudi »priloga, 2. poglavje, tabela 5«). Uporaba HTA je bila vključena v zakonodajo v več državah (npr. Bolgarija, Madžarska, Poljska, Romunija), pomembnost organov za HTA in rezultatov HTA pri odločanju pa je različno. Vse zdravstvene storitve, ki zahtevajo povračilo stroškov iz naslova zavarovanja, so predmet HTA v več državah regije CEE. Tako se v primeru držav, v katerih je HTA na novo institucionaliziran, se pri vrednotenju pogosto upoštevajo ocene in ekonomsko vrednotenje držav, kjer je ta koncept že dobro vpeljan. Nove analize redkejšje (v zadnjih letih jih je bilo nekaj v okviru madžarskega in poljskega HTA). Vseh pet držav regije CEE ima omejene strokovne zmogljivosti za opravljanje HTA, čeprav so na voljo usposobljeni raziskovalci in javni uslužbenci, naročanje strokovnjakov iz drugih držav za pomoč pri vrednotenju ni nezaslišano. Zato se priporoča, da strokovnjaki za HTA v državah regije CEE ustanovijo svojo skupnost – poleg teh na evropski in mednarodni ravni – in omogočijo bolj usmerjeno podporno mrežo, sodelovanje in bolj poglobljeno izvajanje HTA na splošno.

Na koncu pa je odgovornost odločevalcev – ali plačnikov ali politikov – da upoštevajo rezultate HTA, ki so odločilni dejavnik pri določanju obsega zavarovanja, če je institucionalizacija HTA učinkovita in koristna. Pravna in/ali regulativna postavitve sistema je ključni korak, a izvedba ustreznih določb zahteva spremembo kulture odločevalcev na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Nedavni nepotrjeni dokazi iz Avstrije kažejo, da so rezultati HTA, ne glede na njihovo preudarnost in pomembnost, izgubljeni, dokler ni politične volje za uvedbo in prevzemanje težkih odločitev, če so zdravstvene tehnologije brez vrednosti.

Sklepi

Glede na glavne izzive, s katerimi se spoprijema slovenski zdravstveni sistem glede svoje košarice pravic, mednarodni dokazi in priporočila za dobro prakso (glejte priloga 2. poglavje, tabela 6) krepijo naslednje predloge:

- Vzpostaviti je treba jasn mehanizem za odločanje, katere (nove) pravice bo vključevalo obvezno zdravstveno zavarovanje, in sicer tako, da bo vključevalo vse vrste zdravstvenih storitev in zdravstvenih tehnologij, kot so medicinski pripomočki. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij je že priznано kot primerno orodje za to. Implementacija HTA ne bi le zmanjšala neučinkovitosti, ampak tudi pomagala priboljši oskrbi bolnikov. Slovenija

že ima nekaj izkušenj s pristopi, ki temeljijo na dokazih, ki jih je treba razširiti in nadgraditi. Zakonska pooblastila za upoštevanje priporočil je treba razširiti.

- Čeprav v mednarodnem okolju ni »zapovedi« glede vrste organa, ki se mu zaupa izvedba HTA, je jasno, da mora biti neodvisen od finančnih interesov in izključno neprofiten. Po vsej verjetnosti bo izbira tem za oceno, vrednotenje dokazov in za končno odločitev glede košarice pravic doletela različne akterje v zdravstvenem sistemu. Zato je potrebna jasna, izrecna in regulirana razmejitev odgovornosti. V tem kontekstu je treba upoštevati tudi razliko med odobritvijo dovoljenja za promet z zdravstvenimi tehnologijami ali registracijo postopkov, za katere običajno zadostujejo dokazi o varnosti in kakovosti, ter z vrednotenjem pravic in vrednosti, ki je pomembno za odločitev o vključitvi v zavarovanje.
- Potrebna so tudi jasna merila – na regulativni ali institucionalni ravni – ki bodo vrednotenje usmerjala. Najpogosteje se uporabljajo učinkovitost, varnost in stroški (ali stroškovna učinkovitost). Z metodološkega vidika se lahko izkušnje pridobijo s sodelovanjem z izkušenejšimi državami, na primer v kontekstu EUnetHTA.
- Da bi se izvajali pristopi za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti, ki temeljijo na dokazih, je poglobljena politična volja, saj lahko taki pristopi privedejo do ugotovitve, da sistem socialne varnosti ne bi smel vključevati nekaterih storitev. To je mogoče nekoliko ublažiti, če so odločitve o zavarovanju sprejete pregledno in so razlogi zanje nedvoumni in zlahka dostopni. V tem pogledu je ključno sodelovanje vseh partnerjev.

Seznam literature

ADVANCE_HTA, delovni paket št. 6. Strengthening and implementing HTA in emerging settings: Central and Eastern Europe and Latin America and the Caribbean: pregled na podlagi pregleda literature in raziskav. Neobjavljeni dokazi (ustrezni avtor: Jaime Espin, Escuela Andaluza de Salud Pública (andaluzijska šola javnega zdravja), Jaime@easp.es)

Albrecht et al. (prihaja v 2016). Slovenia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2016; xx(x): 1–xxx.

Allen, N., Pichler, F., Wang, T., Patel, S., Salek, S.: Development of archetypes for non-ranking classification and comparison of European National Health Technology Assessment systems. *Health policy* 2013, 113: 305–312.

The Commonwealth Fund. Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2014. New York: The Commonwealth Fund; 2014.

Drummond, M. F., Schwartz, J. S., Jonsson B., et al. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(3): 244–258.

Gulácsi, L., Rotar, A. M., Niewada, M., Löblová, O., Rencz, F., Petrova, G., Boncz, I., Klazinga, N. S. Health technology assessment in Poland, the Czech Republic, Hungary, Romania and Bulgaria. *Eur J Health Econ*. maj 2014; 15 Suppl. 1: S13–25. DOI: 10.1007/s10198-014-0590-8.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., Anderson, C., eds. International Profiles of Health Care Systems 2014. New York: The Commonwealth Fund; 2014.

Panteli, D., van Ginneken, E. Defining health care benefit packages: how sufficientarian is current practice? In Fourie C., Rid A. (Eds.), *How much is enough? Sufficiency and thresholds in Health Care*. Oxford, Oxford University Press (prihajajoča).

Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco, M., Busse, R. Defining the Health Benefit Basket in Nine European Countries; Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ*. 2005; 6(Suppl. 1): 2–10.

Stephens, J. M., Handke, B., Doshi, J. A. International survey of methods used in health technology assessment (HTA): Does practice meet the principles proposed for good research? *Comparative Effectiveness Research*, 2012; 2: 29–44.

Priloga 2. poglavje, tabela 1: Pregled dimenzij zavarovanja v osmih državah z visokimi prihodki

Država	Strukturna raven zavarovalne sheme	Kdo je upravičen	Glavne storitve, ki zahtevajo doplačila	Višina doplačila	Finančna zaščita	Vrste PZZ	% prebivalcev s PZZ	% PZZ od CIZ	% PŽ v CIZ	% ovir zaradi stroškov (2013)	
Avstralija	centralizirana (regionalno vodena)	državljeni, stalni prebivalci, imetniki določenih vizumov	1) ambulantni obiski; 2) zdravila za zunanje bolnike; 3) (nekatero) storitve javnega in duševnega zdravja	1) 0–15 %; 2) stalna (24 USD na postavko); 3) spremenljiva	znižano doplačilo za ranljive skupine; najvišji mogoči letni znesek doplačila za storitve in zdravila	z dodatno dopolnilno	50 %	8,3 % (2012)	17,8 % (2012)	16%	
Anglija	centralizirana	prebivalci	1) zdravila za zunanje bolnike; 2) zobozdravstvo	1) 12 USD na postavko na recept; 2) do 315 za zdravljenje zob;	izjeme in znižano doplačilo za določene skupine prebivalstva	dodatno	11 %	2,7 % (2012)	9 % (VB) (2012)	4 % (VB)	
Nemčija	centralizirana (skladi zdravstvenega zavarovanja)	zakoniti prebivalci	1) zdravila za zunanje bolnike; 2) medicinski pripomočki; 3) bolnišnični/rehabilitacijski dnevi; 4) zobozdravstvo	1) 6,5–13 USD na recept; 2) spremenljiva; 3) 15 USD na bolnišnični dan (prvih 28 dni)	2 % prihodkov gospodinjstva (1 % za kronične bolnike)	nadomestno dopolnilno	11 % z osnovnim PZZ (2011)	9,3 % (2012)	12,9 (2013)	15 %	
Nova Zelandija	prenesena	stalni prebivalci	1) obiski pri zdravnikih družinske medicine; 2) zdravila za specialistov	1) 10–27 USD na obisk; 2) 3,4 USD na postavko (do 20 postavk letno);	dodatna določila za ranljive skupine	dodatno dopolnilno	33 %	4,8 % (2011)	10,9 % (2011)	21 %	

Norveška	decentralizirana	stalni prebivalci	1) obiski pri zdravniških in družinski medicini; 2) obiski pri specialistih; 3) zdravila specialistov; 4) diagnostični testi; 5) fizioterapija; 6) zobozdravstvo	1) 16 USD 2) 35 USD 3) do 57 USD na leto 4) 25 USD oz. 6 % 5) spremljiva	letna zgornja meja (npr. 126 USD za storitve zdravstva in 252 USD za zdravila)	dodatno	7 % (2013)	0,7 % (2011)	15 % (2012)	10 %
Švedska	decentralizirana	zakoniti prebivalci	1) obiski pri zdravniških in družinski medicini; 2) obiski pri specialistih; 3) bolnišnični dnevi; 4) zdravila na recept; 5) zobozdravstvo	1) 14 USD–34 USD 2) 23 USD–40 USD 3) 10 USD–11 USD 4 in 5) se spreminjata odvisno od obračunane doplačila	letna zgornja meja (npr. 126 USD za storitve zdravstva in 252 USD za zdravila)	dodatno	5 % (2014)	0,3 % (2012)	16,5 % (2012)	6 %
Nizozemska	centralizirana (zdravstvene zavarovalnice)	prebivalci, davkoplačevalci ki živijo v tujini	1) fizioterapija; 2) zobozdravstvo; 3) nekatera zdravila in medicinski pripomočki	obvezen odbitek v višini 436 USD na leto	izjeme in oprostitve za določene skupine	dopolnilno dodatno	85% dopolnilno (2013)	7,8% (2010)	11,9% (2011)	22%
Združene države (2013)	centralizirana (Medicare & Medicaid)	prebivalci (34 % krijejo javni programi v letu 2013)	spremenljive	spremenljiva	spremenljiva	primarno (delodajalsko, posamezno) dodatno za odrasle, starejše od 65 let	64 % (osnovno 2013)	33,4 % (2012)	12 % (2013)	37 %

Viri: Mossialos et al., 2014, The Commonwealth Fund 2014

Opombe: PZZ – prostovoljno zdravstveno zavarovanje; CIZ – celotni izdatki za zdravstvo; PŽ – plačila iz žepa

Priloga, 2. poglavje, tabela 2: Ustanove, odgovorne za HTA (projekt ADVANCE_HTA, neobjavljeni dokazi)

Albanija	Sektor za upravljanje medicinskih pripomočkov Nacionalni center za kakovost, varnost in akred zdravstvenih ustanov (NCQSA) Oddelek za plačila (Departamenti i Rimbursimit/DR/RD) pri HII v sodelovanju s farmace direktoratom pri MSH (Drejtoria Farmaceutike/DF) je odgovoren za plačilo farmacevtskih proizv [ni uradnega postopka HTA]
Belorusija	Republiški znanstveni in praktični center za zdravstvene tehnologije, informatizacijo, administra za upravljanje zdravstvenega varstva [ni uradnega postopka HTA]
Bosna in Hercegovina	Dokaze o terapevtskih koristih in ekonomskem učinku zdravil oceni komisija za zdravila. Merila za plačilo določi HIF. [ni uradnega postopka HTA]
Bolgarija	Nacionalni svet za cene in plačilo medicinskih proizvodov (NSCRLP) je odgovoren za oceno, ovrednotenje in za plačilo.
Hrvaška	Agencija za kakovost in akreditacijo v zdravstvu in socialnem varstvu je odgovorna za oceno. Hrvaški inštitut za zdravstveno zavarovanje (HZZO) (»Komisija za zdravila« in »Komisija za medic pripomočke«) je odgovoren za oceno.
Ciper	Komisija za zdravila je odgovorna za oceno, ovrednotenje in za odločitev o plačilu zdravil.
Češka	Imetnik dovoljenja za promet je odgovoren za oceno. Državni inštitut za nadzor zdravil (SUKL) je odgovoren za ovrednotenje.
Estonija	Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje je odgovoren za vrednotenje. Ocena temelji na inform ki jih odda kandidat. [ni uradnega postopka HTA]
Grčija	Nacionalna organizacija za zdravila (EOF) v sodelovanju z nacionalno organizacijo za n zdravstvenih storitev Grčije (EOPYY) sta odgovorni za oceno in ovrednotenje. [ni uradnega postopka HTA]
Madžarska	Glavni oddelek za vrednotenje tehnologij na nacionalnem inštitutu za kakovost in organizacijski v zdravstvu in medicini (THAD – GYEMSZI TEI) je odgovoren za oceno in ovrednotenje.
Kosovo	[ni uradnega postopka HTA]
Latvija	Center za zdravstveno ekonomiko pri NVD je odgovoren za oceno in ovrednotenje.
Litva	Državna agencija za akreditacijo v zdravstvu (VASPVT) izvaja ocene medicinskih pripomočkov. Komisija za bolezni ter plačila za zdravila in medicinske pripomočke pa tudi nacionalni za zdravstveno zavarovanje sta odgovorna za ovrednotenje zdravil. Večino informacij zagotovi p ki kandidira, in dodatne analize se običajno ne izvajajo.
Makedonija	MZ, urad za zdravila, komisija za MAH
Moldavija	Agencija za zdravila
Črna gora	MZ
Poljska	Agencija za vrednotenje zdravstvenih tehnologij Poljske (AHTAPol –AOTM) je odgovorna za

	oceno. Svet za preglednost je odgovoren za ovrednotenje.
Romunija	MZ [ni uradnega postopka HTA]
Rusija	Oddelek za visoko in stalno izobraževanje za javne uslužbence, ki ga je ustanovila predsedniška administracija (RANE).
Srbija	Nacionalni zavod za zdravstveno zavarovanje (RFZO) [ni uradnega postopka HTA]
Slovaška	Delovna skupina za farmakoekonomiko, klinične rezultate in HTA na MZ
Slovenija	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) [ni uradnega postopka HTA]
Turčija	Generalni direktorat za raziskave v zdravstvu (Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ali SA) ali Agencija za zdravila in medicinske pripomočke (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ali İTİK) in Zavod za socialno varnost (Sosyal Güvenlik Kurumu ali SGK). Komisija za medicinsko in ekonomsko vrednotenje je odgovorna za oceno. Komisija za preglednost je odgovorna za ovrednotenje in končno odločitev. Zavod za socialno varnost (SGK)
Ukrajina	Agencija za vrednotenje zdravstvenih tehnologij Ukrajine (UAOTZ)

Priloga 2. poglavje, tabela 3: Legenda za sliko 2.2 (nova zdravila)

Table 1

Agencies for national regulatory, HTA and coverage decision-making pathways with national population estimates and GDP.

Country	Regulator	HTA	Decision maker	GDP US\$Bn 2011 [*]	GDP PPP US\$Bn 2011 [*]	Population (Million) 2012 estimates [†]
Austria	BASG/AGES	HEK	HVB	425	351	8.22
Belgium	AFMPS/FAGG	CTG/CRM	FPSSS	529	412	10.44
Bulgaria	BDA	Positive Drug list committee	PDL	54	101	7.04
Cyprus	Drug Council	Drug Committee (DC)	Minister of Health	26	24	1.14
Czech	SUKL			220	272	10.18
Denmark	DKMA			331	207	5.54
England	MHRA	NICE		2481 ^(UK)	2250 ^(UK)	52.23 ^{**} (2010)
Estonia	SAM		Ministry of Social Affairs	23	27	1.27
Finland	FIMEA	HILA				5.26
France	AFSSAPS	HAS	UNCAM	2808	2214	65.63
Germany	BfArM	IQWiG	G-BA	3629	3085	81.31
Greece	EOF	-	Minister of Labour & social Security, Minister of Health & social Solidarity	312	308	10.77
Hungary	OGYI	ESKI	OEP	133	195	9.96
Iceland	IMA	IMPRC		14	12	0.31
Ireland	IMB	NCPE	HSE	222	181	4.72
Italy	AIFA		AIFA & regional governments	2246	1822	61.26
Latvia	VAZ	CHE		27	35	2.19
Liechtenstein	Department of Medicine	-	Department of Health and Accident Insurance	5	5	0.04
Lithuania	VVKT	Reimbursement Committee	Ministry of Health	43	61	3.52
Luxembourg	Ministry of Health Division of Pharmacy and Medicines	Ministry of Social Security		63	44	0.50
Malta	Medicine Authority	Ministry of Health, the Elderly and Community Care	Ministry of Health, the Elderly and Community Care	9	11	0.41
Netherlands	CBG/MEB	CFH	VWS	858	706	16.73
Norway	NOMA			479	265	4.71
Poland	URPL	AHTAPol	MZ	532	766	38.42
Portugal	INFARMED		Minister of Health	242	247	10.78
Romania	ANMDM	Ministry of Health (MoH)		185	264	21.85
Scotland	MHRA	SMC	SMC & area drugs and therapeutics committee (RHB)	2481 ^(UK)	2250 ^(UK)	5.22 ^{**} (2010)
Slovakia	SUKL	Categorisation Committee (CC)	Minister of Health	97	127	5.48
Slovenia	JAZMP	ZZZS		52	59	2.00
Spain	AEMPS	DGFPS	DGFPS & autonomous health authorities	1537	1411	47.04
Sweden	MPA/NAM	TLV/LFN		572	380	9.10
Switzerland	Swissmedic	FDC	BAG/OFSP	666	341	7.66
Wales	MHRA	AWMG	Minister of Health	2481 ^(UK)	2250 ^(UK)	3.01 ^{**} (2010)

This table lists the agencies that perform each of the three core functions evaluated in this study: Regulator, HTA and Coverage body decision maker. The table also provides the population, GDP and PPP per GDP for each nation.

^{*} <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html>.

^{**} <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pop-estimate/population-estimates-for-uk-england-and-wales-scotland-and-northern-ireland/population-estimates-timeseries-1971-to-current-year/index.html>.

Tabela 1

Agencije za nacionalne regulativne odločitve ter odločitve o HTA za nova zdravila z nacionalnimi ocenami prebivalstva in BDP

Država	Upravni	HTA	Odločevalec	BDP v mrd	BDP PKM v	Prebivalstvo (v)
--------	---------	-----	-------------	-----------	-----------	------------------

	organ			USD 2011*	mrd USD 2011*	mio) 2012 ocene*
Avstrija	BASG/AGES	HEK	HVB	425	351	8,2
Belgija	AFMPS/FAGG	CTG/CRM	FPSSS	529	412	10,44
Bolgarija	BDA	Komisija za zdravila na pozitivni listi	PDL	54	101	7,04
Ciper	Svet za zdravila	Komisija za zdravila	Minister za zdravje	26	24	1,14
Češka	SUKL			220	272	10,18
Danska	DKMA			331	207	5,54
Anglija	MHRA	NICE		2.481 (VB)	2.250 (VB)	52,23** (2010)
Estonija	SAM		Ministrstvo za socialne zadeve	23	27	1,27
Finska	FIMEA	HILA				5,26
Francija	AFSSAPS	HAS	UNCAM	2808	2214	65,63
Nemčija	BfArM	IQWIG	G-BA	3629	3085	81,31
Grčija	EOF	–	Minister za delo in socialno varnost, minister za zdravje in socialno solidarnost	312	308	10,77
Madžarska	OGYI	ESKI	OEP	133	195	9,96
Islandija	IMA	IMPRC		14	12	0,31
Irska	IMB	NCPE	HSE	222	181	4,72
Italija	AIFA		AIFA & regionalne vlade	2.246	1.822	61,26
Latvija	VAZ	CHE		27	35	2,19
Lihtenštajn	Sektor za medicino	–	Sektor za zdravstveno in nezgodno zavarovanje	5	5	0,04
Litva	VVKT	Komisija za plačila	Ministrstvo za zdravje	43	61	3,52
Luksemburg	Ministrstvo za zdravje Sektor za farmacijo in zdravila	Ministrstvo za socialno varnost		63	44	0,50
Malta	Uprava za medicino	Ministrstvo za zdravje, starostnike in skupnostno skrb	Ministrstvo za zdravje, starostnike in skupnostno skrb	9	11	0,41
Nizozemska	CBG/MEB	CFH	VWS	858	706	16,73
Norveška	NOMA			479	265	4,71
Poljska	URPL	AHTAPol	MZ	532	766	38,42
Portugalska	INFARMED		Minister za zdravje	242	247	10,78
Romunija	ANMDM	Ministrstvo za zdravje		185	264	21,85

Škotska	MHRA	SMC	SMC inpodročna komisija za zdravila in terapevtiko (RHB)	2.481 (VB)	2.250 (VB)	5,22** (2010)
Slovaška	SUKL	Komisija za razvrščanje	Minister za zdravje	97	127	5,48
Slovenija	JAZMP	ZZZS		52	59	2,00
Španija	AEMPS	DGFPS	DGFPS in avtonomne oblasti za zdravje	1537	1411	47,04
Švedska	MPA/NAM	TLV/LFN		572	380	9,10
Švica	Swissmedic	FDC	BAG/OFSP	666	341	7,66
Wales	MHRA	AWMG	Minister za zdravje	2.481 (VB)	2.250 (VB)	3,01** (2010)

Ta tabela vsebuje seznam agencij, ki izvajajo vsako izmed treh glavnih funkcij, ovrednotenih v tej študiji: upravni organ, HTA in določevalac o zavarovanju. V tabeli je tudi število prebivalcev, BDP in PKM na BDP za vsak narod.

*<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html>

**<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pop-estimate/population-estimates-for-uk-england-and-wales-scotland-and-northern-ireland/population-estimates-timeseries-1971-to-current-year/index.html>

Vir: Allen et al., 2013

Priloga 2. poglavje, tabela 4: Vključitev deležnikov v HTA (projekt ADVANCE_HTA, neobjavljeni dokazi)

	SK	LV	PŽ	CZ	CR	LT	RU	EE	SI	BU	HU
Ali organizacija HTA vključuje deležnike v svoje dejavnosti?	Ne	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne
Ali organizacija HTA spodbuja ali zahteva oddajo dokazov od deležnikov?	Da	Da	Da	Da	Da	Nisem prepričan/-a	Ne	Odvisno od procesa HTA	Ne	Nisem prepričan/-a	Ne
Ali organizacija HTA v fazi osnutka deležnikom omogoča komentiranje HTA?	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Nisem prepričan/-a	Ne	Odvisno od procesa HTA	Ne	Ne	Ne
Ali organizacija HTA deležnikom omogoča pritožbo zoper priporočila/odločitve?	Da	Da	Ne	Da	Ne	Nisem prepričan/-a	Ne; nisem prepričan/-a	Odvisno od procesa HTA	Ne	Ne	Ne
Ali ima javnost vpogled v proces odločanja (vključno z razlogi za odločitve glede plačila tehnologij)?	Da	Da	Da ^{a)}	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne

Opomba: a) Le proces HTA je delno odprt (»zaupne« informacije lahko kandidat skriva, kar včasih tvori velik del analize HTA)

Priloga 2. poglavje, tabela 5: Značilnosti nacionalnih shem HTA v petih državah regije CEE
 Vir: Gulacsi et al., 2014

	Poland	Czech Republic	Hungary	Romania	Bulgaria
1. Formalization and institutionalization					
Legal enforcement of HTA	2004	No	2004	2013	2013
Organization embedding	AHTAPoL	No HTA body; SÚKL	MoH, TAHD	MoH	NPRC
Human resource capacity (HTA) ^a	60 People	No HTA specialists	12–14 People	2 People	1–2 People
Technologies assessed	Pharmaceuticals, medical devices and all other medical services claiming public funds	Pharmaceuticals	Pharmaceuticals, medical devices, hospital medical technologies	Pharmaceuticals, medical devices, medical imaging technologies, and all other medical services claiming public funds	Pharmaceuticals, medical devices
2. Standardization					
Official HTA guideline development	AHTAPoL	SÚKL	TAHD (MoH)	HTA unit (MoH)	NPRC
Economic evaluations	CEA/CUA/BIA	CEA/CUA	CEA/CUA/BIA	CEA/CUE/BIA	CEA/CUA/BIA
Local data requirements	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Criteria for positive recommendations	Efficacy, safety, ICER less than 3 × GDP/capita, BIA and risk of off-label use	ICER ≈ 3 × GDP/capita	Efficacy, safety, ICER less than 2–3 × GDP/capita, BIA	HAS, NICE/SMC/AWMSG recommendation, reimbursement status in EU, relative efficacy and safety, PRO	Expert opinion
Public health priorities	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Public health priorities linked to decision making	No	No	Yes for hospital medical technology	No	No
3. Execution					
Application fee	Yes	Yes	Yes	No	No
National/regional HTA process	National	National	National	National	National
Number of decisions	870	NA ^b	997 (2004–2010) and 250 between 2010 and 2013	167	271
Number of decisions on drugs	742	NA ^b	NA	167	271
Number of positive decisions on drugs	547	NA ^b	NA	130	NA
Published appraisals	870	NA	No	167	No
4. Further professionalization					
Shortage in trained professionals	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Academic educational training	Yes	Yes	Yes	No	No

^a Professionals responsible for HTA

^b SÚKL's decisions are mandatory for any change of P&R for all pharmaceuticals

Tabela 4 Primerjava HTA v petih državah regije CEE

	Poljska	Češka	Madžarska	Romunija	Bolgarija
<i>1. Formalizacija in institucionalizacija</i>					
Pravno izvrševanje HTA	2004	Ne	2004	2013	2013
Vključitev organizacije	AHTAPol	Nima organa za HTA; SUKL	Ministrstvo za zdravje, TAHD	Ministrstvo za zdravje	NPRC
Kadrovska zmogljivost (HTA) ^a	60 ljudi	Nima specialistov za HTA	12–14 ljudi	2 človeka	1–2 človeka
Ocenjene tehnologija	Zdravila, medicinski pripomočki in vse druge zdravstvene storitve, ki zahtevajo javna sredstva	Zdravila	Zdravila, medicinski pripomočki, zdravstvene tehnologije za bolnišnice	Zdravila, medicinski pripomočki, tehnologije za slikanje v medicini in vse druge zdravstvene storitve, ki zahtevajo javna sredstva	Zdravila, medicinski pripomočki
<i>2. Standardizacija</i>					
Uradna priprava smernic za HTA	AHTAPol	SUKL	TAHD (Ministrstvo za zdravje)	Enota za HTA (Ministrstvo za zdravje)	NPRC
Ekonomske ocene	CEA/CUA/BIA	CEA/CUA	CEA/CUA/BIA	CEA/CUA/BIA	CEA/CUA/BIA
Lokalne zahteve po podatkih	Da	Da	Da	Da	Da
Merila za pozitivna priporočila	Učinkovitost, varnost, ICER manj kot 3-kraten BDP/prebivalca, BIA in tveganje nenamenske uporabe	ICER ≈ 3-krat BDP/prebivalca	Učinkovitost, varnost, ICER manj kot od 2- do 3-kraten BDP/prebivalca, BIA	Priporočila HAS, NICE/SMC/AWMSG, status plačil v EU, sorazmerna učinkovitost in varnost, PRO	Strokovno mnenje
Prednostne naloge glede javnega zdravja	Da	Da	Da	Da	Da
Prednostne naloge glede javnega zdravja, povezane z odločanjem	Ne	Ne	Da za zdravstveno tehnologijo za bolnišnice	Ne	Ne
<i>3. Izvedba</i>					
Pristojbina za prijavo	Da	Da	Da	Ne	Ne
Nacionalni/regionalni proces HTA	Nacionalni	Nacionalni	Nacionalni	Nacionalni	Nacionalni
Število odločitev	870	Ni podatka ^b	997 (2004–2010) in 250 med 2010 in 2013	167	271
Število odločitev o zdravilih	742	Ni podatka ^b	Ni podatka	167	271
Število pozitivnih odločitev o zdravilih	547	Ni podatka ^b	Ni podatka	130	Ni podatka
Objavljene ocene	870	Ni podatka	Ne	167	Ne

<i>4. Nadaljnja profesionalizacija</i>					
Pomanjkanje usposobljenih strokovnjakov	Da	Da	Da	Da	Da
Akademsko izobraževalno usposabljanje	Da	Da	Da	Ne	Ne

^a Strokovnjaki, odgovorni za HTA

^b Odločitve SUKL so obvezne za vsako spremembo cen in plačil za farmacevtske proizvode

Priloga 2. poglavje, tabela 6: Drummondova ključna načela za nacionalne programe HTA

Vir: Stephens et al., 2012.

Table 1 Brief summary of 15 health technology assessment (HTA) principles proposed by Drummond et al²

Principle	Description
1. The goal and scope of the HTA should be explicit and relevant to its use	The HTA process should involve multidisciplinary stakeholders and a clear definition of the questions to be addressed by the assessment
2. The HTA should be an unbiased and transparent exercise	Optimally, the HTA process is transparent and conducted independently of the group responsible for payment/reimbursement
3. The HTA should include all relevant technologies	All relevant technologies should be considered in order to avoid inaccuracy and distortion of the assessment and allocation of resources
4. A clear system for setting priorities for HTA should exist	It is important to understand how technologies are selected and prioritized in order to determine the potential bias associated with situations where only select technologies are evaluated
5. The HTA should incorporate appropriate methods for assessing costs and benefits	Appropriate guidelines and systematic approaches to evidence synthesis and analysis during an HTA review is important, particularly when more complex statistical and methodological techniques are used to address gaps in the available data for a technology
6. HTAs should consider a wide range of evidence and outcomes	In order to ensure that multiple stakeholder views (ie, clinical, economic, societal) are accounted for in the assessment, it is important to consider a wide range of evidence and outcomes
7. A full societal perspective should be considered when undertaking HTAs	Utilizing narrowly defined perspectives for HTA may distort clinical decision-making and policy regarding new technologies
8. HTAs should explicitly characterize uncertainty surrounding estimates	It is essential to use sensitivity analyses to understand the robustness of cost-effectiveness results and to describe the uncertainty surrounding results explicitly
9. HTAs should consider and address issues of generalizability and transferability	The generalizability and transferability of data in HTAs is increasingly relevant as health care becomes more globalized
10. Those conducting HTAs should actively engage all key stakeholder groups	Key stakeholders should be actively engaged by those conducting HTAs in order to understand stakeholder perspectives at various stages of the HTA process
11. Those undertaking HTAs should actively seek all available data	All relevant data, both confidential (such as provided by industry sponsors) and publicly available, should be sought when conducting the HTA
12. The implementation of HTA findings needs to be monitored	The outcome of HTA decisions may indicate whether the HTA exercise is in fact useful
13. HTAs should be conducted in a timely manner	While the timing of HTAs is important, long-term data are generally unavailable when a new technology is approved; a growing trend appears to allow conditional reimbursement until adequate data are available for thorough assessment
14. HTA findings need to be communicated appropriately to different decision-makers	HTA results should be specifically tailored to various users of the information, such as physicians, specialists, and health economists
15. The link between HTA findings and decision-making processes needs to be transparent and clearly defined	It is important to separate the assessment itself from the actual decision-making in order to avoid issues of equity

Tabela 1: Kratek povzetek 15 načel za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA), ki so jih predlagali Drummond in drugi²

Načelo	Opis
1. Cilj in obseg HTA morata biti jasna in pomembna za njegovo uporabo.	Proces HTA mora vključevati multidisciplinarne partnerje in jasno opredelitev vprašanj, ki jih mora ocena obravnavati.
2. HTA mora biti izveden nepristransko in pregledno.	Optimalno naj bi bil proces HTA pregleden in izveden neodvisno od institucije, ki je odgovorna za plačilo.
3. HTA mora vključevati vse	Upoštevati je treba vse pomembne tehnologije, da se izogne

pomembne tehnologije.	nenatančnosti ter popačenju ocene in porazdelitve sredstev.
4. Obstajati mora jasen sistem za določanje prednostnih nalog HTA.	Pomembno je razumeti, kako so tehnologije izbrane in kako se določi njihova prednost, kar omogoča določitev potencialne pristranskosti, povezane s situacijami, ko se ocenijo le izbrane tehnologije.
5. HTA mora vključevati ustrezne metode za oceno stroškov in koristi.	Pomembni so ustrezne smernice in sistematski pristopi do sinteze in analize dokazov med pregledom HTA, predvsem ko se za obravnavo vrzeli v razpoložljivih podatkih za tehnologijo uporabljajo zahtevnejše statistične in metodološke tehnike.
6. HTA mora upoštevati širok nabor dokazov in rezultatov.	Da bo ocena predstavljala poglede več deležnikov (tj. kliničnih, ekonomskih, družbenih), je pomembno upoštevati širok nabor dokazov in rezultatov.
7. Pri izvajanju HTA mora biti upoštevan celoten družbeni vidik.	Uporaba ozko določenih vidikov HTA lahko izkrivi klinično odločanje in politiko glede novih tehnologij.
8. HTA mora izrecno označiti negotovost glede rezultatov.	Za razumevanje preudarnosti stroškovne učinkovitosti rezultatov ter za opisovanje negotovosti glede rezultatov je pomembno uporabiti analize občutljivosti.
9. HTA mora upoštevati in obravnavati vprašanja posploševanja in prenosljivosti.	Posploševanje in prenosljivost podatkov v HTA postajata vse pomembnejša, ker se zdravstvo globalizira.
10. Subjekti, ki izvajajo HTA, morajo aktivno vključiti vse skupine ključnih partnerjev.	Subjekti, ki izvajajo HTA, morajo aktivno vključiti ključne partnerje, zato da v različnih fazah procesa HTA razumejo vidike deležnikov.
11. Subjekti, ki izvajajo HTA, morajo aktivno iskati vse razpoložljive podatke.	Pri izvajanju HTA je treba poiskati vse pomembne podatke, zaupne (kot jih zagotovijo industrijski sponzorji) in javno dostopne.
12. Uporaba ugotovitev HTA mora biti nadzorovana.	Odločitve glede rezultatov HTA lahko pokažejo, ali je bila izvedba HTA dejansko koristna.
13. HTA je treba izvajati pravočasno.	Čeprav je čas pri izvedbi HTA pomemben, pa dolgoročni podatki ob odobritvi nove tehnologije običajno niso na voljo; zdi se, da je pogojno plačevanje, dokler niso na voljo ustrezni podatki za temeljito oceno, vse pogostejši trend.
14. Različne odločevalce je treba primerno obvestiti o ugotovitvah HTA.	Rezultati HTA morajo biti posebej oblikovani za različne uporabnike informacij, kot so zdravniki, specialisti in ekonomisti v zdravstvu.
15. Povezava med ugotovitvami HTA in procesi odločanja mora biti pregledna in jasno določena.	Pomembno je ločiti oceno od dejanskega odločanja, da se izogne težavam z enakostjo.

3. poglavje

Proces nakupovanja

Uvod

Strateško ali aktivno nakupovanje se v nasprotju s pasivnim nakupovanjem (npr. uporaba preteklih proračunov) velikokrat razume kot glavni instrument za spodbujanje učinkovitosti pri porabi finančnih sredstev za zdravstvo. Moral bi spodbujati kakovost in učinkovitost, med drugim z raziskovanjem dejanskih zdravstvenih potreb prebivalcev in regionalnih razlik, intervencij in storitev, ki najbolj zadovoljijo te potrebe, ob tem pa upoštevati, kako je trebata intervencije in storitve nakupiti ali jih zagotoviti z upoštevanjem razpoložljivosti izvajalcev in njihovo kakovostjo (Preker et al., 2007)

To poglavje je osredotočeno na to, kako je urejen in načrtovan proces nakupovanja v Sloveniji. Čeprav se modeli plačevanja in določanje pravic razumejo kot sestavni del procesa nakupovanja, jih podrobneje obravnavajo različna poglavja. V nadaljevanju je analiziran proces nakupovanja in opredeljene so glavne težave. Vključen je tudi pregled mednarodne dobre prakse in izkušenj, ki lahko vsebujejo rešitve ali možne smeri reforme za premagovanje težav v Sloveniji.

Situacija v Sloveniji

Sam proces nakupovanja v Sloveniji ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992 in iz tega izhajajo trije ključni hierarhični dokumenti. Od zgoraj navzdol vključujejo 1) nacionalni plan zdravstvenega varstva, ki je glavni dokument načrtovanja slovenskega zdravstvenega sistema; 2) splošni dogovor (SD), ki predstavlja okvir pogodb med partnerji; 3) individualne pogodbe z izvajalci. Zadnja dva dokumenta določata najpomembnejše mehanizem za razporejanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Nacionalni plan zdravstvenega varstva

Skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju mora nacionalni plan zdravstvenega varstva sprejeti Ministrstvo za zdravje, odobriti pa parlament. Trajanje plana ni določeno. Glede procesa nakupovanja zdravstvenih storitev mora plan določati osnovno mrežo izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti, ki mora zadovoljiti zdravstvene potrebe prebivalcev, vloge in odgovornosti ter cilje zdravstvenega sistema. Vendar pa je bil tak plan med letoma 1992 in 2014 sprejet le dvakrat. Tudi ko je bil sprejet, ni ponujal konkretnih in uresničljivih definicij mreže izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti, kategorizacije bolnišnic, zdravstvenih ukrepov, ki jih je treba implementirati, prednostnih nalog, projekcij ali splošnih ciljev izboljšanja zdravja prebivalcev. Namesto tega ima Slovenija javno zdravstveno mrežo, ki večinoma temelji na zgodovinskih dejstvih ponudbe, ki so povzročili velika neskladja v porazdelitvi izvajalcev in zdravstvenih delavcev. Zadnja resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva je bila odobrena za obdobje med letoma

2008 in 2013, a je zaradi nejasno opredeljene vsebine plana ni mogoče uporabiti kot dokument načrtovanja vključenih partnerjev in njihovih aktivnosti. Kot tak aktualni plan nima konkretnega pomena. Nov osnutek resolucije je trenutno v razpravi, vendar resolucija v Državnem zboru še ni bila sprejeta.

Plan zdravstvenega varstva ne določa točno vlog in odgovornosti vseh partnerjev glede tega, 1) kdo naj bo vključen; 2) katere so njihove odgovornosti glede načrtovanja/nakupovanja in za katera področja zdravstvenega sistema; 3) kako je treba izvesti proces načrtovanja in nakupovanja ter s kakšno metodologijo in pristopom. Glede na njuno poslanstvo morata Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Ministrstvo za zdravje (MZ) pripraviti gradivo za pripravo osnutka in razpravo o planu, sodelovati pa morajo tudi druge javne ustanove, če se zadeva nanaša na njihovo strokovno področje. Vsebina plana zdravstvenega varstva, na primer, ki je povezana z nakupovanjem in s financiranjem zdravstvenih storitev, mora biti pripravljena v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Vendar brez jasno opredeljenega procesa za pripravo osnutka plana zdravstvenega varstva prispevki partnerjev niso koristno uporabljeni in morebitnega plana zdravstvenega varstva ni mogoče uporabiti kot trdnega temelja, na katerem bi gradili proces pogajanj in nakupovanja.

Splošni dogovor

Poleg zahteve po planu zdravstvenega varstva Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa tudi proces pogajanj in nakupovanja preko splošnegadogovora. Zanimivo je, da v tem delu zakona ni bilo sprememb ali dopolnil že od leta 1992. Splošni dogovor poskuša združiti različne predloge in interese partnerjev v okviru razpoložljivih sredstev in določa, katere storitve, obseg in cene mora ZZZS plačati.

Vključeni so naslednji partnerji, ki zastopajo naslednje interesne skupine:

- Ministrstvo za zdravje (ni točno opredeljeno, čigave interese zastopa: npr. vladne, vladajoče koalicije, ustanovitelja in lastnika bolnišnic ali volivcev);
- ZZZS (zastopa plačnike prispevkov in uporabnike zdravstvenih storitev);
- Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (zastopa javne zdravstvene ustanove: bolnišnice in zdravstvene domove);
- Zdravniška zbornica Slovenije (zastopa koncesionarje);
- Lekarniška zbornica Slovenije (zastopa lekarne:javne lekarne in lekarne s koncesijo);
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (zastopa socialne zavode in posebne socialne zavode: javne in tiste s koncesijo);
- Skupnost organizacij za usposabljanje otrok s posebnimi potrebami v Republiki Sloveniji (zastopa svoje člane);
- Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč (zastopa svoje člane).

Skupine bolnikov pri pogajanjih o splošnem dogovoru niso zastopane oz. so zastopane le posredno prek ZZZS, ki zastopa interese plačnikov prispevkov, ki vključujejo zavarovane osebe.

Partnerji se morajo letno dogovoriti o pogojih splošnega dogovora. Če dogovora ne dosežejo, se postopek nadaljuje z arbitražo vseh partnerjev. Če dogovora še vedno ni, odloči vlada Republike

Slovenije (dokument pripravi Ministrstvo za zdravje). To se zgodilo pogosto. Partnerji zlahka ustavijo odločanje in s postopkom zavlačujejo v nedogled. Čeprav je končni datum za sklepanje pogodb določen (31. marec tekočega leta), se to ne upošteva. Ni natančnega protokola z določenimi roki, ki bi se lahko uporabil za uveljavitev hitrejših dogovorov. V tabeli 3.1 je seznam s številom arbitražnih zahtevkov in z navedenimi datumi odločitve. Večina zahtevkov se nanaša na stopnjo financiranja in na cene. Kot je razvidno iz tabele, se odločitve pogosto sprejemajo proti koncu leta, na kateregase splošni dogovor nanaša. V letih 2008 in 2015 se je odločitev zgodila šele junija. Le leta 2011 je do splošnega dogovora prišlo prej, ker so se partnerji strinjali s splošnim dogovorom iz prejšnjega leta, spremembe pa so uveljaviliprek prilog.

Pozno sklenjen splošni dogovor očitno povzroči veliko negotovosti pri vseh vpletenih partnerjih. Izvajalci zdravstvene dejavnosti ne poznajo pogojev delovanja za tekoče leto. Dokler ni sprejet Splošni dogovor za tekoče leto, izvajalci mesečno prejemajo eno dvanajstino sredstev iz prejšnjega splošnega dogovora oziroma njihove pogodbe iz preteklega leta. To skupaj s kratkotrajnostjo splošnega dogovora (eno leto) ovira njihovo zmožnost dolgoročnega načrtovanja. Tudi za ZZZS to predstavlja težave pri načrtovanju in zmanjšuje priložnosti za učinkovit proces nakupovanja. Ob tem finančni načrt ZZZS sprejme skupščina ZZZS, odobriti ga morata ministrstvu za zdravje in finance, na koncu pa ga odobri vlada. Skladno s finančnim načrtom nato ZZZS v splošnem dogovoru predlaga določene rešitve. Dejstvo, da nato vlada kot politično telo sprejme odločitve o storitvah, obsegu in cenah, ki jih mora plačati ZZZS, izpodbija avtonomijo ZZZS kot neodvisnega kupca.

Tabela 3.1:Število spornih vprašanj in datum odločitve, 2008–2015

Leto	Število spornih vprašanj glede splošnega sporazuma	Datum odločitve	Število prilog splošnemu dogovoru
2008		5. 6. 2008	
2009		19. 2. 2009	
2010		25. 3. 2010	
2011		29. 12. 2010	
2012		29. 12. 2011	
2013		24. 1. 2013	
2014		23. 1. 2014	
2015		24. 6. 2015	še ni potrjeno

Vir: Poročila ZZZS, različna leta

Opomba: še ni potrjeno

Splošni dogovor se uporablja kot osnova za pogodbe z vsemi izvajalci, tj. za primarno zdravstveno varstvo (zdravstveni domovi in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti), z bolnišnicami, lekarnami, s socialnimi zavodi in z naravnimi zdravilišči. Predstavlja tudi pravno podlago za razpise za izvajanje zdravstvene dejavnosti ter sistem pravil o tem, kako urediti proces sklepanja pogodb.

Pogodbe z izvajalci

ZZZS pripravi osnutke strateškega razvojnega načrta, ki mora vsebovati prednostne naloge, kot je določeno v nacionalnem planu zdravstvenega varstva. Vendar pa, kot je opisano zgoraj v odstavku »Nacionalni plan zdravstvenega varstva«, nacionalni plan zdravstvenega varstva vsebuje le malo

uporabnih postavk za tako načrtovanje. V praksi ZZZS določi prednostne naloge procesa nakupovanja na podlagi lastnih ocen. Po javni razpravi strateški razvojni načrt ZZZS sprejme skupščina ZZZS, ki je sestavljena iz predstavnikov zavarovanih oseb in delodajalcev kot plačnikov prispevkov v zavarovalno shemo. Leta 2014 je bil sprejet nov strateški razvojni načrt za obdobje 2014–2019 (četrti tak program od leta 1994). Toda tudi ta program ne vsebuje jasne opredelitve potreb prebivalcev, vlog in odgovornosti, ciljev procesa nakupovanja, ciljev glede kakovosti storitev ali protokolov. Vsebuje predvsem strategijo finančnega načrtovanja, ki oceni zneske razpoložljivih sredstev za načrtovano poslovno leto.

V procesu sklepanja pogodb ZZZS prek javnih razpisov sklene pogodbe s posameznimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. Razpis je odprt za vse izvajalce javne in zasebne zdravstvene dejavnosti s koncesijo za delo v javno financiranem sistemu. ZZZS ne sme selektivno sklepati pogodb s posameznimi izvajalci, kar pomeni, da vsi izvajalci javne zdravstvene dejavnosti in vsi koncesionarji sklenejo pogodbe za delo v javnem sistemu. Posledično za pogodbe ni prave konkurence, čeprav je ZZZS razpisal določene (prednostne) programe, npr. da bi povečal volumen storitev tam, kjer sodaljšje čakalne vrste/zmanjšana dostopnost. Koncesije podeli(-jo) Ministrstvo za zdravje (za specialističnoambulantno in bolnišnično obravnavo) ali občine (za primarno zdravstveno varstvo); podeljene so za nedoločeno obdobje in se lahko prenesejo na drugo osebo. Odločitev za podelitev koncesije ni pravno urejena in ne temelji na celovitosti zdravstvenega sistema, ciljih javnega zdravja ali na potrebah prebivalcev.

Vsebina pogodb je določena skladno s splošnim dogovorom in vključuje:

- **vrednost** pogodbenega zdravstvenega programa. Podrobnejši finančni načrt (vrednost elementov izračuna: plače, stroški materiala in amortizacija) je priloga pogodbi;
- **obseg** zdravstvenega programa je opredeljen v splošnem dogovoru;
- **cene zdravstvenih storitev;**
- **pravila** urejanja pogodbenega razmerja pri izvajanju in financiranju programa:
 - čas izdaje računov, poročanja in poravnave;
 - nadomestni zdravniki v primeru odsotnosti;
 - razreševanje nesporazumov;
 - vzroki za odpoved pogodbe;
 - dodatno zaračunljivi materiali;
- **nadzor učinkovitosti in kakovosti;**
- **revizijo.**

Čeprav splošni dogovor in s tem pogodba vsebuje postavko, namenjeno nadzoru kakovosti, to ni dovolj. Klinične poti in protokoli zdravljenja niso vključeni. To je tudi posledica dejstva, da ni kliničnih smernic – čeprav njihovo pripravo zahteva Zakon o zdravstveni dejavnosti. Na splošno so pogodbe nespecifične in imajo le nekaj strani, ob tempa obsežne priloge s finančnimi podrobnostmi (proračun, poročanje itn.). Izvajalcem dajejo veliko maneverskega prostora za spreminjanje aktivnosti, saj ni podrobno navedeno, kaj morajo izvajati, prenos programov pa ni niti prepovedan niti nadzorovan, čeprav mora soglasje podati MZ.

Po sklenitvi pogodb, kar se ponavadi zgodi pozno zaradi dolgega sprejemanja splošnega dogovora, se sredstva plačajo mesečno za naprej (prospektivno), ob koncu leta pa sledi poračun. Nesprejemanje ponujenih pogodb in s tem začetek arbitražnih postopkov pa je pogosta praksa

izvajalcev (predvsem bolnišnic) pri reševanju sistemskih pomanjkljivosti zunaj določb splošnega dogovora (glejte tabelo 3.2). Pogosto se zgodi, da izvajalci začnejo že julija pritiskati na politiko in zahtevati več sredstev (na splošno od 10 do 20 odstotkov več). Odločitev o zahtevkahni sprejeta s predpisanim, znanim standardnim in preglednim postopkom, ampak z glasovanjem; rezultat je pogosto odvisen od predsedujočega arbitražnega postopka (ki ga zagotovi Ministrstvo za zdravje). Ob izplačilih dodatnih sredstev mora to storiti ZZS, čeprav sredstva niso bila načrtovana v splošnem dogovoru. Ta praksa pomeni neposredno politično intervencijo, ki zmanjšuje dogovorjene finančne vire v splošnem dogovoru in zmožnosti ZZS.

Tabela 3.2: Število podpisanih pogodb in potrebnih arbitraž v obdobju 2008–2014

Leto	Število pogodb – izvajalci zdravstvene dejavnosti	Število pogodb – izvajalci zasebne zdravstvene dejavnosti	Skupno št. pogodb	Število arbitraž
2008	221	1.546	1767	28
2009	223	1559	1782	48
2010	223	1566	1789	66
2011	224	1560	1784	37
2012	225	1558	1783	33
2013	225	1556	1781	33
2014	219	1560	1779	30

Vir: Podatke je zagotovil ZZS.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa štiri različne nadzorne dejavnosti v zdravstvenem sistemu: 1) notranji nadzor; 2) zunanji strokovni nadzor; 3) upravni nadzor; 4) finančno-upravni nadzor. Zadnji je odgovornost ZZS, ki redno, a ne sistematično, revidira izvajalce v okviru omejenih zmožnosti, da bi preprečil neustrezno poročanje in izdajanje računov ter preveril upoštevanje drugih elementov pogodbe, predvsem tistih, ki se nanašajo na dostop zavarovanih oseb do storitev. V ZZS vsako leto revizijo izvedejo Računsko sodišče in druge revizijske organizacije (npr. parlamentarna komisija za nadzor proračuna in drugih javnih financ). Računsko sodišče občasno revidira tudi izvajalce zdravstvene dejavnosti. ZZS ne izvaja strokovnih nadzornih revizij, ki so v pristojnosti Zdravniške zbornice Slovenije, kot je določeno v zakonodaji.

Glavne težave in izzivi

Strateški proces nakupovanja naj bi v idealnih okoliščinah iz razpoložljivih virov kar najbolj zagotavljal boljše zdravstveno stanje prebivalcev. Premostil naj bi vrzel med funkcijami načrtovanja prek nacionalnih planov s porazdelitvijo proračuna z učinkovito strategijo nakupovanja. Trenutno v Sloveniji manjka veliko pomembnih elementov:

1. Nacionalni plan zdravstvenega varstva ne vsebuje ključnih sestavin, ki bi se lahko uporabile kot osnova za proces nakupovanja. To so: dogovori o odgovornosti, konkretne in izvedljive definicije za javno mrežo izvajalcev, ocena potreb prebivalcev, jasen opis vlog in odgovornosti ter konkretne prednostne naloge in ciljne vrednosti.
2. Proces, katerega rezultat je splošni dogovor (in posledično pogodbe), je zaradi močnega nestrinjanja glede stopnje financiranja, obsega in cen zdravstvenih storitev počasen, kar povzroča veliko negotovost. Izvajalci zdravstvene dejavnosti ne poznajo pogojev delovanja za tekoče leto, učinkovitost ZZZS kot nakupovalca pa je resno ovirana.
3. Kratkotrajnost veljavnosti splošnega dogovora otežuje razvoj in nadzor dolgoročnih ciljev ZZZS in izvajalcev. Še več, ti cilji niso usklajeni s cilji nacionalnega plana zdravstvenega varstva.
4. Če splošnega dogovora ni mogoče doseči s konsenzom vseh partnerjev, se arbitrarno odloči vlada (na podlagi usmeritev Ministrstva za zdravje). To pomeni, da se dejansko vlada odloči, katere storitve, obseg in cene mora plačati ZZZS. To seveda vpliva na učinkovitost ZZZS, ki je neodvisen organ nakupovanja v imenu prebivalcev Slovenije oziroma svojih zavarovancev. Ob tem se lahko vlada znajde v navzkrižju interesov, saj je lastnica bolnišnic.
5. Ker do zdaj nacionalni plan zdravstvenega varstva ni omogočal usmerjanja, ZZZS določi prednosti pri procesu nakupovanja zdravstvenih storitev na podlagi svojih lastnih ocen. Toda ta strateški program vsebuje predvsem strategijo finančnega načrtovanja, ne vsebuje pa jasnih opredelitev potreb prebivalcev, vlog in odgovornosti, ciljev procesa nakupovanja in ciljev glede kakovosti ali protokolov zdravljenja.
6. ZZZS mora z vsemi izvajalci javne zdravstvene dejavnosti in izvajalci zasebne zdravstvene dejavnosti s koncesijo skleniti pogodbe. Selektivno sklepanje pogodb ni dovoljeno. Toda koncesije za primarno zdravstveno varstvo podelijo župani občin in ne temeljijo na zagotavljanju ciljev celovitega zdravstvenega sistema ali ciljev javnega zdravja, kar spodkopava nakupno funkcijo ZZZS.
7. Na splošno so pogodbe, skladne s splošnim dogovorom, nedorečene, nenatančne. So nanekaj straneh in imajo obsežne priloge s finančnimi podrobnostmi. Ne določajo podrobno, kaj in kako je treba izvajati ter katere na dokazih podprte klinične poti in protokole je treba upoštevati (predvsem ker ustreznih smernic ni). Tako imajo izvajalci dovolj maneverskega prostora, da izvajajo dejavnosti, ki morda niso skladne s potrebami prebivalcev.
8. Izvajalci pogosto zavrnejo podpis ponujene pogodbe in zahtevajo arbitražo, da bi tako nadomestili primanjkljaj. Odločitev je sprejeta z glasovanjem in rezultat je pogosto odvisen od predsednika arbitražnega postopka (z Ministrstva za zdravje). Če je treba izplačati dodatna sredstva, so izplačana iz proračuna ZZZS. Taka praksa slabi vrednost splošnega dogovora in načrtovanja za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti.
9. Skupine bolnikov pri pogajanjih o splošnem dogovoru niso zastopane oz. so zastopane posredno prek ZZZS.
10. Nadzornih sistemov ni. Kot zahteva zakon, ZZZS izvajalce redno revidira, a ne sistematično. Potrebni bo več investicij, morda novih organov, ki bodo preverili neustrezno poročanje in izdajanje računov ter pogodbene obveznosti.

Mednarodne izkušnje

Mednarodna literatura in opis nacionalnih izkušenj s procesi nakupovanja sta sorazmerno omejena, predvsem v primerjavi s posameznimi elementi procesa nakupovanja zdravstvenih storitev, kot so modeli plačevanja zdravstvenih storitev ali določanje pravic. To je precej presenetljivo, če upoštevamo, da je strateško nakupovanje glavni instrument za izboljšanje učinkovitosti pri porabi zdravstvenih sredstev. Danes želi veliko držav razviti strokovno znanje in sisteme za izvajanje učinkovite politike strateškega nakupovanja. A držav, ki dosledno izvajajo vse elemente učinkovite strategije nakupovanja zdravstvenih storitev, je malo.

Spodaj je obravnavanih več potrebnih predpogojev za učinkovit proces nakupovanja, ki temeljijo na mednarodni literaturi in izkušnjah.

Učinkovito vodenje

Glede vloge vodenja pri zagotavljanju učinkovitosti zdravstvenega sistema obstaja širok konsenz med analitiki in oblikovalci politik. Glavne funkcije vodenja vključujejo oblikovanje strateških usmeritev politike, pripravo obveščanja, vplivanje prek predpisov in zagotavljanje odgovornosti (Saltman, Ferroussier - Davis, 2000; Travis et al., 2003, Busse et al., 2007).

Priprava zdravstvene politike je ključna funkcija vodenja vlade, čeprav naj bi imela minimalni vpliv na odločitve o procesu nakupovanja (Busse et al., 2007). Iz analize neuspehov in uspehov pri izvajanju zdravstvenih ciljev v več državah je mogoče pridobiti pet spoznanj glede politike (Figueras et al., 2005), ki neposredno veljajo tudi za Slovenijo:

- Cilji morajo biti realistični, a zahtevni (ne le odraz trendov), pregledni, tehnično in politično verjetni, temeljiti morajo na dokazih, biti selektivni ter odražati zdravstvene potrebe in prednostne naloge.
- V določanje ciljev morajo biti vključeni ključni partnerji, predvsem strokovnjaki, ki naj bodo vključeni v pripravo ciljev.
- Za učinkovito implementacijo politik morajo biti cilji podprti z dokazi.
- Regionalni/lokalni razvoj ciljev v kombinaciji z nacionalnim oblikovanjem poveča verjetnost njihove implementacije.
- Vgraditev ciljev v sisteme izvajanja in upravljanja, vključno s finančnimi spodbudami in pregledi uspešnosti, tudi omogoča njihovo implementacijo.

Kot je zapisano zgoraj, slovenski nacionalni plan zdravstvenega varstva v veliko primerih teh ciljev ne izpolnjuje. Zato je dokument kot vodilni dokument za zdravstveni sistem neučinkovit. Skupaj s pomanjkanjem jasno opredeljenih vlog in odgovornosti v zdravstvenem sistemu je to razlog, da partnerji dokumenta ne upoštevajo.

Seveda se vlada srečuje s tehničnimi, z ekonomskimi, s političnimi in kulturnimi ovirami, ki vplivajo na njeno sposobnost in verodostojnost pri izvajanju učinkovitega procesa nakupovanja (Hunter et al., 2005). V veliko državah, ki so šle skozi gospodarsko tranzicijo, zahtevanih tehničnih in upravnih

zmogljivosti ni. Sektorji in organi vlade z regulativnimi funkcijami imajo velikokrat premalo osebja in nezadostno znanje kupcev in izvajalcev. Poleg tega oblikovanje zdravstvenih politik ter z določanjem regulativnega okvira zbiranje informacij in nadzorovanja kupcev potrebujejo precejšnje investicije, kar lahko predstavlja ekonomsko oviro.

Obstoj zaprtih družbenih mrež med vladnimi uradniki, kupci, izvajalci in uradniki, ki so navajeni funkcij vodenja in nadzora, ovira učinkovito vodenje (Busse et al., 2007).

Zato je treba proces priprave osnutka nacionalnega plana zdravstvenega varstva podrobno pregledati, da se zagotovi dokument, ki lahko dejansko usmerja zdravstveni sistem in na podlagi katerega deležniki prevzemajo odgovornost. Za to bi se zahtevala tudi ocena, ali strokovno znanje in število osebja zadostujeta za izpolnitev zahtev po oblikovanju, urejanju, vodenju in po nadzoru učinkovitega procesa nakupovanja. Zato je morda potrebna precejšnja (začetna) investicija, ki lahko povzroči boleče razprave o finančnih prioritetah v slovenskem zdravstvu.

Vzpostavljanje celostnega regulativnega okvira

Do zdaj so se prizadevanja Slovenije, da bi izboljšala proces nakupovanja zdravstvenih storitev, prepogosto osredotočala na posamezne elemente strategije nakupovanja, predvsem na modele plačevanja, kar odraža trenutno zanimanje, da bi uvedli plačilo po uspešnosti (P4P). Za učinkovito nakupovanje bi bilo treba uvesti širok okvir predpisov, ki bi vključeval in usklajeval različne vidike stroškovno učinkovitega nakupovanja ter obravnaval več ciljev. To vključuje štiri glavne regulativne mehanizme (glejte tabelo 3.3).

Morda bi se lahko zgoraj navedeni okvir uporabil za oceno procesa nakupovanja na več ravneh, kot je obravnavanih v tem delu poročila. Naslednja poglavja analize se osredotočajo na nekatera področja, ki so bila opredeljena kot posebej težavna v Sloveniji in povezana predvsem z urejanjem pogodbenih odnosov in izvajalcev.

Tabela 3.3: Okvir regulativnih nakupov

Predpis cilja na	Primeri
Sodelovanje državljanov odgovornost kupcev zdravstvenih storitev	<ul style="list-style-type: none"> • razpoložljivost informacij o dostopu do zdravstvenih storitev od kupcev • uradno sodelovanje predstavnikov državljanov v odborih za nakupovanje zdravstvenih storitev • zakonodaja o bolnikovih pravicah, ki določa, kaj lahko državljani pričakujejo od kupcev zdravstvenih storitev • pritožbeni mehanizmi

Nadzor uspešnosti kupcev zdravstvenih storitev	<p>Vloga zdravstvenega zavarovanja</p> <ul style="list-style-type: none"> • zagotavljanje nepristranskega in učinkovitega vedenja • obvezno zavarovanje • prispevki na podlagi prihodkov ali premije, ki jih določi skupnost <p>Vloga nakupovanja</p> <ul style="list-style-type: none"> • zagotavljanje delovanja v okviru dogovorjenega proračuna • standardni paket pravic • sodelovanje vlade v odborih za nakupovanje
Pogodbeni odnosi med izvajalci in kupci	<ul style="list-style-type: none"> • okvir in pravila kolektivnih pogodb • natančno določanje vlog različnih partnerjev, vključno s kupci, združenj izvajalcev, strokovnih organizacij in vlade • določanje podrobnosti glede procesa sklepanja pogodb, vključno s p pogajanjih in pravnih sporih • posebna pravila in postopki za sklepanje pogodb vključujejo zahteve po dostopu do informacij za kupce in izvajalce ter pravico kupcev do ocene izvajanja pogodbenih določb • standardi kakovosti • zahteve po pogojih modelov plačevanja • uravnavanje cen prek nacionalnih tarif po enoti
Izvajalci	<ul style="list-style-type: none"> • ukrepi, ki vplivajo na strateško načrtovanje • tehnologija in podeljevanje licenc • certificiranje in akreditacija

Prirejeno po Figueras et al., 2005, Busse et al., 2007

Zagotavljanje stroškovno učinkovitega sklepanja pogodb

Pogodbe so glavno sredstvo, s katerimi kupci zdravstvenih storitev prevedejo zdravstvene potrebe in želje prebivalcev v izvajanje zdravstvenih storitev. V Sloveniji to poteka prek splošnega dogovora in individualnih pogodb. Zdravstvene potrebe prebivalcev in javna mreža izvajalcev niso bile nikoli ocenjene in določene, lahko pa bi se to izvedlo v okviru načrtovanih aktivnosti nacionalnega plana zdravstvenega varstva.

Določanje zdravstvenih potreb prebivalcev

V veliko zdravstvenih sistemih se ocena zdravstvenih potreb ne izvaja rutinsko. Tudi če se izvede, se ne uporabi vedno za proces nakupovanja ali sistematično. To izhaja iz pomanjkljive funkcije javnega zdravja v veliko državah, odsotnosti zmožnosti politike, negeografske razdelitve več zavarovalnic (npr. države s socialnim zavarovanjem, ki imajoveč zavarovalnic) in iz pomanjkljivih večšin glede javnega zdravja v organizacijah, ki izvajajo proces nakupovanja. Zdi se, da ta funkcija deluje bolje v sistemih z nacionalno zdravstveno službo, kjer sta usklajenost in povezovanje med javnim zdravjem in procesom nakupovanja bolj neposredna. Če je mogoče, bi bilo treba pridobiti vsaj informacije iz vedno večjega števila nacionalnih in lokalnih zdravstvenih poročil, ki opisujejo vzorce umrljivosti, obolevnosti in drugih ukrepov v povezavi z zdravjem (Busse et al., 2007).

Ureditev v Sloveniji, kjer je ZZZS edini plačnik, dobro prispeva k oceni zdravstvenih potreb prebivalcev in njeni koristni uporabi. To je v nasprotju s sistemi, v katerih obstaja konkurenca več

plačnikov in nakupov na istem območju. Pogosto se te zdravstvene ocene izvedejo za določen podelement zdravstvenega sistema, kot je primarno zdravstveno varstvo ali urgentne storitve. V Evropi ni veliko držav s sistemom, podobnim slovenskemu, ki so izvedle oceno zdravstvenih potreb v celotnem sistemu. Morda bi lahko Estonija, kjer se postopno izvaja revidirana strategija nakupovanja, pokazala smer Sloveniji. Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje, edini kupec v imenu 1,4 milijona ljudi, oceni potrebe prebivalcev po zdravstvenih storitvah na podlagi preteklega koriščenja storitev za bolnike (glejte okence 3.1). ZZS ima na voljo posamezne podatke o bolnikih, ki bi prav tako morali omogočiti izvedbo ocene. Vendar pa ostaja veliko izzivov, tudi v Estoniji. Proces določitve dejanskih potreb prebivalcev je morda še vedno usmerjen k zgodovinskimi dejavnikom dobave in za boljše izvedbo ocen metodologija potrebuje dodelave.

Okence 3.1: Ocena zdravstvenih potreb prebivalcev v Estoniji

Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje oceni potrebe prebivalcev po zdravstvenih storitvah na podlagi preteklega koriščenja storitev za bolnike po specialnostih in okrožjih, a jo omeji na ± 10 odstotkov estonskega povprečja. Poleg tega ocena vključuje nekatere regionalne značilnosti, kot je gostota prebivalstva (regije z večjo gostoto prebivalstva imajo višji delež ambulantne obravnave v primerjavi z bolnišnično obrnavo). V praksi so lahko regije z večjo gostoto šest odstotkov nad estonskim povprečjem, regije z manjšo gostoto pa 11 odstotkov pod estonskim povprečjem. Če je povprečna potreba prebivalcev 100, je torej razlika v okrožju s povprečno gostoto prebivalstva lahko med 90 in 110. Če ima okrožje večjo gostoto, je lahko potreba prebivalcev $100 + 10 + 6 = 116$, v okrožjih z manjšo gostoto pa je ta številka lahko le $100 - 10 - 11 = 79$. Na podlagi teh informacij se izračuna potrebna raven storitev, pri čemer se upošteva mobilnost bolnikov med okrožji in oceni glede na merilo geografskedostopnosti. To merilo določi, katere storitve morajo biti na voljo na določenih lokacijah (glejte okence 3). To prinese oceno obsega potrebnih storitev po specialnostih in okrožjih. Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje te informacije nato uporabi za pogajanja z bolnišnicami (Habicht et al., 2015).

Primer: Ocenjevanje potreb po specialističnoambulantni gastroenterologiji v okrožju Tartu
Z uporabo vzorcev zgodovinskega koriščenja bolnikov v Estoniji glede na estonsko povprečje in regionalne značilnosti je bila leta 2014 ocenjena potreba po specialistično ambulantni gastroenterološki obrnavi (specialnost tretje stopnje, na voljo le v štirih okrožjih, vključno s Tartujem) prebivalcev v okrožju Tartu 3.473 primerov. Od tega je bilo 3.376 primerov oskrbovanih v okrožju Tartu, drugi pa v drugem okrožju. Poleg tega je bilo 2.197 primerov oskrbovanih bolnikov iz okrožij, kjer teh storitev ne izvajajo in ki morajo zato potovati v okrožje Tartu. Skupaj je bilo primerov potrebe po specialistični gastroenterologiji v okrožju Tartu 5.573 (3.376 + 2.197). Bolnišnica HNDP v Tartuju lahko krije 4.096 primerov obravnave (na podlagi zgodovinskih podatkov in lastnih ocen bolnišnic), kar pomeni, da ostane potreba po 1.477 primerih. Povprečen bolnik opravi 1,6 obiska, ki trajajo 20 minut (1/3 ure). To pomeni $1.477 \times 1,6 \text{ obiska} \times 1/3 \text{ ure} = 788 \text{ ur}$. Optimalna delovna obremenitev na enega FTE je 225 dni $\times 7 \text{ ur} = 1.575 \text{ ur}$ na leto. To nakazuje, da je preostala delovna obremenitev $788 : 1.575 = 0,5 \text{ FTE}$, tj. minimalni znesek, da Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje objavi javni razpis (Habicht et al., 2015).

Načrtovanje mreže izvajalcev

Za racionalizacijo mreže izvajalcev veliko držav določi mrežo (javnih) izvajalcev, ki lahko delajo na njihovem ozemlju, končna cilja pa sta prestrukturiranje in optimizacija sistema izvajanja storitev. Še posebej države s sovjetsko zapuščino so v svojih zdravstvenih sistemih podedovale napihnjene bolnišnične sektorje in velike regionalne razlike med številom izvajalcev in specialnosti, ki so na voljo prebivalcem. Te so najpogosteje posledica zgodovinske ponudbeter političnih dejavnikov in ne razlik med zdravstvenimi potrebami in spreminjajočimi se demografskimi podatki.

Več držav izvaja strategije za racionalizacijo mreže izvajalcev. Na mednarodnem področju se kot primer pogosto uporablja reforma danskih bolnišnic iz leta 2007 (glejte okence 3.2). Danska politika želi doseči najvišjo kakovost zdravstvene oskrbe s centralizacijo specializiranih intervencij na manj lokacijah. Temelji na predpostavki, da je med visoko frekvenco intervencij in kakovostjo izvedbe pozitivna korelacija. Tak pristopje izražen tudi v nedavni reformi strateškega nakupovanja v Estoniji (glejte okence 3.3). Treba pa je pripomniti, da je nedavni sistemski pregled pokazal, da je odnos za zdaj nedokončan (Mesman et al., 2015). Očitno ima koncentracija oskrbe na manj lokacijah druge prednosti glede sinergije učinkov in stroškov. Na Slovaškem je obsežna reforma z začetka tega tisočletja uvedla minimalno zahtevo glede mreže, ki si je prizadevala najti srednjo pot med ponudniki na trgu in vladnim nadzorom (glejte okence 3.4).

Vsem primerom je skupno to, da ne slonijo na eni strategiji, ampak so sestavljeni okrog dveh glavnih elementov za racionalizacijo mreže: 1) strogega sistema podeljevanja koncesij in načrtovanja mreže, ki temelji na zdravstvenih potrebah; 2) (selektivnega) sklepanja pogodb. Trenutno ZZS pogodb ne more sklepati selektivno. To odraža situacijo v večini drugih držav (izjeme so Nizozemska, Estonija, VB), ki za nadzor mreže uporabljajo sistem podeljevanja licenc ali koncesij. V Sloveniji pa sistem koncesij ni strogo nadzorovan in ne temelji na zdravstvenih potrebah. Še več: zdi se, da je za racionalizacijo mreže bolnišnic v Sloveniji kar nekaj prostora, kar kaže zelo nizka stopnja zasedenosti postelj zaradi akutnih stanj (68,9 %) v primerjavi z EU-15 (75,9) in EU-13 (73,0) (2011) (WHO2015) ter neenakosti pri dostopnosti. Morda bi bilo lahko dejstvo, da je v Sloveniji lastnica bolnišnic država, prednost, čeprav so lokalne skupnosti učinkovito blokirale prejšnje načrte reform oziroma racionalizacij. V veliko drugih državah načrti za prestrukturiranje bolnišnic (npr. združevanja, zaprtja, spremembe zmogljivosti in specializacije dejavnosti) pogosto podležejo lokalnemu odporu, ker so lastniki bolnišnic lokalne oblasti, ki se upirajo reformi (npr. Litva, Švica, Slovaška).

Okence 3.2 Reforma danske mreže bolnišnic, 2007

Glavna cilja danske reforme sta bila nadzor stroškov (čeprav so bile za izvedbo vložene 3 milijarde EUR) in dojetanje, da so potrebna večja geografska območja, ki bi zagotovila v prihodnosti specializacijo izvajalcev in strukturne prilagoditve. Nacionalni odbor za zdravstvo, organ pod okriljem Ministrstva za zdravje, je predvidel zmanjšanje števila bolnišnic za obravnavo akutnih stanj s približno 40 leta 2006 na 20–25 leta 2015. To je temeljilo na predpostavki, da je za zagotovitev kakovosti in racionalizacijo števila osebja potrebno geografsko območje v velikosti med 200.000 in 400.000 oseb.

Nacionalni odbor za zdravstvo je leta 2007 izdal poročilo za usmerjanje procesa regionalnega načrtovanja obravnave akutnih stanj, vključno z zdravljenjem pred prihodom v bolnišnico. Poročilo je na primer predlagalo ustanovitev »skupnih oddelkov za akutna

stanja« v bolnišnicah za obravnavo akutnih stanj in štirih centrov za travmatologijo po vsej državi. V skupnih oddelkih za akutna stanja so organizirani sprejemi urgentnih in akutnih bolnikov (Olejaz et al., 2012).

Proces je vodil nacionalni zdravstveni svet, ki bo morda izdal zavezujoče smernice o načrtovanju specializacij. Zakon o zdravstvu iz leta 2007 je nacionalni zdravstveni svet pooblastil, da odobri ali zavrne prošnje izvajalcem javne ali zasebne zdravstvene dejavnosti za izvajanje specializiranih posegov ali diagnostičnih postopkov. V praksi vsaka regija in vsak izvajalec zasebne zdravstvene dejavnosti odda načrt, ki vsebuje podrobne informacije o izvedbi različnih specializiranih funkcij (zdravljenje ali diagnostični postopki). Opremljenih je bilo 1.100 različnih specializiranih funkcij. Smernice o načrtovanju specializiranih področij temeljijo na poročilih skupin predstavnikov iz ustreznih medicinskih strok in regij, oddanih svetovalni komisiji. Glede porazdelitve specializiranih funkcij komisija nato svetuje nacionalnemu odboru za zdravstvo, ki nadzoruje funkcije in lahko odobritve razveljavi (Olejaz et al., 2012).

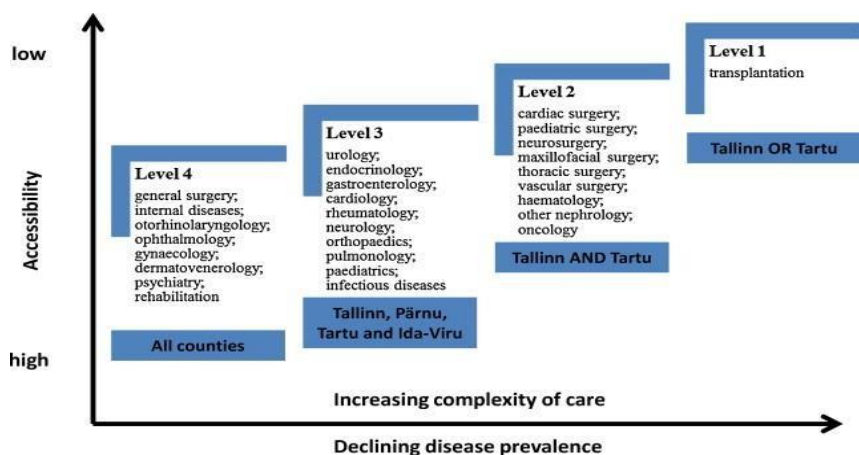
Za vsako klinično specialnost v bolnišnicah in bolnišničnem zobozdravstvu (družinska medicina, javno zdravje in forenzična medicina niso vključeni v načrt specialnih področij) se pripravi delitev na skupinske intervencije/zdravljenjana osnovne, regionalne in na specializirane intervencije. Povprečno osnovne intervencije prevzamejo 90 odstotkov funkcij, a ta številka močno niha. Torakalna kirurgija ima na primer le specializirane intervencije, geriatrija pa nobene. Vodilno načelo je bilo, da se regionalne funkcije izvajajo v eni do treh bolnišnic v vsaki regiji, specializirane funkcije pa v eni do treh bolnišnicah v državi. Nekatere bolezni so tako redke, da jih ni mogoče zdraviti ali celo diagnosticirati z izkušnjami v majhni državi, kot je Danska. Za te bolnike obstaja možnost zdravljenja zunaj države (Olejaz et al., 2012).

Ena posledica procesa načrtovanja specializiranih področij dela je nadaljnja centralizacija specializiranih funkcij; to je povzročilo zaprtje manjših ustanov in večje razdalje, ki jih morajo ljudje premagati na poti do izvajalcev. Kljub tem težavam in splošnemu nezadovoljstvu sta bila proces načrtovanja specializiranih področij in vodilno načelo potrebe po centralizaciji zaradi kakovosti deležna široke politične in strokovne podpore.

Okence 3.3: Optimizacija sektorja bolnišnic v Estoniji

V Estoniji je optimizacija mreže izvajalcev predvsem rezultat interakcije med Planom razvoja mreže bolnišnic (NRMB, ki ga je naročilo in sprejelo Ministrstvo za socialne zadeve leta 2003) in procesom (selektivnih) nakupov, ki jih je izvedel Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje. Leta 2003 je bil opredeljen NRMB s finančno podporo Svetovne banke, osnutek pa so pripravili švedski svetovalci. Njegov cilj je učinkovita mreža bolnišnic v prihodnosti. Med drugim razvršča bolnišnice v regionalne, centralne, splošne in lokalne glede na raven storitev, ki jih izvajajo, in zahteva, da mora biti čas potovanja do bolnišnice z avtomobilom 60 minut ali manj (70 km). Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje mora skleniti pogodbe z vsemi bolnišnicami iz NRMB (19 bolnišnic za akutno obravnavo v lasti države ali občine, ki delujejo v okviru zasebnega prava). Proces pogajanj določi volumen oskrbe, ki jo te bolnišnice lahko izvajajo na določeni lokaciji. Bolnišnice iz NRMB zagotavljajo specialističnoambulantno in bolnišnično obravnavo ter tudi zdravstveno nego, nekatere pa tudi zobozdravstveno obravnavo. Razlog za to je, da je s temi bolnišnicami treba skleniti pogodbe za zagotovitev geografskega dostopa do minimalne ravni specialistične obravnave in neprekinjene nujne oskrbe (Laietal.,2013). Preostala obravnava se nakupuje selektivno.

Vendar pa načrt ni mogel premagati regionalnih razlik, zato je Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje pred kratkim začel razvijati svoja lastna merila glede geografskega dostopa, ki jih uporablja v procesu nakupovanja. Za ambulantno specialistično obravnavo so bile npr. določene štiri ravni dostopa, ki so tesno povezane z zahtevnostjo obravnave in razširjenostjo bolezni (glejte številke spodaj). Prva raven vključuje redno in zelo zahtevno obravnavo, ki je dostopna na eni lokaciji v Estoniji – v Talinu ali Tartuju (npr. presaditve organov).Storitve na drugi ravni morajo biti dostopne na dveh lokacijah – v Talinu in Tartuju (npr. onkologija, srčna kirurgija, nevrokirurgija in žilna kirurgija). Na tretji ravni so storitve, ki morajo biti na voljo v štirih največjih okrožjih – v Talinu, Pärnuju, Tartuju in v Ida-Viruju (npr. urologija, endokrinologija, gastroenterologija, kardiologija, revmatologija, nevrologija, ortopedija in pulmologija). Četrta raven vključuje najpogostejše vrste obravnave in specialnosti, ki morajo biti dostopne na ravni okrožja (npr. splošna kirurgija, otorinolaringologija, oftalmologija, ginekologija, dermatovenerologija in psihiatrija) (Habicht et al., 2015).



nizka

1. raven

dostopnost			presaditev
			Talin ALI Tartu
			2. raven srčna kirurgija; otroška kirurgija; nevrokirurgija; maksilofacialna kirurgija; torakalna kirurgija; žilna kirurgija; hematologija; druga nefrologija; onkologija
			Talin IN Tartu
		3. raven urologija; endokrinologija; gastroenterologija; kardiologija; revmatologija; nevrologija; ortopedija; pulmologija; pediatrija; nalezljive bolezni	
		Talin, Pärnu, Tartu in Ida-Viru	
		4. raven splošna kirurgija; notranje bolezni; otorinolaringologija; oftalmologija; ginekologija; dermatovenerologija; psihiatrija; rehabilitacija	
visoka		Vsa okrožja	
		Vse zahtevnejša obravnava Vse manjša prevalencabolezni	

Okence 3.4: Slovaška minimalna mreža izvajalcev

Minimalno mrežo izvajalcev določi vladni predpis, ki opredeli gostoto in strukturo izvajalcev zdravstvene dejavnosti na Slovaškem. V primarnem zdravstvenem varstvu je zdravnik družinske medicine upravičen do pogodbe, takoj ko se pri njem/njej registrira bolnik. Na ambulantni sekundarni ravni je minimalna mreža določena kot minimalno število specialistov po vrsti v dani regiji. Če imajo dovolj sredstev, lahko zdravstvene zavarovalnice povečajo zmogljivosti. V bolnišnični (terciarni) obravnavi je minimalna mreža določena podobno kot na sekundarni ravni. Vendar pa predpis izrecno določa, da je treba skleniti pogodbe z določenimi bolnišnicami v lasti države, čeprav kakovost in cena ne ustrezata kakovosti in ceni njihove konkurence. Te bolnišnice v lasti države so ključne za zagotavljanje geografske dostopnosti specializiranih storitev (Szalay, 2011).

Mreža temelji na izračunih minimalnega števila delovnih mest zdravnikov v ambulantni obravnavi in minimalnega števila bolniških postelj za vsako izmed osmih samoupravnih regij. Minimalne zmogljivosti se izračunajo na prebivalca, ne upoštevajo pa posebnih zdravstvenih potreb prebivalcev in učinkovite uporabe sredstev. Za vzdrževanje minimalne mreže so odgovorne zdravstvene zavarovalnice. Selektivno sklepanje pogodb in zahteve trga bi morale izvajalce zdravstvene dejavnosti motivirati za prilagoditev spremembam povpraševanja. Vlada lahko prilagodi zahtevo glede minimalne mreže in s tem usmerja načrtovanje zdravstvenega sektorja. Skupaj s predpisom o minimalni tehnični opreми in zahtevah po osebju v bolnišnicah je to potencialno učinkovito orodje za načrtovanje zdravstvene politike (Szalay, 2011).

Povezovanje sklepanja pogodb z načrtovanjem

Vzpostavitevstrategije nakupovanja, ki temelji na pomembnih informacijah o zdravstvenih potrebah, je izhodišče procesa sklepanja pogodb (Duran et al., 2005). Več poudarka bi moralo biti na zahtevi, da ZZS pripravi strateške (dolgoročne, npr. od 3- do 5-letni) in operativne (letne) načrte nakupovanja zdravstvenih storitev. To bi pokazalo namere ZZS tako, da se določijo zahteve glede storitev, (stroge) omejitve proračuna in ciljev izvedbe programov. Prav tako bi izvajalcem omogočili pripravo poslovnih načrtov in dolgoročnih ciljev. Cikel sklepanja pogodb se nadaljuje, tako da kupci določijo izvajalce, čemur sledijo pogajanja o pogodbah, dogovor s standardnim postopkom (v okviru predhodno določenega urnika) ter upravljanje in nadzor teh pogodb.

Veliko držav, med katerimi je tudi več novih držav članic, ima težave z vzpostavitvijo pravega ravnotežja med vladnim vodenjem ter vlogami kupcev zdravstvenih storitev in izvajalcev pri pogajanjih o glavnih parametrih pogodb, kot so dejavnosti (npr. število zdravljenih bolnikov in izvedenih operacij) modeli plačevanja in izbor izvajalcev. V nekaterih državah te parametre določi vlada (Busse et al., 2007). Med temi državami je tudi Slovenija, predvsem kadar mora pri arbitraži posredovati Ministrstvo za zdravje in odločiti glede zadev, kot sosteritve, obseg, cene in dodatno financiranje. To vpliva na avtoriteto, neodvisnost in na učinkovitost ZZS kot kupca zdravstvenih storitev. V Veliki Britaniji so pravno zavezujoče pogodbe nadomestile sporazume o ravni storitev, kar pomeni, da sporov ne rešuje več minister za zdravje, ampak sodišča.

Zagotavljanje pogodb, ki temeljijo na dokazih

Delni razlog za uvedbo pogodb je izvajanje na dokazih temelječega zdravstvenega varstva, z vključevanjem smernic dobre prakse. V praksi pa ta potencial še zdaleč ni uresničen na mednarodni ravni. Prvi korak pri sklepanju pogodb, ki temeljijo na dokazih, je zagotoviti kupcem dejanske dokaze. Večina zahodnoevropskih vlad ima določeno obliko vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA) v obliki nacionalnih agencij, čeprav manj v državah regije CEE, v katerih je HTA manj pogost (določanje pravic je obravnavano v 2. poglavju tega poročila).

Drugi korak je vključitev dokazov o intervencijah in metodah izvajanja storitev v izvedljive pogodbe za posebne skupine bolezni in strank. Ta korak vključuje razvoj smernic za zdravljenje, ki prikažejo trenutno prakso, potencial za spremembe in potrebne vire ter širok pogled na izboljšanje zdravja, ki vključuje preventivo in možnosti zdravljenja. To področje ima velik potencial, a je v večini držav vidno premalo izkoriščeno (Figueras et al., 2005). Izjema so britanske standardne pogodbe NHS, ki ponujajo celovit okvir, v katerem se lahko pripravi zdravstvena strategija, prednostne intervencije, smernice za zdravljenje in ciljne možnosti (glejte www.england.nhs.uk/nhs-standard-contract/ in www.england.nhs.uk/commissioning/gp-contract/ za primarno zdravstveno varstvo).

Veliko držav razvije smernice z velikimi razlikami v kakovosti in uporabnosti. V Estoniji je bil cilj projekta Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), Estonskega sklada za zdravstveno zavarovanje, Fakultete za medicino Univerze v Tartuju in različnih strokovnjakov uskladiti pripravo smernic, da bi dvignili raven z dokazi podprte medicine. Glavna proizvoda sta bila estonski Priročnik za pripravo smernic, izdan leta 2011 (WHO, 2011), in spletna stran z vsemi informacijami o smernicah (www.ravijuhend.ee). Nov svetovni odbor za smernice z 12 člani, vključno s predstavniki medicinskih sester in bolnikov, je bil ustanovljen leta 2011 za upravljanje celotnega procesa priprave smernice (Lai et al., 2013). V Sloveniji so poskusi pripraviti osnutek takega priročnika propadli že v zgodnji fazi.

Spodbujanje kakovosti prek pogodb

Strategije kakovosti se lahko oblikujejo v različnih fazah procesa nakupovanja, od pogajanj in nadzora do revizije. Pred sklenitvijo pogodbe lahko kupec postavi vrsto zahtev glede kakovosti in izbere le tiste izvajalce, ki jih izpolnjujejo. To seveda predpostavlja možnost selektivnega sklepanja pogodb, ki trenutno v Sloveniji ni mogoče, ali pa več svobode glede tega, katere storitve bodo izvajali določeni izvajalci. Kupci zdravstvenih storitev naj sklepajo pogodbe z ustanovami in osebjem z licenco; kupci lahko tudi določijo višje standarde in sklepajo pogodbe le s pooblaščenim osebjem in z izvajalci. Učinkovitejši pristop pa je v pogodbah določiti vrsto zahtev glede kakovosti. To se lahko uveljavi prek predpisov, sankcij in/ali finančnih spodbud. Obstajajo tri glavne vrste zahtev glede kakovosti (Velasco - Garrido et al., 2005):

- standardi oskrbe: pooblaščenje izvajalcev, da uporabijo določen sklop kliničnih smernic, je posebej koristno, kadar so dokazi prepričljivi in niso sporni (npr. skladnost s smernicami za obravnavo sladkornih bolnikov);
- pobude za zagotovitev kakovosti: primer je klinično vodenje v Veliki Britaniji;

- ciljne vrednosti kakovosti (procesi in rezultati): cilji procesa lahko vključujejo ravni izvajanja ali čakalne dobe za določene intervencije. Cilji lahko izkoristijo nadomestna merila, kot so ravni krvnega tlaka (če so v jasni korelaciji s cilji, povezanimi z bolniki) ali cilji, povezanimi z bolniki, kot so smrtnost zaradi določenih stanj (npr. srčni infarkt).

To zahteva razpoložljivost širokega nabora procesnih kazalnikov in kazalnikov rezultatov. Ti niso vedno na voljo, zato je treba včasih izboljšati proces zbiranja podatkov. Prek pogodb se lahko od izvajalcev zahteva, da zbirajo take podatke. Vendar pa bi bil prvi korak lahko tak, da se osredotoči na vhodne dejavnike, kot to dela na primer Estonija (primer je v tabeli 3.4), in nato postopno dodaja kazalnike rezultatov v cikle sklepanja novih pogodb. Treba pa je pripomniti, da tudi v zdravstvenih sistemih, ki jih mnogi obravnavajo kot inovativnejše in naprednejše, razvoj in uporaba pomembnih kazalnikov kakovosti pri procesu nakupovanja ter na drugih ravneh zdravstvenega sistema še potekata (Van der Wees et al., 2013).

Tabela 3.4: Merila kakovosti, ki se uporabljajo za proces nakupovanja v specialistični oskrbi v Estoniji (primer splošne kirurgije)

Merila	Utež (najvišje število točk)	Dodeljeno najvišje število točk, če
nižja cena	10	znižanje cene > 10 %
kazni	10	ni kazni
neplačani davki	10	ni neplačanih davkov
korektivni ukrepi Odbora za zdravstvo	3	ni korektivnih ukrepov
peticije o kakovosti oskrbe za strokovno komisijo	4	ni utemeljenih peticij
povezava s sistemom e-zdravje	4	podatki, oddani v sistem e-zdravje
delež pooblaščenih zdravnikov	10	vsi potrjeni zdravniki
nudenje celovitih storitev oskrbe	10	pogodba vključuje ambulantno in bolnišnično obravnavo
delež kirurgov, ki operirajo	10	> 90 % kirurgov, ki operirajo
delež diagnostičnih testov in postopkov	10	nad povprečjem
delež zdravnikov, ki delajo v bolnišnični obravnavi	10	> 90-odstotni delež zdravnikov, ki delajo v okolju za bolnišnično zdravljenje
delovna obremenitev	10	delovna obremenitev je 90–100 % optimalne delovne obremenitve

Vir: Habicht et al., 2015

Sklep

Da bi premagali nekaj največjih izzivov glede procesa nakupovanja v slovenskem zdravstvenem sistemu, bi bilo treba upoštevati naslednje ukrepe ali smernice za reforme. Upoštevati pa je treba

tudi, da morajo vse reforme ali načrti temeljiti na kontekstu v Sloveniji, ter da bo nadaljevanje teh ukrepov zahtevalo veliko investiranja in dela.

1. Izvesti je treba obsežno oceno, ali institucionalna struktura ter ravni strokovnega znanja in osebja zadostujejo za izpolnitev zahtev po oblikovanju, urejanju, vodenju in nadzoru učinkovitega procesa nakupovanja. To lahko zahteva precejšnje investicije.
 - a. Kdo bi moral biti zadolžen za ključne funkcije zdravstvenega sistema, kot so načrtovanje, podeljevanje koncesij, sklepanje pogodb in nadzor.
 - b. Morda so za preprečitev navzkrižja interesov potrebni novi organi.
2. Izboljšati je treba nacionalni plan zdravstvenega varstva ter Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, kar bi zagotovilo dokument načrtovanja, in spremni zakon, na podlagi katerega bi partnerji prevzemali odgovornost. To bi moralo vključevati jasen opis vlog in odgovornosti v osnutku javne mreže izvajalcev, oceno potreb prebivalcev ter konkretne prednostne naloge in cilje. Morda kot del dejavnosti, ki bodo izvedene v okviru načrta zdravstvenega varstva/zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju:
 - a. V prvem koraku bi lahko ocenili zdravstvene potrebe prebivalcev z uporabo podatkov o bolnikih, pridobljenih od ZZS.
 - b. Vzpostavitev javne mreže izvajalcev, ki zahteva strog centraliziran sistem koncesij na podlagi zdravstvenih potreb, in večja prilagodljivost pri sklepanju pogodb (npr. selektivno sklepanje pogodb).
3. Splošni dogovor in pogajanja o pogodbah je treba končati v vnaprej natančno določenem času, kar okrepi vlogo kupca in izvajalcem zagotovi jasnost. Morda bi lahko omejili možnosti za odlašanje podpisa pogodbe in pritožbe.
4. Trajanje splošnega dogovora in pogodb bi bilo treba popraviti. ZZS bi moral biti z zakonom obvezan, da bo razvil strateške (dolgoročni, npr. od 3- do 5-letni) in operativne (letne) načrte nakupovanja, skladne z nacionalnim planom zdravstvenega varstva, kar bo izvajalcem omogočilo pripravo poslovnih načrtov in dolgoročnih ciljev.
5. Na splošno bi morala biti vsebina pogodb bolj natančna ter vključevati storitve, ki jih je treba izvesti, čas njihovega izvajanja, mehanizme in kazalnike za zagotovitev kakovosti ter katere na dokazih temelječe klinične smernice jetreba upoštevati. Primeri takih pogodb so na voljo na internetu (npr. standardne pogodbe NHS).
6. Ponovno začeti proces priprave kliničnih smernic, ki se bodo v Sloveniji uporabljale za nakupovanje, in raziskati razpoložljivost zunanjega financiranja.
7. Okrepiti nakupovalno vlogo ZZS kot neodvisnega organa nakupovanja v imenu prebivalcev Slovenije.
 - a. Določiti pristojnosti v razmerju do Ministrstva za zdravje in vlade.
 - b. Ponovno oceniti vlogo vlade pri arbitraži v povezavi s splošnim dogovorom in pogodbami z izvajalci.
 - c. Raziskati vzpostavitev arbitražnega sistema prek sodnega sistema ali drugega neodvisnega organa (npr. varuha človekovih pravic).

- d. Razmisliti o uvedbi selektivnega sklepanja pogodb.
 - e. ZZS bi moral uvesti strog nadzor proračunov izvajalcev.
8. Razmisliti o vključitvi društev bolnikov v pogajanja o splošnem dogovoru, tudi za to, da bi bile razprave osredotočene na kakovost oskrbe, namesto na financiranje in pomanjkljivosti.
 9. Izboljšati informacijske sisteme, tako da zagotavljajo, zbirajo in omogočijo pomembne informacije vsem partnerjem za učinkovit proces nakupovanja.

Seznam literature

Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2007) *Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends*. Healthcare Papers, 8. september 2007: 62–76. DOI:10.12927/hcpap.2007.19221

Figueras, J., Jakubowski, E. in Robinson, R., eds. (2005) *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Maidenhead: Open University Press.

Habicht, T., Habicht, J., van Ginneken, E. Strategic purchasing reform in Estonia: Reducing inequalities in access while improving care concentration and quality. *Health Policy*. Avg. 2015; 119(8): 1011–6. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.06.002. Epub 23. junij 2015. PubMed PMID: 26149322.

Hunter, D. J., Shishkin, S., Taroni, F. (2005) »Steering the Purchaser: Stewardship and Government.« V J. Figueras, E. Jakubowski in R. Robinson, eds., *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Maidenhead: Open University Press.

Kutzin, J. (2012) Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Novice Svetovne zdravstvene organizacije*. 1. november 2012; 90(11): 867–8.

Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiiwet, R., van Ginneken, E. (2013) *Estonia: health system review*. *Health Syst Transit*. 2013; 15(6): 1–196. Review. PubMed PMID: 24334730

Mesman, R., Westert, G. P., Berden, B. J., Faber, M. J. (2015) Why do high-volume hospitals achieve better outcomes? A systematic review about intermediate factors in volume-outcome relationships. *Health Policy*, avg. 2015; 119(8): 1055–67. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.04.005. Epub 18. april 2015 Review. PubMed PMID: 25958187

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández - Quevedo, C. (2012)

Denmark health system review. Health Syst Transit. 2012; 14(2): i–xxii, 1–192.

Preker, A. S., Liu, X., Velenyi, E.V., Baris, E. Public Ends, Private Means. (2007) *Strategic Purchasing of Health Services: Strategic Purchasing of Value for Money in Health Care.* The World Bank, Washington, DC (2007)

Saltman, R. B. in Ferroussier - Davis, O. 2000. »The Concept of Stewardship.«*Novice Svetovne zdravstvene organizacije* 78(6): 733–39.

Szalay, T., Pazitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovic, M., van Ginneken, E. Slovakia health system review. Health Syst Transit. 2011; 13(2): v–xxiii, 1–174. PubMed PMID: 21540135.

Travis, P., Egger, D., Davies, P. in Mechbal, A. (2003) »Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues.« V C. J. L. Murray in D. B. Evans, eds., *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism.* Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.

Van der Wees, P. J., Nijhuis - vander Sanden, M. W., van Ginneken, E., Ayanian, J. Z., Schneider. E. C., Westert, G. P. (2014) Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy*, maj 2014; 116(1): 18–26.

Svetovna zdravstvena organizacija (2000) *World Health Report 2000.* Health Systems: Improving Performance. Ženeva: WHO.

4. poglavje

Modeli plačevanja zdravstvenih storitev in plačilo zdravnikov

Uvod

To poglavje obravnava modele plačevanja zdravstvenih storitev (bolnišnične storitve, specialistično ambulantne storitve in storitve primarnega zdravstvenega varstva) in plačilo zdravnikov v Sloveniji ter izpostavlja glavne težave, ki se pojavljajo v trenutnih plačilnih sistemih. Ponuja informacije o izkušnjah drugih držav, ki lahko pomagajo pri premagovanju opredeljenih težav z modeli plačevanja zdravstvenih storitev v Sloveniji.

Plačilo za akutno bolnišnično obravnavo

V Sloveniji je 26 javnih bolnišnic, vključno z dvema večjima terciarnima ustanovama (Univerzitetni klinični center Ljubljana in Univerzitetni klinični center Maribor), desetimi splošnimi bolnišnicami, s štirimi specializiranimi terciarnimi ustanovami (Onkološki inštitut, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut, Klinika Golnik, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana) ter z desetimi drugimi specializiranimi bolnišnicami. Tu so tudi tri manjše zasebne ustanove s koncesijo, ki izvajajo bolnišnične storitve. Leta 2011 je bilo na 100.000 prebivalcev v Sloveniji 369 bolniških postelj za akutno obravnavo, kar je bilo rahlo pod povprečjem EU-28 (385 na 100.000 prebivalcev), a malo nad povprečjem v državah, ki so bile članice EU pred letom 2004 (345 na 100.000 prebivalcev) (WHO, Regionalna pisarna za Evropo, 2015). Število odpustov na 100 prebivalcev in povprečna ležalna doba sta bila rahlo nad povprečjem EU (16,1 odpusta v Sloveniji v primerjavi s 15,9 odpusta v EU-28, povprečna ležalna doba 6,7 dneva v Sloveniji v primerjavi s 6,4 dneva v EU-28), medtem ko je bila stopnja zasedenosti bolniških postelj sorazmerno nizka (69 odstotkov v Sloveniji v primerjavi s 76 odstotki v EU-28).⁷

Trenutni modeli plačevanja zdravstvenih storitev

Plačilo programov bolnišnic temelji na nivoju programu izvajalcev, o katerem se pogajata Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in posamezni izvajalec. Če se ZZZS in izvajalec ne moreta dogovoriti, se začne proces arbitraže, končno odločitev, ki določa program, pa sprejmejo ZZZS, izvajalec in MZ. Običajno se pogajanja o pogodbi začnejo šele pozno v letu, o programu za katerega se pogaja, ker se pogajanja lahko začnejo šele po sprejemu splošnega dogovora (ki med drugim določa proračun na nacionalni ravni in obseg storitev). Pravzaprav splošni dogovor v glavnem vnaprej določa pogodbe s posameznimi izvajalci. Pogajanja o splošnem dogovoru so vedno zelo težavna, končno odločitev pa običajno sprejme slovenska vlada (glejte poglavje proces nakupovanja zdravstvenih storitev).

⁷V podatkih so neskladnosti, ker bi bila izračunana stopnja zasedenosti bolniških postelj, ki temelji na sporočeni številki odpustov, povprečni ležalni dobi in na številu postelj, 79 odstotkov.

Programi bolnišnic so določeni na podlagi programov prejšnjega leta (plus potencialne spremembe, določene v procesu pogajanj); upoštevajoč različne oddelke in vrste izvajanih storitev. Programi so določeni kot celotno število uteži SPP in celotno število primerov, za katere bo bolnišnica prejela plačilo od ZZS. V teoriji bolnišnice prejmejo plačila primerov, ki temeljijo na SPP, na zdravljene bolnika, zelo redko pa so plačane za SPP, ki presegajo dogovorjeni program, ki temelji na SPP. V praksi bolnišnice sicer mesečno prejmejo eno dvanajstino letnega proračuna in običajno zdravijo bolnike tudi potem, ko dosežejo zgornjo mejo programa, ki temelji na SPP. Veliko bolnišnic doseže dogovorjeni program uteži SPP krepko pred koncem leta (npr. na začetku ali v sredini novembra), nekatere pa imajo pri doseganju programa težave.

Programi bolnišnic so precej prilagodljivi: Prvič, dopolnilno zavarovanje vedno plača svoj delež (14 odstotkov) plačil primerov, ki temeljijo na SPP, tudi za SPP, ki presegajo dogovorjeni program. Drugič, če ima ZZS več sredstev, kot je bilo ocenjeno na začetku leta, se lahko bolnišnice v času ugodnih gospodarskih razmer pogajajo za dodatna sredstva za kritje (dela) izdatkov za SPP, ki presegajo program. Tretjič, vlada je kot lastnik večine bolnišnic odgovorna za primanjkljaje in zapadle račune dobaviteljev bolnišnic; tako so sedolgovori bolnišnic trenutno nakopičili v višini 150 milijonov EUR. V preteklosti je včasih vlada krila dolgove bolnišnic, a to ne poteka samodejno ali sistematično. In nazadnje, presaditve, operacije raka in nekatere druge storitve so izvzete iz zgornje meje programa, ki temelji na SPP.

SPP so bili uvedeni leta 2004 na podlagi uvožene avstralske različice SPP za boljše spremljanje dejavnosti bolnišnic, kot model plačevanja bolnišničnih primerov na podlagi SPP in za boljše upravljanje bolnišnic. Leta 2013 je bila iz Avstralije uvožena nova različica (AR-DRG 6.0), ki se trenutno uporablja le za razvrstitev bolnikov, medtem ko plačila še vedno temeljijo na prejšnji različici (AR-DRG 4.2), ker bi prenos v nov sistem povzročil velika (nepojasnjena) razhajanja v dodeljenih proračunih. Konec leta, ko se opravi bilanca mesečnih obrokov finančnih sredstev in hipotetičnih plačil primerov, ki temeljijo na SPP, se ta plačila ovrednotijo na podlagi uvoženih avstralskih stroškovnih uteži. Prilagoditev za primere SPP, ki sodnevni primeri in primeri s krajšo ali z daljšo ležalno dobo (outliers) – kot običajno – ni. Prav tako ni prilagoditev plačila za ponovne sprejeme ali (ponovne) premestitve – vsak primer se šteje posebej. Na koncu pa je oviran tudi nadzor podatkov ZZS o primeru SPP (računi za SPP), ker obstaja le nekaj medicinskih nadzornikov (nadzor kodiranih podatkov), v bolnišnicah pa ni nadzora medicinskih dokumentov, čeprav se nekaj nadzora izvaja v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Odgovornosti institucij pri prilagajanju/posodabljanju SPP in prilagajanju/posodabljanju stroškovnih uteži niso dovolj jasne. Nacionalnih stroškovnih uteži ni mogoče izračunati (razen manjšega števila SPP, kjer je bila opravljena ocena normiranih stroškov), ker ni standardnih pravil za stroškovno računovodstvo. To je precejšnja težava, ker uvožene (in potencialno neustrezne) stroškovne uteži povzročijo preplačilo nekaterih SPP in prenizko plačilo drugih. Tudi računovodski izkazi bolnišnic niso dovolj podrobni, da bi se lahko uporabili za prilagoditev stroškovnih uteži. Do leta 2009 je bila osnovna stopnja (tako imenovana enka), ki pretvori uteži SPP v denarne vrednosti, določena na podlagi razpoložljivega proračuna in ocenjene nacionalne bolnišnične dejavnosti (v smislu uteži SPP) za prihajajoče leto. Od leta 2009 je ta osnovna stopnja za trenutno leto določena z upoštevanjem osnovne stopnje za prejšnje leto z nekaj manjšimi prilagoditvami, kot je inflacija. Univerzitetne bolnišnice imajo višjo osnovno stopnjo, s čimer nadomestijo višje stroške poučevanja. Plačila so za izvajalce javne zdravstvene dejavnosti in izvajalce zasebne zdravstvene dejavnosti enaka, čeprav javne bolnišnice lahko pridobijo dodatna sredstva za investicije v infrastrukturo.

Glavne težave

- **Nezadostna podpora ustanov pri posodabljanju sistema SPP:** Odgovornosti za prilagajanje in posodabljanje definicij SPP in stroškovnih uteži SPP niso dovolj jasne. Nacionalne ustanove SPP ni, MZ pa nima dovolj kapacitet za posodabljanje sistema.
- **Uvožene (in potencialno neustrezne) stroškovne uteži:** Nacionalni podatki o stroških za prilagajanje ali posodabljanje uteži SPP niso na voljo, ker stroškovno računovodstvo in zbiranje podatkov v bolnišnicah nista standardizirana. Celo računovodski izkazi bolnišnic niso dovolj standardizirani in podrobni, da bi omogočali prilagoditev stroškovnih uteži v nacionalnem kontekstu.
- **Šibke pobude za večjo učinkovitost:** Uprave bolnišnic dajejo le šibke spodbude za povečanje števila primerov z učinkovitejšo rabo razpoložljive infrastrukture (npr. s povečanjem števila dnevni primerov ali skrajšanjem ležalne dobe), ker so proračuni/programi omejeni. Hkrati pa lahko uprave bolnišnic sprejmejo višje stroške oskrbe (npr. za drage tehnologije), ker končno finančno odgovornost za primanjkljaje nosi vlada kot lastnik.

Mednarodne izkušnje

Ustanove, odgovorne za posodabljanje sistemov SPP

Države se zanašajo na različne institucionalne ureditve za prilagajanje in posodabljanje sistemov SPP. V tabeli je pregled ustanov, odgovornih za razvoj SPP ter nacionalne standarde stroškovnega računovodstva v devetih državah. V večini držav so za razvoj sistema SPP in standarde stroškovnega računovodstva odgovorne različne ustanove. V Nemčiji pa je bil za oboje vedno odgovoren inštitut za sistem plačil bolnišnicam (InEK). Na Nizozemskem in Irskem sta bili odgovornosti pred kratkim združeni v isti ustanovi, saj državi vse bolj prepoznavata potrebo po standardnih kakovostnih podatkih o stroških kot pomembnem prispevku k ohranjanju in posodabljanju svojih sistemov SPP.

Tabela 4.1: Ustanove, odgovorne za SPP in stroškovno računovodstvo v devetih državah

Pristojnost	Ustanova, odgovorna za SPP	Ustanova, odgovorna za standarde stroško računovodstva
Kanada (Quebec)	Ministrstvo za zdravje	Ministrstvo za zdravje
Danska	Pisarna SPP pri nacionalnem odboru za zdravstvo	Dansko Ministrstvo za zdravje (Ministeriet Sundhed of Forebyggelse)
Anglija	National Health Service Information Authority	Healthcare Financial Management Association (HFMA)
Estonija	Nordic Casemix Centre	Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje
Francija	ATIH (Agence technique sur l'information hospitaliere)	Direction generale de l'offre des soins
Nemčija	Inštitut za sistem plačil bolnišnicam (InEK)	
Irska	Urad za določitev cen v zdravstvu	
Italija	Centralna pisarna Ministrstva za zdravje regionalne pisarne	Ministrstvo za zdravje
Nizozemska	Nizozemski organ za zdravstveno varstvo – Nederlandse Zorgautoriteit	
Švedska	Nordic Casemix Centre v sodelovanju s švedskim nacionalnim odborom za zdravstveno in socialno varstvo	Nacionalni odbor za zdravstveno in socialno varstvo v sodelovanju s švedskim združenjem lokalnih obk regij

Vir: Lastna zbirka avtorjev

Posebej zanimivo je, da Estonija in Švedska ter nekatere druge nordijske države (npr. Finska, Norveška, Latvija – ki niso prikazane v tabeli 4.1) sodelujejo pri razvoju SPP prek centra Nordic Casemix Centre s sedežem v Helsinkih (Linna in Virtanen, 2011). Sodelovanje se je začelo sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko se je več držav borilo s težavo pri pretvorbi svojih nacionalnih ali uvoženih sistemov SPP v kodiranje po MKB-10. Države so nato združile svoja prizadevanja in razvile skupen sistem SPP, ki bi nadomestil obstoječe nacionalne sisteme in sisteme SPP, uvožene iz tujine. Vendar pa je ta pristop zelo prilagodljiv, saj države pogosto pripravijo nacionalne različice skupnega sistema in uteži SPP se vedno izračunajo za vsako državo posebej. Slovenija bi morda lahko združila prizadevanja z drugimi državami, ki uporabljajo AR-DRG v Evropi, kot so Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Hrvaška, Irska, Makedonija, Romunija in Srbija.

Stroškovno računovodstvo za prilagajanje in posodabljanje stroškovnih uteži

Razpoložljivost kakovostnih informacij o stroških bolnišnic je za razvoj in posodobitev sistemov SPP ter za zagotovitev pravičnih modelov plačevanja bolnišnicam, ki temeljijo na SPP, bistvenega pomena. Če informacije o stroških bolnišnic ne omogočajo opredelitve razlik med stroški posameznih bolnikov, je za razvoj ekonomsko homogenih SPP nemogoče uporabiti pristop, ki temelji na podatkih. Poleg tega – če so informacije o stroških bolnišnic nenatančne – se izračunane uteži za SPP lahko napačno ocenijo, da so višje ali nižje, kot so v resnici, in zato bodo za določene SPP bolnišnice preveč ali premalo plačane. Zato sta pravičnost sistemov plačil bolnišnicam, ki temeljijo na SPP, in sposobnost teh sistemov, da spodbujajo učinkovitost, v glavnem določeni s kakovostjo informacij o stroških bolnišnic, ki se uporabljajo za razvoj teh sistemov in izračun uteži SPP.

Države, ki so uvozile sisteme SPP iz tujine, pogosto začnejo prilagajati uvožene uteži SPP kontekstu lokalnih stroškov z uporabo agregiranih podatkov stroškovnega računovodstva in

nabora notranjih stroškovnih uteži SPP. Na primer v Španiji (Cots et al., 2011b) se uvožene uteži SPP za vse bolnike (All-Patient (AP) – DRG) prilagodijo z uporabo podatkov o stroških s sorazmerno preprosto dodelitvijo stroškov bolnišnicam od zgoraj navzdol enajstim »delnim stroškovnim mestom« (operacijska dvorana, radiologija, laboratorij, lekarna, zdravstvene storitve, intenzivna nega, drugi stroški hospitalizacije, drugi vmesni stroški hospitalizacije, zdravstveno osebje, funkcionalni stroški in administrativni stroški). Stroški na SPP se lahko izračunajo z uporabo podatkov o številu primerov (\check{S}_j) v vsakem SPP (SPP_j) ter nabora stroškovnih uteži SPP (U_j) (glejte tabelo 4.2). Podoben pristop se uporabi za prilagoditev uvoženih uteži AR-DRG nacionalnim podatkom o stroških na Irskem (O'Reilly et al., 2011). V ta namen se irski podatki o stroških dodelijo trinajstim stroškovnim mestom (sorodne stroke, kritična oskrba; koronarni oddelek; urgencia; slikanje; patologija; plačilo zdravnika; protetika; zdravstvena nega; lekarna; operacijski postopki v dvorani; postopki v dvorani, ki niso operacijski; in kri), uteži SPP pa se prilagodijo z uporabo notranjih uteži storitev za stroškovna mesta, ki temeljijo na avstralskih podatkih o stroških.

Tabela 4.2: Izračun stroškov na SPP z uporabo notranjih uteži SPP

	SC_1	$\dots SC_i$	$\dots SC_{11}$
SPP_1	$\check{S}_1 * U_{1-1}$	$\check{S}_1 * U_{i-1}$	$\check{S}_1 * U_{11-1}$
...			
SPP_j	$\check{S}_j * U_{1-j}$	$\check{S}_j * U_{i-j}$	$\check{S}_j * U_{11-j}$
...			
SPP_{886}	$\check{S}_{886} * U_{1-886}$	$\check{S}_{886} * U_{i-886}$	$\check{S}_{886} * U_{11-886}$
Skupaj utežena dejavnost	$SP_1 = \sum(\check{S}_j * U_{i=j})$	$SP_i = \sum(\check{S}_j * U_{1-j})$	$SP_{11} = \sum(\check{S}_j * U_{11-j})$
			$SE_{11} = SSTRO_{11}/$
Strošek na enoto 1 do 11	$SE_1 = SSTRO_1 / SP_1$	$SE_i = SSTRO_i / SP_i$	SP_{11}
Strošek na SPP_j	$SSPP_j = \sum(SE_i * U_{i-j})$		

SC_i je delni stroškovni center

U_{i-j} je notranja (delna) utež SPP za SPP_j in delni stroškovno mesto SC_i

\check{S}_j je skupno število bolnikov, razvrščenih v SPP_j

$SSTRO_i$ so skupni stroški za delni stroškovno mesto SC_i

SE_i je strošek na enoto za notranjo (delno) stroškovno utež U_i

$SSPP_j$ je strošek za SPP v evrih

Vir: Cots et al., 2011b

Prilagoditev uvoženih uteži SPP nacionalnim podatkom o stroških je prvi korak k izboljšanju ustreznosti uteži SPP. Vendar pa na dolgi rok večina držav poizkuša izboljšati sisteme stroškovnega računovodstva bolnišnic, da bi pridobile informacije o stroških na bolnika, kar ni le boljše za izračun pravih in zanesljivih uteži SPP, ampak tudi za boljše upravljanje bolnišnic. V Nemčiji se na primer

podatki o stroških na bolnika zberejo iz vzorca približno 10 odstotkov nemških bolnišnic, ki upoštevajo smernice za stroškovno računovodstvo, ki jih je pripravil InEK. Ta pristop omogoča prilagoditve sistema SPP na podlagi informacij o porazdelitvi stroškov za posamezne bolnike, direktorji bolnišnic pa lahko analitično primerjajo stroške bolnišnice (za podroben nabor stroškovnih modulov) s povprečjem vzorca (glejte tabelo 4.3).

Tabela 4.3: Povprečen strošek za bolnišnico za SPP I47B v vzorcu podatkov o stroških InEK

		Skupine stroškovnih elementov										Skupaj		
		Delo			Material				Infrastruktura					
		Zdravniki	Oskrba	Zdravstveno/Tehnično osebje	Splošna zdravila	Posamezna zdravila	Vsadki in presadki	Material (brez zdravil, vsadkov presadkov)	Posamezni material (dejanska brez zdravil, vsadkov)	Zdravstvena infrastruktura	Infrastruktura, ki ni zdravstve			
Nemški katalog SPP I47B Revizija ali zamenjava kolka brez zahtevnih diagnoz, brez artrodeze, brezvečjih SC, starost > 15 let														
Skupine stroškovnih mest	Enote s postelja	1: običajni oddelek	345,04	863,19	46,95	75,72	4,87		72,41	7,16	171,25	806,71	2.393,30	
		2: enota za intenzivno nego	35,53	94,54	6,07	12,60	0,61	0,00	15,93	0,71	11,22	44,36	221,56	
		3: enota za dializo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Diagnostika in zdravljenje		4: operacijska dvorana	351,15		224,70	15,86	6,36	1.363,53	174,88	62,48	136,39	205,65	2.541,01
			5: anestezija	204,47		130,68	18,55	0,63		47,91	1,80	24,18	67,11	495,32
			6: porodnišnica	0,00		0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			7: srčna diagnostika/terapija	0,17		0,16	0,00	0,00	0,03	0,04	0,06	0,03	0,09	0,58
			8: endoskopska diagnostika/terapija	0,43		0,53	0,02	0,00	0,00	0,19	0,01	0,19	0,36	1,74
			9: radiologija	17,41		35,12	0,45	0,02	0,01	8,49	13,89	10,07	24,99	110,45
			10: laboratoriji	5,81		44,89	3,18	40,38	0,00	33,63	20,79	4,65	21,14	174,47
			11: druga diagnostika in terapije	16,42	2,06	150,58	1,85	0,01	0,01	10,82	7,40	7,15	68,31	264,60
			Skupaj	976,43	959,79	639,68	128,23	52,88	1.363,58	364,30	114,30	365,13	1.238,72	6.203,03

Vir: Lastna zbirka avtorjev na podlagi InEK, 2010

Zanimiv pristop k zbiranju podatkov o stroških uporabljajo na Nizozemskem, kjer se podatki o rabi sredstev zberejo od vseh bolnišnic (število bolnišničnih dni, število in vrsta laboratorijskih testov, vrsta kirurških posegov), medtem ko stroški na enoto prihajajo le od majhnega vzorca bolnišnic z uporabo mikrostroškov od spodaj navzgor (s tem zmanjšajo stroške zbiranja podatkov) (Tan et al., 2011).

Krepitev spodbud za učinkovitost

Uporaba sistema SPP kot orodja za povečanje učinkovitosti se lahko izkoristi na več načinov. Ena možnost je uporabiti SPP za razdelitev nacionalnega ali regionalnega proračuna/programa. Na Irskem (O'Reilly et al., 2011) na primer se nacionalni program za bolnišnice porazdeli na podlagi njihovih prejšnjih dejavnosti, ki jih izmerijo SPP (npr. leta 2012 je bila porazdelitev opravljena na podlagi AR-DRG, iz leta 2010 in prve polovice 2011). Tako se bolnišnice spodbudijo, da zagotovijo več SPP, saj bodo zato dobile večji delež nacionalnega programa za bolnišnice. To povečuje spodbude za produktivnost (bolnišnice spodbuja, da izvedejo več storitev), hkrati pa je višina nacionalnega proračuna/programa še vedno pod nadzorom plačnika.

Druga možnost je povečati pomembnost modela plačevanja primerov, ki temeljijo na SPP, in zmanjšati pomembnost programov bolnišnic. Trenutno plačila primerov, ki temeljijo na SPP, nimajo

pomembne vloge pri določanju višine programa v Sloveniji, saj večina bolnišnic doseže zgornjo mejo programa, ki temelji na SPP, krepko pred koncem leta. Če bi zgornjo mejo programa spremenili v ciljni program in bi bolnišnice lahko izvajale storitve nad programom, bi to bolj spodbudilo bolnišnice, da bi povečale število zdravljenih bolnikov (čeprav se moč spodbude lahko zmanjša z uporabo nižje osnovne stopnje(enke) za preseganje SPP, npr. 35 odstotkov običajne osnovne stopnje, kot to naredijo v Nemčiji). Čeprav plačila primerov, ki temeljijo na SPP, bolj spodbujajo produktivnost, je slaba stran to, da zmanjšujejo nadzor proračuna/programa na makroravni.

Pomembno je pazljivo voditi prehod z močnih finančnih spodbud bolnišnicam na podlagi SPP, saj ima lahko povečanje spodbud za učinkovitost tudi nenačrtovane posledice (Cots et al., 2011a). Zato večina držav v prehodnem obdobju postopno povečuje spodbude, ki temeljijo na SPP, ter skrbno spremlja učinke. Poleg tega se plačila, ki temeljijo na SPP, v Sloveniji trenutno vodijo brez številnih (precej preprostih) izboljšav, ki so jih uvedle druge države:

- Prvič, ni mehanizma za prilagoditev izjem. V skoraj vseh drugih evropskih državah se plačila, ki temeljijo na SPP, običajno prilagodijo za tiste izjemne primere z daljšo ležalno dobo (dnevno dodatno plačilo) in izjemne primere s krajšo ležalno dobo (dnevni odbitki) ter za dnevne primere (Cots et al., 2011a).
- Drugič, ni sistema za letno rekalkulacijo povprečne stroškovne uteži SPP na 1, ki bi zagotovil, da hiperkodiranje ne vodi k naraščajočim stroškovnim utežem.
- Tretjič, v Sloveniji obstaja le šibek nadzor dejavnosti in kodiranja bolnišnic, a ta nadzor postane pomembnejši takoj, ko se moč spodbud, ki temeljijo na SPP, poveča.
- Četrto, v Sloveniji ni sistema za nadzor in vodenje ponovnih sprejemov, medtem ko so druge države, kot so Nemčija, Anglija ali ZDA, uvedle politike, ki nasprotujejo spodbudam za več ponovnih sprejemov (Kristensen et al., 2015).

Model plačevanja za zunajbolnišnične (specialističnoambulantne) storitve

V Sloveniji specialističnoambulantne storitve izvajajo predvsem bolnišnice in zdravstveni domovi. Poleg tega imajo nekateri specialisti v zasebnih ordinacijah koncesijo za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti. Normativi (kalkulativni standardi) za vsako specialnost določajo tehnične (npr. oprema) in kadrovske zahteve za specialistične time, ki običajno vključujejo enega specialista, eno medicinsko sestro in upravnega delavca.

Trenutni model plačevanja

O programih za specialistično ambulantne time se pogajajo izvajalci in ZZS po sklenitvi splošnega dogovora in na podlagi prilog k dogovoru. Možno je, da izvajalec izpogaja program za ekipo specialistov, ki ni (več) prisotna, npr. bolnišnica lahko izpogaja celoten program za kardiološki tim, čeprav s kardiologom nima (več) pogodbe o zaposlitvi s polnim delovnim časom. Lahko pa izvajalec priskrbi na primer le eno tretjino programa za kardiološki tim, če potrebe bolnikov v prispevnem območju ne zahtevajo prisotnosti celotne ekipe. Višina programa za vsak specialistični tim se razlikuje glede na specialnost (npr. kardiologija, nevrologija ali ortopedija) zaradi razlik v stroških dela, materiala in infrastrukture, temelji pa večinoma na zgodovinskih podatkih o stroških. Vendar pa je program enak za vse time v danispecialnosti v državi.

Vsak izvajalec mora zaračunati storitve na podlagi kataloga plačil za storitev (FFS) (pogovorno znan kot »zelena knjiga«, uradno pa kot »seznam storitev«), skupno letnoplachilo pa je omejeno z izpogajanim programom. Pravzaprav izvajalci vsak mesec prejmejo eno dvanajstino svojega letnega finančnega proračuna kot za bolnišnično obravnavo. Če ima ZZS ob koncu leta več sredstev, kot je bilo prvotno predvideno, bi lahko izvajalci izpogajali dodatna sredstva za storitve, izvedene nad dogovorjenim programom. Poleg tega dopolnilno PZZ tako kot za bolnišnično obravnavo vedno plača svoj delež stroškov tudi za storitve, izvedene nad dogovorjenim programom. Večji izvajalci (oddelki v bolnišnicah in zdravstveni domovi) bi lahko morda zaračunali storitve enega specialističnega programa drugega specialističnega (znotraj iste specialnosti), da bi porabili ves razpoložljiv proračun.

»Zelena knjigo« so pripravili še v socialističnih časih, da bi merili dejavnost zdravnikov. Ni bila pripravljena za določanje plačilnega sistema FFS za izvajalce. Vendar pa je bila »zelena knjiga« le malo posodobljena, ker so v Sloveniji partnerji skupaj odgovorni za posodobitev modelov plačevanja in se običajno ne morejo dogovoriti o predlaganih spremembah (glejte 2. poglavje *Proces nakupovanja zdravstvenih storitev*). Na splošno so plačila določena glede na določeno število točk, ki temeljijo na redko posodobljenih preteklih ocenah stroškov in potrebnega časa. Dejanska stopnja plačil se določi v procesu letnih pogajanj z določitvijo vrednosti točke v evrih.

Z zaračunavanjem storitev na podlagi »zelene knjige« je več težav. Prvič, definicije postavk FFS (približno 2000), ki se lahko zaračunajo, in pravila izdajanja računov niso jasna, kar pusti veliko prostora za ustvarjalno prakso zaračunavanja in oteževanje nadzora ZZS. Drugič, struktura kataloga plačil za vsako specialnost določa osnovno plačilo, ki se lahko zaračuna le enkrat na obisk in ki krije vse storitve, ki so del običajnega obiska, ter število dodatnih storitev, ki se lahko zaračunajo, ki so v različnih specialnostih različne. To povzroči preveč napotitev, če je določena storitev vključena v osnovno plačilo za enega specialista, lahko pa jo posebej zaračuna drugi specialist. Tretjič, stopnje plačil za podobne storitve, ki jih izvajajo različni specialisti, se izredno razlikujejo (npr. plačilo za izrez lezije na koži je desetkrat višje za kirurge kot dermatologe) in to spet vodi k preveč napotitvam. Četrto, stopnje plačil ne odražajo primernosti stroškov izvajanja storitev. Nekatera plačila so precenjena, druga pa podcenjena.

Glavne težave

- **Napačno delovanje institucionalnih ureditev za pregled in posodobitev kataloga FFS:** Ustanove s primarno odgovornostjo za vodenje kataloga FFS ni, skupna odgovornost deležnikov pa povzroči mrtvo točko, ki zadržuje posodobitve in revizije sistema FFS.
- **Šibke spodbude za učinkovitost:** Zgornje meje programov izvajalcev, ki se zlahka dosežejo s pomočjo ustvarjalnih praks zaračunavanja, izvajalcev ne spodbujajo k izvajanju storitev in pritegnitvi bolnikov.

Mednarodne izkušnje

Posodabljanje sistemov FFS

Institucionalne ureditve za posodabljanje sistemov FFS se v različnih državah močno razlikujejo. Tabela 4.4 vsebuje pregled porazdelitve odgovornosti za pripravo kataloga plačil ter posodobitev spremenljivk in osnovnih vrednosti po državah. Kljub precejšnjim razlikam pa je državam skupno to, da je odgovornost za razvoj in posodobitev sistema FFS razdeljena na odgovornost za določitev kataloga ter opredelitev in posodobitev spremenljivk (točk ali uteži) za posamezne storitve na eni strani ter določitev osnovne vrednosti, ki pretvori spremenljivke v denarne vrednosti, na drugi. Običajno imajo združenja specialistov pomembno vlogo pri določitvi kataloga FFS in spremenljivk, pomembnih za storitve, ki se izvajajo v njihovi specialnosti. Pri opredelitvi osnovne vrednosti imajo plačniki pomembnejšo vlogo, saj se o tej vrednosti pogosto pogajajo z izvajalci.

Tabela 4.4: Odgovornosti ustanov za sisteme plačil za storitve in rednega posodabljanja

		Odgovorne ustanove	Rednost posodobitev
Francija	Katalog FFS	Francoski nacionalni zavod za zdravstveno zavarovanje v sodelovanju z združenji specialistov – vsak je odgovoren za določitev plačila, ki veljajo za njegovo specialnost	Neredno, 10 dopolnil med letoma 2011 in začetkom leta 2012
	Osnovna vrednost	Pogajanja med nacionalnim zavodom za zdravstveno zavarovanje	Zadnja posodobitev leta 2011
Nemčija	Katalog FFS	Komisija za vrednotenje pri zvezni komisiji, ki je sestavljena iz predstavnikov skladov DZZ in zdravnikov DZZ – če ne more doseči dogovora, se lahko komisija razširi s tremi nevtralnimi člani z glasovalno pravico, na koncu pa lahko posreduje tudi zvezna vlada	Neredno, zadnji večji pregled kataloga FFS je bil leta 2009, takrat je bilo več manjših prilagoditev
	Osnovna vrednost	Pogajanja med regionalnimi združenji skladov DZZ in združenji skladov DZZ zdravnikov	Letno
Švica	Katalog FFS	Skupno podjetje, ki predstavlja plačnike in izvajalce (TAR Suisse), pripravi katalog FFS; če plačniki in izvajalci ne more doseči dogovora, lahko posreduje tudi zvezna vlada	Neredno, 18 pregledov od uvedbe sistema FFS leta 2008 do začetka leta 2014
	Osnovna vrednost	Pogajanja med podjetji za obvezno zdravstveno zavarovanje in izvajalci (kantonska združenja zdravnikov in bolnišnic)	Letno
Nizozemska	Katalog FFS/SPP	Katalog SPP, ki ga določi nizozemski organ za zdravstveno varstvo (NZA) Do leta 2015 so spremenljivke v plačilu vsa leta določile komisije medicinskih specialistov	Neredno
	Osnovna vrednost	Izračunana na podlagi nacionalnega proračuna	Letno
ZDA (Medicare)	Katalog FFS	Ameriško medicinsko združenje vzdržuje kode zaračunavanja in vključuje priporočila združenj specialistov; odločitve o sprejmejo centri za storitve Medicare in Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)) na podlagi nasvetov združenj specialistov	Cene kataloga FFS se posodablja letno
	Osnovna vrednost	Parlament	Letno

Vir: Lastna zbirka avtorjev na podlagi Quentin et al., 2014

V Nemčiji in Švici je ustanova, sestavljena plačnikov in izvajalcev, odgovorna za pripravo in posodabljanje kataloga FFS. Vendar pa ima v obeh državah zvezna vlada pravico posredovati, če se ustanova znajde na mrtvi točki in ne sprejme odločitve. Poleg tega v Nemčiji institucionalno mrtvo točko preprečujejo predpisi, ki omogočajo plačnikom ali izvajalcem, da zahtevajo vključitev treh nevtralnih članov z glasovalno pravico v ustrezno komisijo, ki jo morajo skupaj imenovati plačniki in izvajalci.

V Franciji, na Nizozemskem in v ZDA (sistem Medicare) obstaja nacionalni organ, ki ima glavno odgovornost za pripravo kataloga plačil. Vendar pa je večina dela pri določanju plačil in spremenljivk odvisna od prispevka medicinskih združenj specialistov, pri čemer je vsaka specialistična organizacija odgovorna za plačila, ki veljajo za njeno specialnost. Nacionalni organi običajno upoštevajo nasvete specialističnih organizacij, saj določitev plačil in spremenljivk vpliva le na porazdelitev sredstev med specialiste (in včasih le v okviru določenespecialnosti), ne pa na skupno stopnjo sredstev. Sistem za določitev spremenljivk v katalogu FFS na Nizozemskem je opisan v okencu 4.1.

Okence 4.1: Določitev ravni plačil na Nizozemskem

Na Nizozemskem se sistem SPP uporablja za plačilo vseh storitev po specialistih in je bil do pred kratkim vsaj do določene mere podoben sistemu FFS v drugih državah. Razvil ga je nizozemski organ za zdravstveno varstvo na podlagi podatkov o stroških, pridobljenih od bolnišnic, pri čemer je upošteval predloge specialistov in bolnišnic. Reforma leta 2012 je uvedla nov sistem določanja stopnje plačil specialistov ali natančneje element honorarja za vsak SPP. Reforma je uvedla nacionalni specialistični proračun in prenesla odgovornost za določanje spremenljivk v elementu honorarja za vsak SPP združenju medicinskih specialistov. Pristop vsebuje več korakov:

1. Nacionalni proračun za storitve, ki jih izvajajo samozaposleni specialiste, je razdeljen med 26 specialističnih področij na podlagi števila ekvivalenta polnega delovnega časa specialistov na disciplino z nekaj manjšimi popravki.
2. Komisije specialistov lahko predlagajo spremembe spremenljivk v plačilu in uvedbo novih SPP. Njihovi predlogi lahko temeljijo na njihovih lastnih študijah ali običajno na strokovnem mnenju ali strinjanju, da so nekateri SPP v primerjavi z drugimi precenjeni ali podcenjeni.
3. Proračun za vsako specialnost se nato razdeli po skupnih točkah za storitve, ki so jih vsi specialiste tespecialnosti izvajali v prejšnjem letu, skupno število točk pa se izračuna na podlagi prilagojenih stopenj plačil.

Na podlagi takega izračuna se določi osnovna vrednost, ki se skozi leto uporablja za plačilo specialistov. Vendar pa bo nova reforma popolnoma odpravila določitev stopenj plačil za specialiste. Namesto tega se bodo morali specialiste o svojih plačilih pogajati z bolnišnicami.

Razvoj in vzdrževanje sistema FFS sta zelo zahtevna, saj so katalogi FFS pogosto sestavljeni iz več tisoč posameznih kod za zaračunavanje. Naprednejši sistemi FFS (npr. v Nemčiji in Švici) za vsako kodo določajo nabor pravil za zaračunavanje, ki določajo: 1) vrste storitev, ki jih koda krije; 2) vrste

izvajalcev, ki lahko izdajajo račune (po možnosti vključno s tehnično usposobljenostjo); 3) dovoljeno pogostost zaračunavanja za kodo za istega bolnika (npr. v času istega obiska ali v določenem časovnem obdobju); 4) vrste drugih storitev, ki se lahko zaračunajo, skupaj s kodo v času istega obiska; 5) če se storitve lahko izvedejo le pod določenimi pogoji, npr. ob določenem delu dneva, po napotitvi določenega specialista itn.

Drug pristop k sistemu FFS za zaračunavanje specialističnih ambulantnih storitev je razširitev sistemov SPP na ambulantno obravnavo. V državah, kot so Anglija, Finska in Švedska, obstajajo posebni SPP za specialističnoambulantno obravnavo; vsak bolnik, ki se zdravi v specialističnih ambulantah, se razporedi v skupino na podlagi diagnoze in/ali posega ter določenih drugih vrst informacij ustreznega SPP. Običajno je število SPP veliko nižje kot v klasičnih sistemih FFS. Na primer na Švedskem obstaja 335 ambulantnih SPP, poleg 157 dnevnih kirurških SPP, 29 dnevnih medicinskih SPP in 18 SPP za endoskopijo. Razširitev sistema SPP na specialistično ambulantno obravnavo ima dve pomembni prednosti: prvič, združuje storitve, izvedene med obiskom ambulante, v en »proizvod«, ki je določen na podlagi značilnosti bolnika in zdravljenja. Drugič, usklajuje model plačevanja v različnih sektorjih, kar lahko prispeva k bolj usklajenim spodbudam. Tretjič, omogoča posodobitve sistema, saj jih lahko izvede ista ustanova z upoštevanjem istega pristopa, kot velja za posodobitve bolnišničnih sistemov SPP.

Spodbude za učinkovitost ali produktivnost

Spodbude za učinkovitost ali produktivnost lahko okrepijo različni pristopi, ki se uporabljajo v različnih državah. Ena možnost, kot je pristop k plačilu ambulantnih zdravnikov v Nemčiji, je odstraniti zgornjo mejo programa izvajalcev in ga nadomestiti s programom na makroravni (nacionalnim ali regionalnim) za specialistične ambulantne storitve. Vsak posamezni izvajalec bi lahko izvedel neomejeno količino storitev. Vsaka storitev bi bila zaračunana na podlagi sistema točk iz kataloga FFS. Pri tem pa bi bila denarna vrednost točke določena za nazaj (ob koncu četrtertletja ali leta), ko bi se lahko celoten razpoložljiv proračun razdelil po celotnem številu točk za storitve, ki bi jih izvedli vsi izvajalci. To pomeni, da bi izvajalci, ki bi izvedli več storitev, dobili večji delež celotnega proračuna. Slaba stran tega sistema z vidika izvajalcev pa je, da ti ne poznajo svojega programa do konca obračunskega obdobja in da je njihovo plačilo odvisno od skupne dejavnosti vseh specialističnoambulantnih izvajalcev v državi ali regiji.

Spremenjena različica tega pristopa, podobna različici, opisani za Nizozemsko (v okencu 4.1), ki se trenutno uporablja v Nemčiji, da se določi proračun na ravni vsake posamezne specialnosti. Prednost tega pristopa je izognitev večjim razlikam v plačilu izvajalcev v različnih specialnostih. V veliko državah so plačila veliko bolj dobičkonosna v določenih specialnostih (običajno na področjih, ki vključujejo več posegov) kot na drugih, ker se ne prilagajajo dovolj hitro primerom, ko so zaradi tehnološkega napredka stroški določenih storitev nižji – to pa povzroči velike razlike med prihodki različnih specialističnih področij. Druga prednost tega pristopa je, da plačilo posameznega izvajalca ni odvisno od skupne dejavnosti vseh izvajalcev, ampak le od dejavnosti izvajalcev, ki delujejo v isti specialnosti. Če en izvajalec izvede preveč storitev ali jih neustrezno zaračunava, bo to vplivalo le na specialiste v isti specialnosti. V idealnih okoliščinah bi bil tak plačilni sistem kombiniran z mehanizmi, ki omogočajo specialistom, da nadzorujejo vedenje svojih kolegov in da sankcionirajo neprimerno vedenje.

Še ena možnost pa bi bila, da bi uporabili sistem različnih programov, ki bi bil podoben sistemu, ki se trenutno uporablja na Češkem in v Nemčiji. Na primer: program na ravni izvajalcev bi bil lahko določen glede na standardno količino storitev, npr. povprečna količina storitev, ki jih opravijo specialisti v določeni specialnosti. Izvajalci bi nato lahko zaračunavali FFS po standardni stopnji, dokler ne bi dosegli proračuna. Poleg tega bi lahko zaračunavali dodatne storitve, ki bi bile plačane po progresivno nižji stopnji, npr. 70 odstotkov za do petodstotno prekoračitev proračuna, 50 odstotkov za do desetodstotno prekoračitev proračuna itn. Prav tako bi bile lahko določene specializirane storitve izvzete iz proračuna izvajalca, omejeval pa bi jih skupni proračun specialnosti, ki bi spet zagotovil interes specialistov, da bi zmanjšali pretirano povečanje količine teh storitev. Nazadnje, določene prednostne storitve bi bile izvzete iz obeh proračunov, kar bi še dodatno spodbudilo izvajanje teh storitev.

Model plačevanja za primarno zdravstveno varstvo

Večino storitev primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji izvajajo zdravstveni domovi, znani kot javni zdravstveni domovi, v katerih je zaposlenih 60 odstotkov vseh zdravnikov na primarni ravni (večinoma so to zdravniki družinske medicine pa tudi pediatri in ginekologi). Obstaja 57 zdravstvenih domov in 978 izvajalcev zasebne zdravstvene dejavnosti s koncesijo (podatki ZZS za leto 2014). Približno 40 odstotkov zdravnikov na primarni ravni je samozaposlenih; ena polovica jih najema prostore v zdravstvenih domovih, drugi pa imajo lastniške zasebne prakse. Podobno kot pri storitvah na sekundarni ravni normativi (kalkulativni elementi) določajo kadrovske zahteve za ekipe na primarni ravni (npr. en zdravnik, ena medicinska sestra in en administrativni pomočnik), ni pa nadzora, ki bi ugotavljal izpolnjevanje teh zahtev.

Trenutni model plačevanja

Kot za sekundarno raven se tudi o programih za primarno zdravstveno varstvo pogajajo izvajalci in ZZS na podlagi splošnega dogovora (z minimalnim prostorom za prava pogajanja, ker pogodbe bolj ali manj vnaprej določa splošni dogovor). V prvem koraku ZZS izvajalcem določi število programov (en program = entim na primarni ravni) za preskrbljenost prebivalcev na območju določene zdravstvene enote. Na primer: če je na določenem območju 20.000 prebivalcev, je število enoti dodeljenih timov 11,1.

V drugem koraku se izračuna vrednost programa za en tim, tako da krije stroške plač tima na primarni ravni, kot določajo kadrovske normativi, ter povprečne stroške objektov, opreme, laboratorijskih testov, zavarovanja, čiščenja itn. Vrednosti programov se zaradi različnih kadrovske normativov nekoliko razlikujejo za zdravnike družinske medicine, pediatrie in ginekologe. Vendar pa posameznitima primarni ravni lahko upoštevajo normative ali ne, saj ni nadzora, ki bi potrdil, ali na primer zdravnik družinske medicine, ki opravlja dejavnost v svoji zasebni ambulanti s koncesijo ZZS, dejansko zaposluje medicinsko sestro in administratorja, kot to predvidevajo kadrovske normativi.

Dejansko plačilo izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva (v okviru programa) je potem sestavljeno iz mešanice glavarine in plačila storitev. Izvajalci primarnega zdravstvenega varstva prejmejo določeno število glavarinskih količnikov, ki je odvisno od števila opredeljenih bolnikov in njihove starosti (3 glavarinski količniki (GK) za starost do 1 leta; 1,9 GK za od 1 do 6,99 leta, 0,88 GK

za od 7 let do 18,99 leta, 0,84 GK za od 19 let do 49,99 leta, 1,4 GK od 50 let do 64,99 leta, 2,2 GK za od 65 let do 74,99 leta in 3 GK za starejše od 75 let). Vrednost glavarinskega količnika v evrih se določi z razdelitvijo nacionalnega programa za primarno zdravstveno varstvo na skupno število glavarinskih količnikov (za skupno število zavarovanih oseb).

Program za zdravnike družinske medicine je izračunan za 2.400 glavarinskih količnikov (ki predstavljajo v povprečju 1800 bolnikov) in zneso 116.670 EUR. Programi za pediatre in ginekologe se izračunajo rahlo drugače. Izvajalci primarnega zdravstvenega varstva prejmejo glavarinske količnike za vsakega opredeljenega bolnika. Vsota vseh glavarinskih količnikov za opredeljene bolnike določa skupno višino programa za plačilo glavarine in storitev.

Izvajalci lahko zavrnejo sprejem bolnikov, potem ko dosežejo 110 odstotkov povprečnega števila glavarinskih količnikov, nekateri izvajalci pa sprejmejo precej več bolnikov (do 3.000, kar jim omogoča višje prihodke). Če izvajalec ne doseže 2.400 glavarinskih količnikov, je plačilo nižje, kot določa normativ. V teoriji lahko zdravnik nadomesti nižje število bolnikov z izvajanjem več storitev, ki jih lahko zaračuna, da lahko pridobi celoten proračun (čeprav se to ne zgodi pogosto). Od leta 2005, ko je bil uveden preventivni program, lahko izvajalci pridobijo celoten proračun, če izvedejo zahtevano preventivne storitve, ne glede na število izvedenih kurativnih storitev.

Izvajalci primarnega zdravstvenega varstva zaračunajo storitve na podlagi standardov za ambulantno družinske medicine iz splošnega dogovora, vključno s plačilom za kratek obisk (količnik 1,50), prvo kurativno obravnavo (količnik 3,60), kontrolni pregled (količnik 2,30) in za celovito oceno (količnik 2,80). En količnik je vreden med 2,50 EUR in 3,00 EUR, odvisno od vrednosti skupnega letnega programa za zdravnike družinske medicine. Prihodek od storitev v povprečju predstavlja manj kot 50 odstotkov celotnega prihodka izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva. Poleg tega obstajajo omejene spodbude za izvajanje storitev, saj večina izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva zlahka doseže zgornjo mejo programa z izvajanjem storitev, ki jih lahko zaračunajo plačniku.

Glavne težave

- **Neustrezna obtežitev starostnih skupin pri glavarini:** Ker obtežitev starostnih skupin ne temelji na trenutnem koriščenju ali podatkih o stroških, se šteje kot neustrezno. Še posebej število glavarinskih količnikov za starostnike (3 GK za starejše od 75 let) naj bi bilo prenizko v primerjavi z glavarinskimi količniki za otroke (3 GK za mlajše od enega leta).
- **Omejene spodbude za izvajanje storitev in kakovost obravnave:** Ker zgornjo mejo programov glede prihodkov od storitev izvajalci zlahka dosežejo, obstajajo le omejene spodbude za izvajanje storitev in plačila niso odvisna od kakovosti oskrbe.

Mednarodne izkušnje

Obtežitev glavarine

Skoraj vse države, ki uporabljajo plačilo po glavarini za zdravnike na primarni ravni, uporabljajo neko vrsto prilagoditve po starosti, čeprav se razlikujejo glede točne definicije starostnih skupin (npr. tri v Estoniji proti sedmim v Litvi (Wilkens, 2011)). Poleg tega obtežitve pogosto prilagajajo glede na spol

in socialno prikrajšanost. Anglija ima precej napreden sistem prilagoditev obtežitev, ki temelji na tako imenovani formuli Carr - Hill, ki poleg starosti in spola upošteva potrebe prebivalcev. (Tabela s pregledom tehtanja starosti v Estoniji, Latviji, Litvi in na Švedskem je v prilogi 4.1.)

Okence 4.2: Formula glavarine Carr - Hill v Angliji

Formula Carr - Hill se v Angliji uporablja od leta 2003, a je bila deležna določenih prilagoditev od takrat. Formula je namenjena pravični razdelitvi sredstev ambulantam za primarno zdravstveno varstvo s prilagajanjem porazdelitve ambulantami dejavnikom, ki vplivajo na relativne potrebe in stroške, vključno:

- s starostno strukturo in strukturo po spolu populacije bolnikov (glejte podrobnosti spodaj);
- z deležem prebivalcev, ki živijo v domovih za ostarele (ti bolniki povzročajo večjo delovno obremenitev, ki posveti vedno vključujejo čas potovanja);
- z dodatnimi potrebami prebivalcev po negi, povezanimi z morbidnostjo in umrljivostjo (kot izmerijo pod raziskavi o standardiziranih dolgotrajnih boleznih in standardiziranim razmerju umrljivosti ljudi, stare 65 let);
- z dodatnim delom v povezavi s spremembami prebivalstva (novi bolniki zahtevajo večjo delovno obremenitev);
- z dejavniki zunaj nadzora izvajalcev, ki prinašajo višje stroške, npr. višji stroški za plače in ruralnost (gostota prebivalstva).

Da prikaže starostno strukturo in strukturo po spolu prebivalcev, formula vključuje sistem 14 področij po starosti spolu s stroškovnimi utežmi za vsako področje. Stroškovne uteži starostnih skupin in spolov so bile izračunane na podlagi podatkov od vzorca ambulant zdravnikov družinske medicine. Vendar pa so podatki zagotovili le informacije o trajanju posvetov v ambulanti in so morali biti prilagojeni povprečnemu trajanju obiskov na domu ter številu obiskov doma (na podlagi podatkov iz raziskave).

Indeks delovne obremenitve glede na starost in spol (moški 5–14 = 1) v VB, razen Škotske

	0-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85+
Moški	3,97	1	1,02	2,15	4,19	5,18	6,27
Ženska	3,64	1,04	2,19	3,36	4,9	6,56	6,72

Vir: Zaposleni v BMA/NHS, 2007

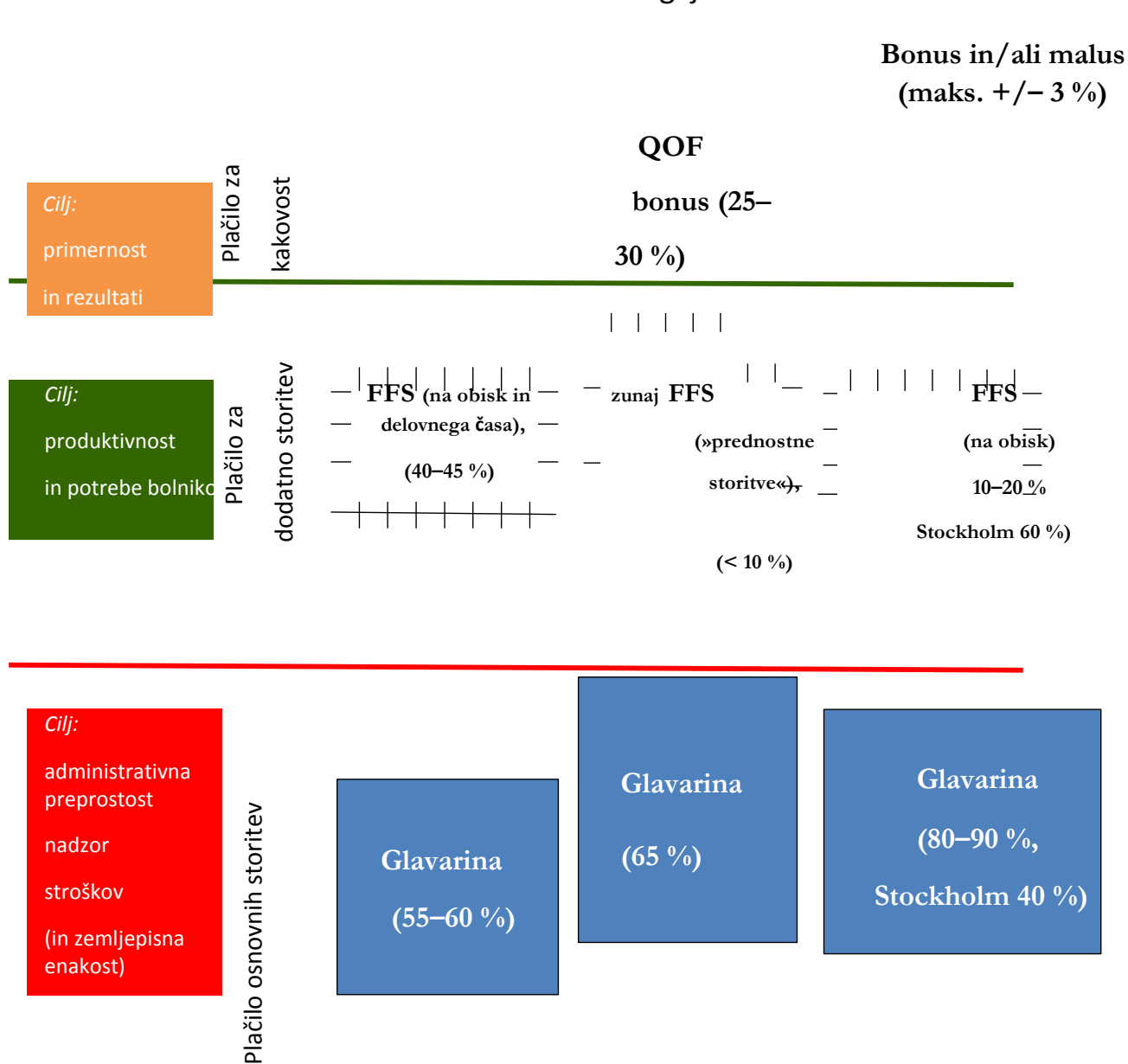
Da bi obtežene formule ustrezno odražale potrebe bolnikov, morajo biti na voljo podatki o stroških in/ali koriščenju za izračun indeksa obtežitve. Včasih se lahko podatki iz sistema plačevanja po storitvah uporabijo za razumevanje vzorcev koriščenja storitev. V nekaterih državah, npr. na Švedskem, se za določanje plačila po glavarini za zdravnike družinske medicine uporablja sistem prilagojenih kliničnih skupin (Adjusted Clinical Group – ACG), ki je sistem, podoben SPP, a razvit za prebivalstvo in ambulantno obravnavo (Wilkens, 2011). Prednost takega sistema je, da bolj upošteva zdravstvene potrebe prebivalcev, ima pa tudi precej večje zahteve o razpoložljivosti podatkov in kakovosti informacij.

Kombiniranje modelov plačevanja za spodbujanje izvajanja storitev in kakovost

Za zmanjšanje nenačrtovanih posledic različnih modelov plačevanja je dobro kombinirati različne modele. Več evropskih držav, vključno s Slovenijo, ukrepa v tej smeri. Slika 4.1 kaže medsebojno

pomembnost različnih modelov plačevanja na Nizozemskem, v Angliji in na Švedskem. Kupci lahko spremenijo medsebojno pomembnost vsakega elementa plačila skladno s trenutnimi cilji. Če je cilj imeti upravno preprost sistem in nadzor proračuna, so primerna plačila po glavarini. Če je cilj spodbujati izvajanje storitev ter spodbujati izvajalce, da izvajajo vse storitve, ki jih bolniki potrebujejo, pa se lahko sorazmerna pomembnost plačil po storitvah poveča. Če se lahko kakovost struktur, procesov ali rezultatov meri in jo je treba izboljšati, je mogoče povezati model plačevanja z učinkovitostjo v povezavi s temi kazalniki.

Slika 4.1: Pomembnost različnih modelov plačevanja na Nizozemskem, v Angliji in na Švedskem



V treh državah, prikazanih na sliki 4.1, model plačevanja po glavarini predstavlja več kot polovico plačila zdravnikov na primarni ravni. Vendar pa se države razlikujejo glede na vrste storitev, za katere se opravijo dodatna plačila storitev. Podobno kot v Sloveniji se na Nizozemskem plačujejo osnovni posveti, podaljšani posveti, telefonski posveti, cepljenja itn. Če se spodbude za izvajanje storitev zdijo prenizke, je mogoče zmanjšati znesek glavarine in hkrati povečati delež oskrbe, financiran prek storitev. Da bi ohranili nadzor nad programom, se lahko določi zgornja meja prihodkov od storitev na ravni programa izvajalcev ali programa na makroravni (npr. s spreminjajočo vrednostjo količnika).

V Angliji se plačila storitev (FFS) ne opravljajo za osnovne storitve, ki naj bi jih krilo plačilo glavarine, a le za tiste (prednostne) storitve, ki jih v okviru glavarine ni mogoče zagotoviti dovolj (npr. preventivne storitve in presejalni pregledi), ali za katere bi se zdravniki spodbujali, da bolnike napotijo k specialistom (npr. manjše operacije). Poleg tega so zdravniki družinske medicine dodatno plačani, da imajo ambulante odprte zunaj običajnega delovnega časa (tj. od 8.00 do 18.30).

Anglija ima tudi največ izkušenj s spodbudo plačila po uspešnosti (P4P) za zdravnike družinske medicine, znano kot Okvir kakovosti in rezultatov (QOF) (glejte okence 4.3). Ambulante zdravnikov družinske medicine lahko precejšen del (od 25 do 30 odstotkov) prihodkov zaslužijo z doseganjem točk v QOF. Več držav je pozneje sprejelo podobne prostovoljne sheme P4P, na primer Latvija (Mitenbergs et al., 2012).

Okence 4.3: Okvir kakovosti in rezultatov (QOF) za zdravnike družinske medicine v Angliji

QOF je bil uveden leta 2004 in nudi znatne finančne spodbude zdravnikom družinske medicine za doseganje vnaprej določenih ciljev glede kakovosti (Gillam in Steel, 2013). Sodelovanje v QOF za ambulante zdravnikov družinske medicine ni obvezno, a večina vseeno sodeluje. V letih 2013 in 2014 se je uspešnost merila glede na 121 kazalnikov, ambulante pa so lahko dosegle največ 900 točk. Kazalniki so vključevali strukturne kazalnike, kazalnike procesov in rezultatov in so bili razdeljeni v pet skupin (HSCIC, 2015).

1. 93 kliničnih kazalnikov, ki pokrijejo predvsem kronična stanja (npr. kronična ledvična bolezen, popuščanje srca, visok krvni tlak), je bilo vrednih do največ 610 točk.
2. Devet kazalnikov javnega zdravja na štirih področjih – krvni tlak, srčno-žilne bolezni, primarna preventiva, debelost in kajenje (npr. odstotek kadilcev, ki sta jim bila nudena pomoč pri prenehanju kajenja in zdravljenje).
3. Devet kazalnikov za dodatne storitve na štirih področjih: presejalni pregledi za preprečevanje raka materničnega vratu (npr. odstotek žensk, primernih za sodelovanje na presejalnih pregledih za preprečevanje raka materničnega vratu v zadnjih petih letih), nadzor nad zdravjem otrok, storitve za matere in kontracepcija.
4. Devet kazalnikov za kakovost in produktivnost (npr. izvajanje kliničnih poti, sodelovanje pri zunanjih medstrokovnih nadzorih).
5. En kazalnik za izkušnje bolnikov, ki je povezan s trajanjem obiska (tj. trajanje naročenega

obiska ne sme biti krajše od 10 minut).

Ambulante družinske medicine lahko dobijo točke QOF, tako da dosežejo vnaprej določen prag kakovosti pri vsakem kazalniku, in vsaka točka QOF se pretvori v denarno vrednost. V prvih letih po uvedbi (2004) se je prihodek splošnih zdravnikov precej povečal, saj so ambulate dosegle povprečno 83 odstotkov točk in svoj prihodek povečale za do 25 odstotkov. V naslednjih letih je vlada določila višja merila uspešnosti, da bi zdravnikom otežila doseganje ciljev in dodatno služenje. O tem, ali plačila zares odražajo boljšo kakovost ali so le posledica boljšega beleženja informacij, potekajo obširne razprave, pojavljajo pa se skrbi, da ambulate izigravajo sistem (Gillam in Steel, 2013).

Plače zdravnikov

Leta 2011 je bilo v Sloveniji približno 250 zdravnikov na 100.000 prebivalcev, kar je precej nižje od deleža v EU-28 (346 na 100.000) in rahlo pod povprečjem v državah članicah, ki so se EU pridružile po letu 2004 (275 na 100.000). Tudi delež zdravnikov družinske medicine na prebivalstvo je bil precej pod povprečjem EU (45 proti 79 na 100.000), a podobno, kot je povprečje v državah članicah, ki so se EU pridružile po letu 2004 (46 na 100.000). Delež zdravnikov družinske medicine od vseh zdravnikov je bil nad povprečnim deležem v državah, ki so se EU pridružile leta 2004 (približno 18 odstotkov proti 17 odstotkom), ampak pod povprečnim deležem v EU-28 (skoraj 23 odstotkov).

Trenutni plačni sistem

Večina zdravnikov v Sloveniji (zdravniki družinske medicine in specialisti) je javnih uslužbencev, ki so plačani glede na plačilno lestvico za javne uslužbence. Le približno deset odstotkov specialistov v ambulantni obravnavi in 40 odstotkov zdravnikov družinske medicine je samozaposlenih. Poleg tega ima 10 odstotkov specialistov poleg pogodbe o zaposlitvi s polnim delovnim časom še drugo pogodbo z drugo (javno ali zasebno) ustanovo. Plačani zdravniki družinske medicine in specialisti lahko delujejo tudi v zasebni praksi, če to odobri uprava bolnišnice ali MZ, vendar to ni največji vir prihodka zdravnikov.

Plače zdravnikov so večinoma odvisne od kvalifikacij in delovne dobe. Najnižjo plačo imajo zdravniki v času specialističnega študija (minimalna plača v 36. razredu: 1.715 EUR), najvišjo plačo pa imajo specialisti z več leti izkušenj (maksimalna plača v 57. razredu: 3.814 EUR) (glejte tabelo 4.5). Zaposleni lahko na istem delovnem mestu napredujejo za deset razredov. Plača je do 12 odstotkov višja za določene specialnosti v primerjavi z drugimi (odvisno od minimalnega trajanja specialističnega študija). Plačni razred je odvisen od tako imenovanih posebnih delovnih razmer, npr. delo na urgenci, v operacijski dvorani ali v enotah za intenzivno nego itn.

Tabela 4.5: Razpon plač zdravnikov v Sloveniji

Status kvalifikacije	Tarifni razred	Plačni razred na začetku	Plačni razred z napredovanjem glede delovno dobo*
Med specialističnim študijem	VII/2	36–43 (1.715–2.244 EUR)	46–53 (2.516–3.280 EUR)
Brez specializacije	VII/2	40–45 (2.001–2.422 EUR)	50–55 (2.929–3.537 EUR)
Specialisti	VIII	41–53 (2.079–3.280 EUR)	51–57 (2.042–3.814 EUR)

Poleg osnovnih plač lahko zdravniki prejmejo določen znesek, vezan na uspešnost, ki lahko vključuje:

- plačilo za dodatne ure (kar pogosto prispeva precejšen delež skupnega prihodka);
- dodatek za intenzivnejše delo v javnem sektorju (do 20 odstotkov), če mora npr. zdravnik nadomeščati odsotnega kolega ali če trije specialisti delajo v štirih programih ali če izvajalci na primarni ravni delujejo v številu programov, ki ni celo (npr. v 11,1 programa);

- dodatek za delovno dobo (poleg razreda v plačnem sistemu, ki temelji na delovni dobi);
- plačilo za ure dežurstva ali pripravljenosti;
- dodatek za delo zunaj;
- dodatek za mentorstvo;
- dodatek za znanstveni naziv (specialist, magister, doktor);
- dodatek za dvojezičnost;
- dodatek za posebna tveganja (npr. izpostavljenost rentgenskim žarkom);
- dodatki za delo v manj ugodnem delovnem času (izmensko delo).

Najpomembnejši dodatni prihodek specialistov je sestavljen iz plačila za nadure, ki pa so pogosto le ekvivalent ur. Koncept ekvivalenta ur pomeni, da lahko specialisti, ki delajo »zelo hitro«, prejmejo plačilo za 40 delovnih ur, čeprav so delali le 30 ur. Seveda tak sistem omogoča izjemno prilagodljivost v lokalnih sporazumih, saj je vedno odvisen od posameznih pogajanj, če lokalni direktorji potrdijo plačilo 40 ekvivalentnih ur za 30 ur del. Poleg tega je ekvivalent ur valuta za druge pogodbe, kjer se specialistom običajno plača fiksna količina ekvivalenta ur za opravljanje določene količine dela, npr. določeno število endoskopij.

Težava s trenutnim plačnim sistemom je, da plačna lestvica za javne uslužbence ni primerna za zdravnike. Plačilo naj bi bilo prenizko in naj ne bi zagotavljalo dovolj spodbud za produktivnost in kakovost. Sistem ekvivalenta ur pomeni obvod sistema, ki omogoči individualna pogajanja, ki so uradno prepovedana. Vendar pa je sistem zelo nepregleden in pogosto povzroči odsotnost zdravnikov z delovnega mesta, potem ko se jim zdi, da so izpolnili svojo obveznost ekvivalenta 40 delovnih ur. Poleg tega naj bi bilo plačilo zdravnikov družinske medicine prenizko in naj ne bi zagotavljalo dovolj spodbud, da bi se specializirali za družinsko medicino. Zdravniki družinske medicine tudi ne morejo sodelovati v sistemu ekvivalenta ur.

Glavne težave

- **Togost plačne lestvice za javne uslužbence:** Plače zdravnikov morajo upoštevati plačno lestvico za javne uslužbence, a ta prepoveduje zadovoljivo urejanje nagrajevanja uspešnosti zdravnikov. Splošna praksa plačevanja »ekvivalenta ur« nadomešča ustrezno plačilo, vendar je zelo nepregledna in pogosto povzroči odsotnost z delovnega mesta.
- **Nezadostne spodbude za produktivnost in kakovost:** Plačna lestvica za zdravnike ne spodbuja zadovoljivo produktivnosti in kakovosti; lokalne ureditve vodenja zdravnikov temeljijo na nepreglednih dogovorih.
- **Nezadostno plačilo zdravnikov na primarni ravni:** Primarna raven naj bi bila neprivlačna zaradi prenizkih plač.

Mednarodne izkušnje

Pogajanja o plačah zdravnikov

Pogajanja o plačah zdravnikov se v večini držav odvijajo med združenji zdravnikov in združenji izvajalcev. Neobičajno je, da so del normalne plačne lestvice v javnem sektorju. Tabela 4.6 vsebuje pregled plačnih sistemov za specialiste, ki delajo v bolnišnicah v Kanadi, Angliji, Nemčiji, na

Švedskem, v Švici, na Nizozemskem in v ZDA.

Stopnje plač v Kanadi, Franciji, Nemčiji, v Švici in na Nizozemskem določajo kolektivna pogajanja med združenji zdravnikov in združenji bolnišnic. V Angliji stopnjo plače določi Ministrstvo za zdravje na podlagi priporočil neodvisnega revizijskega organa DDRB. Na Švedskem in v ZDA so stopnje plač odvisne od individualnih pogajanj. Individualna pogajanja (o plačah zunaj kolektivne pogodbe) so dovoljena tudi v Nemčiji, Švici in na Nizozemskem.

Podobno kot v Sloveniji so najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na višino plače v večini držav, izkušnje zdravnikov, ki se običajno določajo na podlagi delovne dobe. V državah z močno hierarhično organizacijo specialistov v bolnišnicah, kot so Francija, Nemčija in Švica, je položaj v hierarhiji še en pomemben dejavnik pri določanju višine plače. Na Nizozemskem je prevzem določenih vodstvenih funkcij povezan z višjim prihodkom, a to ne odraža hierarhičnega odnosa.

Tabela 4.6: Plačni sistemi za specialiste, ki delajo v bolnišnicah, v sedmih državah

	Kako so plače določene?		Katera merila določajo razstopnje plač?	Ali specialisti prejmejo kak dodaten prihodek?
	Odgovorni subjekti	Pogostost pregleda		
Kanada	Kolektivna pogajanja na ravni provinc med MZ in združenji specialistov (po možnosti z dopolnilnimi pogodbami za posamezne specialnosti ali ruralne programe itn.)	Vsake štiri leta	Odvisno od province, specialnosti, vrste bolnišnice	Odvisno od specialnosti in province; lahko vključuje stroške stalnega medicinskega izobraževanja, prispevke za
Anglija	Pogodba: pogajanja na nacionalni ravni (zaposleni v BMA in NHS) Plača: povečanje določi Ministrstvo za zdravje (na podlagi priporočil neodvisnega revizijskega organa DDRB)	O pogodbah se pogaja v neenakomernih intervalih (zadnjič leta 2003) Letni pregled stopenj plač	Izkušnje (leta)	Nagrade za klinično odličnost, FFS za zasebne prakse
Nemčija	Kolektivna pogajanja med sindikatom zdravnikov in združenji delodajalcev (npr. vse občinske bolnišnice) ali posameznimi bolnišnicami	Odvisno od sporazuma	Hierarhija, izkušnje (leta)	Bonusi, ki temeljijo na FFS, za zdravljenje zasebnih bolnikov (mehanizem porazdelitve je odvisen od hierarhije) Ukrepi za uspešnost (le za glavne zdravnike, npr. točke SPP)
Švedska	Pogodba: kolektivna pogajanja med zaposlenimi in švedskim akademskim sindikatom Plača: posamezna pogajanja med specialisti in bolnišnicami	Pogodba: neredno; plača: po potrebi	Izkušnje (leta), hierarhija (odgovornost), zdravstvene veščine, specialnost, lokacija (ruralna ali urbana)	FFS za zasebne prakse
Švica	Kolektivna pogajanja med zdravstveno komisijo bolnišnic in posameznimi bolnišnicami ali med združenjem zdravnikov v bolnišnicah in skupinami bolnišnic (npr. občinske ali kantonske bolnišnice) Posamezna pogajanja o plači	Odvisno od sporazuma	Hierarhija (odgovornost), izkušnje (leta)	Bonusi za zdravljenje zasebnih in ambulantnih bolnikov (mehanizem porazdelitve je odvisen od hierarhije) Bonusi, ki temeljijo na različnih merilih (npr. točke TARMED,

	delež prihodka od FFS od zasebnih in ambulantnih bolnikov ter za bonuse			zdravljenih bolnikov, točke SPP)
Nizozemska*	Kolektivna pogajanja med združenjem specialistov združenjem bolnišnic (NVZ) ali združenjem univerzitetnih kliničnih centrov (NFU)	Vsaki dve leti	Izkušnje (leta), odgovornost (direktor oddelka ali sektorja), poučevanje	Bonusi bolnišnic (informacij ni na voljo)
ZDA	Posamezna pogajanja	Ni podatka	Produktivnost (meri se v točkah RVU), specialnost, priljubljenost, lokacija	Ni podatka

Vir: Quentin et al., 2014

Upravljanje zdravnikov in hkrati vključevanje spodbud za produktivnost in kakovost

Na Švedskem in v ZDA, kjer plače temeljijo na individualnih pogajanjih, sposobnost izpogajati si višjo plačo prispeva k prilagodljivosti pri upravljanju zdravnikov, saj lahko zdravniki, ki delajo v določenih specialnostih ali na ruralnih območjih, dobijo višjo plačo. Poleg tega imajo lahko posebne kvalifikacije zdravnikov ali njihova priljubljenost tudi vlogo pri pogajanjih. V ZDA, kjer so storitve specialistov plačane na podlagi FFS, zaposleni specialisti običajno prejmejo precejšen del plače v obliki bonusov, povezanih z njihovo produktivnostjo (kot se za izvajalca izmeri prek zasluženega prihodka od FFS). To dejansko odstrani težavo neustrezne dejavnosti, lahko pa je problematično, ker spodbude takega sistema oponašajo spodbude sistemov FFS (kar lahko povzroči tudi hiperprodukcijostoritev).

V državah s *hierarhičnimi odnosi* je priznanje truda od nadrejenih lahko pomemben mehanizem za motiviranje mlajših zdravnikov. Ker specialisti na višjih ravneh hierarhije prejmejo višje plače, se močno spodbujajo, da se pomaknejo po hierarhični lestvici navzgor. Napredovanje je odvisno od veliko dejavnikov in traja več let. Zato je lahko spodbuda, da se pomikajo po hierarhični lestvici navzgor, dolgotrajna motivacija za večji trud.

V Angliji, kjer med specialisti v bolnišnicah ni hierarhičnih odnosov, morajo imeti vsi specialisti dogovorjen načrt dela, ki je podrobno določen v štiriurnih blokih. Vsak blok vsebuje podrobno določene dejavnosti (bolnišnična obravnava, ambulantna obravnava, administrativne naloge, raziskave itn.), čas, ko se dejavnost izvaja, in kraj, kjer se izvaja. Taki načrti direktorjem in zdravnikom pomagajo pri skupnem delu in krepijo obojestransko odgovornost. Za motiviranje zdravnikov je precejšen del plač v Angliji sestavljen iz nagrad za klinično odličnost, ki predstavljajo najbolj sistematičen poskus finančnega nagrajevanja dosežkov zdravnikov v povezavi s preventivo, z oskrbo, raziskavami in/ali s poučevanjem (okence 4.4).

Okence 4.4 Nagrade za klinično odličnost v Angliji

Kot del reforme plačkonzultantov iz leta 2003 je britanski NHS uvedel tako imenovane nagrade za klinično odličnost (CEA). Namen CEA je, da nagrajujejo nadstandardno uspešnost, ki se od konzultantov pričakuje, tj. ni nujno, da nagrajujejo doseganje vnaprej določenih ciljev, ampak spodbujajo izjemne osebne dosežke konzultantov NHS, ki ne delujejo v zasebnih praksah. Obstaja 12 ravni nagrad, od 3.000 GBP na leto do več kot 75.000 GBP na leto. Nagrade do osme ravni določi lokalna komisija (tako imenovane nagrade delodajalcev), ravni med 10 in 12 pa nagrajuje nacionalna komisija; deveta raven se nagradi na lokalni ali nacionalni ravni. Ocene in odločitve komisij temeljijo na standardiziranih vlogah posameznih konzultantov. Konzultanti, ki želijo zaprositi za nagrado, morajo zagotoviti dokaze o mnogih (a ne vseh) naslednjih dosežkih (ACCEA, 2013):

- trajna predanost obravnavi in dobremu počutju bolnikov ali izboljševanju javnega zdravja;
- visoki standardi pri obravnavi bolnikov s tehničnega in kliničnega vidika;
- izjemen prispevek k strokovnemu vodenju;
- trajna predanost vrednotam in ciljem NHS;
- prispevek k stalnim izboljšavam organizacije in izvajanja storitev;

- sprejemanje načel prakse, temelječe na dokazih;
- prispevek k bazi znanja prek raziskav;
- priznanje kot odlični učitelji in/ali izvajalci usposabljanja in/ali direktorji.
- prispevek k pripravi in načrtovanju politik v zdravstvu in zdravstvenem varstvu

Obstajajo merila upravičenosti za vse ravni nagrad. Merila za ocenjevanje določijo ustrezne komisije za ocenjevanje. Zaradi narave nagrad so ta merila blaga. Povprečna vrednost nacionalnih nagrad (vključno z nagradami za odliko (Distinction Awards)) je bila leta 2010 43.194 GBP, povprečna vrednost lokalnih nagrad (vključno z diskrecijskimi točkami (Discretionary Points) in nagradami za predanost (Commitment Awards)) pa 12.485 GBP. Leta 2010 je dobilo nagrado skoraj 50 odstotkov konzultantov v Angliji. V poslovnem letu 2011/12 so za nagrade konzultantom in kliničnim akademikom porabili več kot 500 milijonov funtov, kar pomeni približno 9 odstotkov skupne porabe sredstev NHS za konzultante.

Po pregledu sheme leta 2012 je organ za preverjanje plačil zdravnikom in zobozdravnikom (DDRB) oblikoval številna priporočila (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration, 2012). Priporočil je npr. uvedbo zgornjih mej, in sicer 40.000 GBP na nacionalni ravni in 35.000 GBP na lokalni ravni. Poleg tega bi morale biti nagrade povezane s trenutno uspešnostjo, vključno s povratnimi informacijami bolnikov, še naprej pa bi nagrajevali akademske in učiteljske dosežke. Glede priporočil (ki vključujejo tudi priporočila o drugih vidikih plačil konzultantom) trenutno potekajo pogajanja med vlado, delodajalci NHS in britanskim zdravniškim združenjem.

Vir: Quentin et al., 2014

Prihodek zdravnikov družinske medicine in specialistov

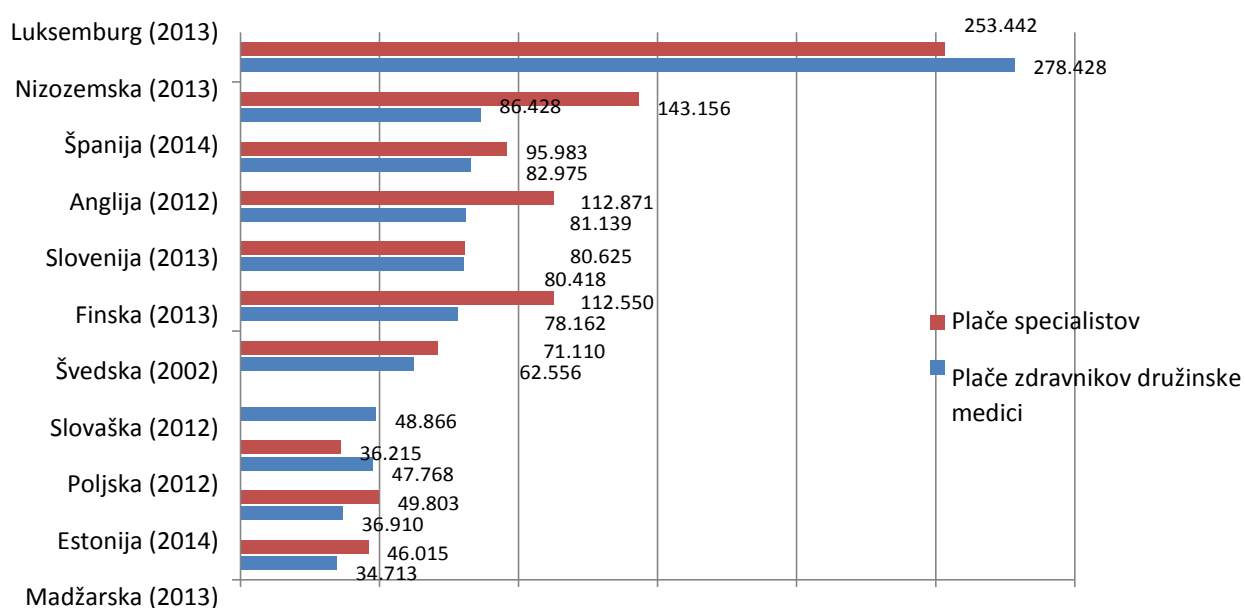
Prihodek zdravnikov družinske medicine in specialistov v Sloveniji je na srednji ravni prihodkov v evropskih državah. Sliki 4.2 a in 4.2 b na podlagi podatkov OECD kažeta, da so povprečni prihodki v Sloveniji približno 80.400 US\$PPP za zdravnike in 80.600 US\$PPP za specialiste. So precej nad prihodki vseh vzhodnoevropskih držav, za katere so na voljo podatki, in tudi nad nekaterimi zahodnoevropskimi državami, npr. Finsko. Poleg tega zdravniki družinske medicine zaslužijo 2,6-krat več, kot je povprečna plača v Sloveniji, kar je skoraj največje razmerje v državah, za katere so na voljo podatki.

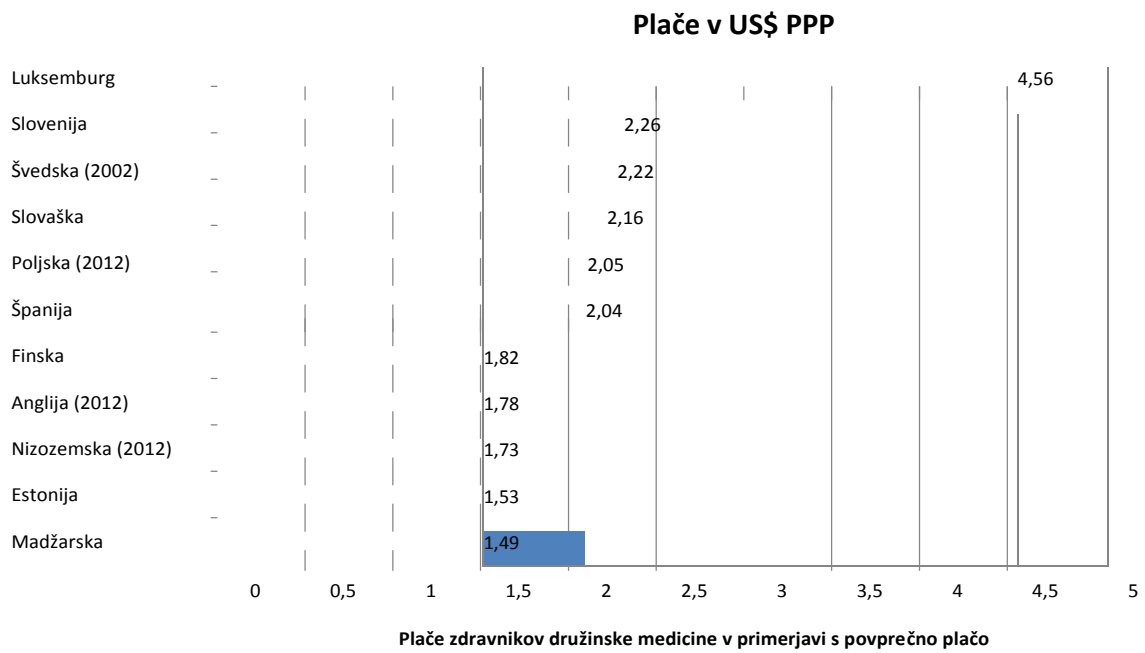
Slovenski strokovnjaki so zaskrbljeni, da ti podatki niso pravilni, ker je plača, prikazana v bazi podatkov OECD, enaka najvišji plači, ki jo lahko pridobi zdravnik družinske medicine glede na plačno lestvico. Slovenski strokovnjaki pravijo, da so zdravniki družinske medicine na plačni lestvici običajno razvrščeni na ravni, ki je pod ravnjo drugih specialistov po koncu usposabljanja. Ker se nižja plača povezuje z manjšim potencialom za zaslužek prek ekvivalenta ur, je nižje plačilo pomemben razlog za to, da je družinska medicina neprivlačna.

Vendar osredotočanje le na plače zdravnikov družinske medicine ne bo rešilo težave nezadostnega števila teh zdravnikov. V drugih državah se je obseg usposabljanja zdravnikov družinske medicine povečal in izboljšal, da bi pridobili več zdravnikov in več bolj kvalificiranih zdravnikov. Boljše usposabljanje, tudi prek strukturiranih programov usposabljanja, zdravnikom družinske medicine prinese tudi večji ugled, saj bodo prepoznani kot zdravniki s širokim in obsežnim znanjem. Poleg tega bi bile primerljive zahteve po usposabljanju za zdravnike družinske medicine in specialiste pomembna utemeljitev podpore zahtevi zdravnikov družinske medicine, da bi bili razvrščeni na isto raven plačne lestvice kot drugi specialisti.

Delovni pogoji zdravnikov družinske medicine bi se lahko izboljšali z reorganizacijo nujnih storitev zunaj delovnega časa in delitvijo delovne obremenitve med več usposobljenimi zdravniki družinske medicine. Število aktivnih zdravnikov družinske medicine se je med letoma 2005 in 2013 povečalo za 34 odstotkov, kar bi se sčasoma moralo prevesti v nižjo delovno obremenitev zdravnikov družinske medicine (WHO, Regionalna pisarna za Evropo, 2015). V Sloveniji se je delež zdravnikov družinske medicine med vsemi zdravniki povečal s 16 odstotkov leta 2005 na 19 odstotkov leta 2013. Obe številki kažeta, da delo zdravnika družinske medicine ni popolnoma nepriljučno.

Slike 4.2 a–c: Povprečni dohodki zdravnikov družinske medicine in plače v evropskih državah v OECD (v US\$PPP in plače zdravnikov družinske medicine v primerjavi s povprečno plačo), 2013, razen če ni drugače določeno





Vir: OECD, 2015

Sklepi

Mednarodne izkušnje podajajo primere različnih pristopov, ki lahko pripomorejo k izboljšanju delovanja modelov plačevanja v Sloveniji.

Težave in morebitne rešitve so zelo podobne v vseh modelih plačevanja za bolnišnično, specialistično ambulantno in osnovno zdravstveno varstvo ter tistimi, ki zadevajo plače zdravnikov. Pomembno je: 1) Natančno določiti obveznosti ustanov za razvoj modelov plačevanja zdravstvenih storitev in vzdrževanje njihove ažurnosti; 2) izboljšati je treba ustreznost modela SPPz boljšo dostopnostjo podatkov o stroških za izračun uteži skupin primerljivih primerov, z boljšimi mehanizmi za posodabljanje uteži plačil po storitvah, s ponovnim preračunom glavarinskih količnikov in ponovno določitvijo plačne lestvice; 3) poskrbeti za boljše spodbude za učinkovitost in kakovost s spreminjanjem sorazmerne pomembnosti različnih modelov plačevanja zdravstvenih storitev.

Reforme modelov plačevanja je treba obravnavati v širšem organizacijskem kontekstu, saj so njihovi učinki zelo odvisni od vladnih struktur (Duràn et al., 2011, Busse et al., 2002). Učinek finančnih spodbud je precej majhen, če je vodstvo izvajalca (bolnišnica, javna lokalna zdravstvena ustanova) omejeno pri sprejemanju odločitev o osebju in opremi in če finančno tveganje izvajalcev nosi državna blagajna.

Seznam literature

ACCEA, 2013. NHS Consultants' Clinical Excellence Awards Scheme – Guide for National Awards Applicants London: Advisory Committee on Clinical Excellence Awards/NHS.

BMA/NHS EMPLOYERS, 2007. *Review of the General Medical Services global sum formula*. London, NHS Employers. Na voljo na: http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Primary%20care%20contracts/GMS/GMS%20Finance/Global%20Sum/frg_report_final_cd_090207.pdf [preneseno 31. julija 2015].

Busse, R., van der Grinten, T. in Svensson, P.-G. 2002. Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. V: Saltman, R. B., Busse, R. in Mossialos, E. (uredniki). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham: Open Univ. Press.

Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X. in Quentin, W. 2011a. DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. V: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. in Wiley, M. M. (uredniki). *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Buckingham, Philadelphia: Open Univ. Press.

Cots, F., Salvador, X., Chiarello, P., Montse, B. in Castells, X. 2011b. Spain: A case study on diversity of DRG use – the Catalan experience. V: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. in Wiley, M. M. (uredniki). *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Buckingham, Philadelphia: Open Univ. Press.

Duràn, A., Saltman, R. B. in Dubois, H. F. W. 2011. A framework for assessing hospital governance. V: Saltman, R. B., Duràn, A. in Dubois, H. F. W. (uredniki). *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the move towards institutional autonomy*. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija.

Gillam, S. in Steel, N. 2013. The Quality and Outcomes Framework – where next? *BMJ*, 346, f659.

HSCIC. 2015. *QOF 2013/14 results* [na spletu]. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Na voljo na: <http://qof.hscic.gov.uk/> [preneseno 3. avgusta 2015].

INEK 2010. *Report Browser 2010/2008*, Siegburg, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Na voljo na: <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2553>

[preneseno 13. maja 2015].

Kristensen, S. R., Bech, M. in Quentin, W. 2015. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health Policy*. 119, 264–73.

Linna, M. in Virtanen, M. 2011. NordDRG: The benefits of coordination. V: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. in Wiley, M. M. (uredniki). *Diagnosis Related Groups in*

Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals? Buckingham, Philadelphia: Open Univ. Press.

Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikitis, E., Martinsons, A., Rurane, A. in Quentin, W. 2012. Latvia: Health system review. *Health Syst Transit*. 14, xv–xxii, 1–191.

O'Reilly, J., Mccarthy, B. in Wiley, M. M., 2011. Ireland: A review of casemix applications within the acute public hospital system. V: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. in Wiley, M. M. (uredniki). *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Buckingham, Philadelphia: Open Univ. Press.

OECD, 2015. OECD Health Statistics. OECD Health.

Quentin, W., Geissler, A., Wittenbecher, F. in Busse, R. 2014. Remuneration of medical specialists in selected countries. V: Van de Voorde, C., van den Heede, K., Obyn, C., Quentin, W., Geissler, A., Wittenbecher, F., Busse, R., Magnussen, J., Camaly, O., Devriese, S., Gerkens, S., Misplon, S., Neyt, M. in Mertens, R. (uredniki). *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*. Bruselj: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

REVIEW BODY ON DOCTORS' AND DENTISTS' REMUNERATION 2012. Review of compensation levels, incentives and the Clinical Excellence and Distinction Award schemes for NHS consultants. London: Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration.

Starfield, B. in Kinder, K. 2011. Multimorbidity and its measurement. *Health Policy*. 103, 3–8.

Tan, S. S., van Ineveld, B. M., Redekop, K. In Hakkaart - van Roijen, L. 2011. The Netherlands: The Diagnose Behandelend Combinaties. V: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. in Wiley, M. M. (uredniki). *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Buckingham, Philadelphia: Open Univ. Press.

REGIONALNI URAD SZO ZA EVROPO 2015. European health for all database. Copenhagen: Regionalni urad SZO za Evropo.

Wilkins, J. 2011. *Funding Primary Health Care in the Baltic Sea Area: Differences, similarities, and challenges in funding Primary Health Care to achieve the objectives of ImPrim*. Blekinge, Švedska, Blekinge Centre of Competence. Na voljo na:

[http://tblekinge.se/Documents/Forskning%20och%20utveckling/Blekinge%20kompetenscentrum/Projekt/ImPrim/Publications/Synthesis%20report%20paying%20for%20PHC%20WP](http://tblekinge.se/Documents/Forskning%20och%20utveckling/Blekinge%20kompetenscentrum/Projekt/ImPrim/Publications/Synthesis%20report%20paying%20for%20PHC%20WP%20110815.pdf)
[3](#)

[%20110815.pdf](#) [preneseno 3. avgusta 2015].

Priloga 4. poglavja

Priloga 4. poglavja, tabela 1: Prilagoditev starostnih skupin prebivalcev in uteži v Estoniji, Latviji, v Litvi in na Švedskem

Država	Starostna skupina in utež						
Estonija	0–2 let	2–69 let	70+ let				
Točke/Uteži	Ni podatka	Ni podatka	Ni podatka				
Latvija	0–1 leta	1–7 let	7–18 let	18–44 let	45–65 let	> 65 let	
Točke/Uteži	5,24	2,46	1,17	0,53	0,92	1,40	
Litva	0–1 leta	1–4 let	5–6 let	7–17 let	18–49 let	50–65 let	65+ let
Točke/Uteži	348	199	152	101	69	110	129
Švedska (Blekinge)	0–6 let	7–39 let	40–64 let	65–74 let	75+ let		
Točke/Uteži	1,00/261	0,40/104	1,00/261	2,00/523	2,50/654		

(Ni na voljo; ni podatka)

5. poglavje

Možnost uvedbe modelov plačevanj po uspešnosti

Uvod

Plačilo po uspešnosti (P4P) je mogoče opredeliti kot »prilagoditev modela plačevanja zdravstvenih storitev izvajalca, ki vključuje posebne spodbude in matrike za izrecno spodbujanje kakovosti in drugih ciljev za učinkovitost zdravstvenega sistema« (Cashin et al., 2014). Takih shem P4P trenutno v Sloveniji ni. Pomembno je vedeti, da sheme P4P niso nikoli samostojni modeli plačevanja, ampak so sestavni deli veljavnih modelov plačevanja zdravstvenih storitev izvajalcev. V 4. poglavju tega poročila so predstavljeni glavni modeli plačevanja, ki se uporabljajo v Sloveniji za izvedbo plačil izvajalcem (npr. zdravnikom in bolnišnicam) za njihove storitve, noben navedeni model pa izrecno ne spodbuja izboljšanja kakovosti. Skladno z obvezami, navedenimi v slovenskem osnutku Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015), se je treba najprej lotiti ugotovljenih pomanjkljivosti veljavnih modelov plačevanja zdravstvenih storitev za nagrajevanje izvajalcev osnovnega zdravstvenega varstva in plačevanje bolnišnic ter vzpostaviti ustrezno delujoče in pregledne plačilne metodologije (glejte 4. poglavje). Poudariti je treba, da prenehanje uvedbe shem P4P brez zanesljivega spremljanja dejavnosti in kakovosti ne pomeni samo tveganja nagrajevanja izvajalcev, ki so dobri pri izigravanju sistema, ampak tudi spodkopava cilje temeljne zdravstvene politike v shemah finančnih spodbud, tj. nagrajevati utemeljen dodaten trud (uspešnost) in izboljšati kakovost zdravstvenega varstva.

Ob upoštevanju teh opozoril so v tem poglavju obravnavani nekateri nujni predpogoji (npr. pravni/politični okviri, odgovorni organi, kazalniki), ki vplivajo na možnost vključitve mehanizmov P4P v modele plačevanja zdravstvenega varstva v Sloveniji, ki bi spodbudili boljšo kakovost zdravstvenega varstva in varnost bolnikov. Na kratko si bomo ogledali veljavne zakonodajne in/ali politične okvire za vodenje in izboljšanje kakovosti v Sloveniji in podatke, ki so trenutno na voljo in ki bi jih bilo mogoče uporabiti za merjenje uspešnosti splošnega zdravnika in bolnišnične dejavnosti. Poleg tega bomo podali nekaj primerov shem P4P iz drugih držav, ki so bile oblikovane za izboljšanje kakovosti osnovnega zdravstvenega varstva, npr. za nagrajevanje splošnih zdravnikov, ki izvajajo dejavnosti za preprečevanje bolezni, ali sodelovanje v preventivnih programih, in shem P4P, katerih namen je izboljšati klinične izide in procese nakupovanja storitev v bolnišnicah. Dodajamo tudi ožji shematski seznam ključnih elementov, ki jih je treba upoštevati pri oblikovanju shem P4P.

Okvir vodenja kakovosti v Sloveniji

Zagotavljanje visokokakovostnih storitev za bolnike je nenehen izziv v vseh sistemih zdravstvenega varstva glede vzpostavitve učinkovitih organizacijskih in upravljaljskih struktur za spremljanje kakovosti in uspešnosti zdravstvenih sistemov in z namenom

zagotavljanja potrebnih finančnih sredstev in podatkov za izvajanje strategij za izboljšanje kakovosti. Ocene slovenskih strokovnjakov (Poldrugovac et al., 2013; Robida, 2009) osvetlijo vrzeli v kakovosti med najboljšimi praksami in dejanskimi rezultati v zdravstvenem varstvu, še posebej pri izvajanju z dokazi podprte klinične prakse in ne samo škodljivega učinka na klinično kakovost, ampak tudi na izide obravnave bolnikov in učinkovitost zdravstvenega sistema. Druge pomanjkljivosti vključujejo slabo koordinacijo storitev, neustrezno komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev, na bolnika neosredotočeno oskrbo in neoptimalne preventivne storitve (Robida, 2009; glejte tudi Dejavnost 5: Poročilo o delovanju zdravstvenega sistema).

V Sloveniji so se poskušali vzpostaviti pravni okviri in politike za vodenje kakovosti in varnosti v zdravstvenem varstvu, toda kljub ambicioznim ciljem ti poskusi niso bili ustrezno usklajeni in izvedba ni bila popolna (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Prvič, najpomembnejši slovenski zdravstveni zakonodajni akti spremljanja kakovosti in izboljšav ne obravnavajo sistematično. Iskanje na osnovi ključne besede (uporabljene so bile besede »varnost bolnikov« in »kakovost«) v Zakonu o zdravstveni dejavnosti, Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakonu o pacientovih pravicah in Zakonu o zdravniški službi pokaže, da so ti koncepti navedeni samo občasno. V Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015), objavljeni leta 2010, je zapisano, da je njen cilj »učinkovitejši razvoj sistematičnih in strokovnih dejavnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti bolnikov« (Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo Republike Slovenije, 2015). Strategija vključuje štiri strateške cilje: razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, razvoj kulture varnosti in kakovosti v sektorju zdravstvenega varstva, vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja glede kakovosti in varnosti ter razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Praktično izvajanje konkretnih ukrepov skladno z Nacionalno strategijo pa je precej počasno.

Drugič, Zakon o zdravstveni dejavnosti formalno zahteva notranji nadzor kakovosti in varnosti bolnikov na ravni posameznih izvajalcev. Izvajalci morajo zagotoviti varno in visokokakovostno zdravstveno oskrbo, vključno z uvedbo kliničnih poti, kazalnikov kakovosti ter drugih metod in orodij za merjenje kakovosti. Hkrati morajo zagotoviti redni notranji nadzor nad varnostjo bolnikov in kakovostjo zdravstvene oskrbe ter širše notranje in zunanje nadziranje (akreditiranje) kakovosti na vseh ravneh oskrbe. Obveznost posameznega izvajalca, da spremlja svojo kakovost, ni urejena enotno ali strukturirano. V okviru projekta o razvoju kliničnih smernic, ki ga je vodilo Ministrstvo za zdravje, je bil leta 2003 izdan priročnik o pripravi kliničnih smernic in izdelani sta bili dve nacionalni smernici. Projekt se ni razvil v trajnostni program. Ministrstvo za zdravje je leta 2006 izdalo priročnik o razvoju kliničnih poti, ki je bil revidiran leta 2009. Trenutno ni nacionalnega programa za razvoj in vzpostavitev kliničnih poti, ki bi veljal za vse izvajalce glede na z dokazi podprto vsebino, ki bi jo bilo nato mogoče prilagoditi na podlagi organizacijskih vidikov izvajanja storitev, da bi ustrezala lokalnim potrebam posameznega izvajalca. Oblikovanje kliničnih poti je tako prepuščeno posameznim izvajalcem. Bolnišnice morajo vsako leto objaviti vsaj dve novi klinični poti, toda tiste, ki tega ne storijo, za to niso sankcionirane. Prav tako ni nobenega nadzora nad objavljenimi kliničnimi potmi, kar vodi do različnih praks med izvajalci in pomanjkanja nadzora nad njihovo ustreznostjo. Poleg tega je zunanji nadzor nad

dejavnostmi zdravstvenega varstva razdrobljen in ni optimalen. Predpisi vključujejo

peer review (strokovnjak strokovnjaku) nadzor med posameznimi zdravniki, ki jih usklajuje Zdravniška zbornica Slovenije, nadzore finančnega poslovanja ustanov, ki so omejeni na pogodbene obveznosti do Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki jih tudi izvaja, upravne nadzore, ki preverjajo skladnost z zakonskimi zahtevami, ki jih določa Ministrstvo za zdravje ter jih tudi izvaja. Ob vsem navedenem pa obstoječi človeški viri in administrativne zmožnosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih izvajalcev prav tako niso ustrezno razviti, da bi omogočali izvajanje praks vodenja kakovosti.

Tretjič, mednarodno akreditiranje zdravstvenih organizacij, ki je še na prostovoljni podlagi, lahko prav tako pripomore k izboljšanju kakovosti. Postopek mednarodnega akreditiranja je ločen od uradnega postopka izdajanja licenc (potrjevanja) izvajalcem zdravstvenih storitev, ki ga vodi Ministrstvo za zdravje. Na podlagi prostovoljnega postopka akreditacije izvajalcev akreditirajo mednarodno priznane organizacije, ki so neodvisne od Ministrstva za zdravje (MZ) ali ZZZS-ja (kot so mednarodni akreditacijski standard Det Norske Veritas, Accreditation Canada International in mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije AACI). Med letom 2011 in julijem 2015 je bilo od 30 bolnišnic 23 akreditiranih prek ene od teh organizacij.

Akreditiranje je pogostejše tudi med izvajalci specializiranih ambulantnih storitev in zdravstvenimi domovi. Podatki o akreditiranju so objavljeni na spletni strani MZ (Albreht et al., 2016). Prostovoljno akreditiranje je postalo tako rekoč obvezno za slovenske javne bolnišnice, saj jih ob nesodelovanju v postopku akreditiranja čaka denarna kazen v obliki zadržanja 0,3 % letnega proračuna bolnišnice. Za sodelovanje v postopku pa ni nobenih pozitivnih spodbud.

Četrto, trenutno ni institucionalnega okvira, ki bi določil ustrezne pristojnosti in odgovornosti različnih deležnikov pri nadzoru vodenja in izboljšanja kakovosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015), kar bi vodilo v postopno vzpostavitev in spremljanje strategij vodenja kakovosti. Odsotnost enote za usklajevanje kakovosti zdravstvenega varstva vpliva tudi na sposobnost razvoja, zbiranja in vrednotenja ustreznih kazalnikov uspešnosti, ki bi jih bilo mogoče uporabiti za nagrajevanje kakovosti (glejte poglavje o razpoložljivosti podatkov in kazalnikih uspešnosti).

Razpoložljivost podatkov in kazalniki uspešnosti

V Sloveniji se je začelo zbiranje podatkov, ki so povezani s kakovostjo, in razvijanje kazalnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu ter bolnišničnem sektorju. Sistem razvoja in zbiranja kazalnikov je šele v začetni fazi, še posebej v bolnišničnem sektorju. Trenutnih podatkov prav tako še ni mogoče uporabiti kot matriko (okvir) za natančen sistem merjenja ali nagrajevanja kakovosti.

Osnovno zdravstveno varstvo

Trenutno je na voljo le nekaj kazalnikov, ki so del običajnega administrativnega zbiranja podatkov, kot je določeno v splošnem dogovoru, sklenjenih med izvajalci in ZZZS. Seznam kazalnikov je bil uveden leta 2010, rezultati pa so na voljo od leta 2011. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) redno zbira tudi druge podatke, ki se zbirajo na podlagi četrletij ali letno

in so na voljo v tiskani obliki; med zbiranjem teh podatkov in njihovo objavo pride do precejšnjega časovnega zamika. Druge pomanjkljivosti, ki vplivajo na uporabo takih podatkov za merjenje kakovosti, so: pomanjkanje nadzora nad kakovostjo zbranih podatkov in njihova nepopolnost zaradi nedoslednosti nekaterih izvajalcev kljub pravni obvezi za posredovanje podatkov na podlagi splošnega dogovora (glejte 3. poglavje tega poročila za več podatkov o splošnem dogovoru).

Tabela 5.1 navaja nekatere trenutne kazalnike, za katere slovenski strokovnjaki menijo, da so morebitni kandidati za vključitev v pilotni program merjenja uspešnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu, če bi bilo mogoče ustrezno izboljšati kakovost podatkov in vrzeli ter ovrednotiti njihovo ponovljivost.

Tabela 5.1: Morebitni kazalniki za vrednotenje uspešnosti splošnih zdravnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu

Kazalnik	Podkazalniki
Delež cepljenih proti gripi pri starejših od 65 let za vsakega izvajalca	–
Primarna preventivasrčno-žilnih bolezni	i. Delež oseb z normalnim krvnim holesterolom (5,0 mmol/L) po zdravljenju v opazovanem obdobju; ii. Delež oseb z zmerno zvišanim indeksom telesne mase (25–29,99 kg/m ²) po zdravljenju v opazovanem obdobju; iii. Delež oseb z normalnim indeksom telesne mase (20–25 kg/m ²) po zdravljenju v opazovanem obdobju;
Delež cepljenih proti ošpicam za vsakega izvajalca	–

Delež sprejemov zaradi kronične bolezni*	<ul style="list-style-type: none"> i. Delež sprejemov zaradi astme pri odraslih ii. Delež sprejemov zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni(KOPB) iii. Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja iv. Delež sprejemov zaradi koronarne srčne bolezni (angine pektoris) brez posega v. Delež sprejemov zaradi arterijske hipertenzije vi. Delež sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni vii. Delež sprejemov zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni iii. Delež amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni ix. Delež (v zadnjem letu) pregledanih bolnikov za dejavnike tveganja prebivalstva v starosti 30–64 let x. Razmerje bolnikov s hipertenzijo, ki so v tekočem letu izmerili povprečni krni tlak < 140/90 mmHg (meritve, opravljene v ambulanti ali doma) glede na število registriranih bolnikov s hipertenzijo xi. Izmerjena vrednost glikoziliranega hemoglobina 7 % ali manj pri bolnikih s sladkorno boleznijo xii. Razmerje bolnikov s KOPB, ki so bili v tekočem letu cepljeni proti gripi glede na celotno število registriranih bolnikov s KOPB
---	---

	xiii.	Razmerje bolnikov z benigno hiperplazijo prostate z izmerjeno vrednostjo PSA glede na celotno število registriranih bolnikov z benigno hiperplazijo prostate
	xiv.	Razmerje bolnikov z diagnosticirano depresijo po izpolnitvi vprašalnika za preverjanje znakov depresije glede na število vseh registriranih bolnikov z depresijo

Vir: Vprašalnik, posredovan delovni skupini 4 projekta pregleda slovenskega zdravstvenega sistema, 2015.

Opomba: * Kazalniki od ix do xiv so kazalniki za ambulantne storitve za kronične bolnike, ki jih urejajo diplomirane medicinske sestre in jih nadzirajo splošni zdravniki.

Bolnišnice

Glavni cilji zagotavljanja kakovosti bolnišnične oskrbe so izboljšati kakovost in varnost bolnika v ustanovah, kjer prihaja do težav, in zmanjšati variabilnost v izidih obravnave bolnikov med izvajalci.

Slovenija je v bolnišničnem sektorju uvedla sistem obveznega beleženja in zbiranja kazalnikov kakovosti. Prvih šest obveznih kazalnikov kakovosti je bilo uvedenih leta 2006. MZ je leta 2011 razširil nabor obveznih kazalnikov kakovosti, ki jih morajo bolnišnice spremljati.⁸ Skupno jih je zdaj 73. Podatke o večini kazalnikov je mogoče pridobiti iz nacionalnih zbirk podatkov, medtem ko podatke o drugih kazalnikih zbirajo bolnišnice in jih posredujejo MZ in drugim organizacijam, ki zbirajo te podatke. Kot zahteva splošni dogovor, je večina kazalnikov objavljena na spletnih straneh posameznih bolnišnic in periodično tudi v nacionalnem poročilu, ki ga izda MZ v sodelovanju z Zdravniško zbornico, ZZS in z NIJZ. Če bolnišnice rezultatov ne objavijo na svojih spletnih straneh, jih čaka denarna kazen.

Tabela 5.2 prikazuje predhodno podskupino 73 kazalnikov, ki se trenutno zbirajo kot kazalniki, ki bi jih bilo mogoče razvijati še naprej in uporabiti za merjenje uspešnosti bolnišnic. Ti podatki se zbirajo na letni (administrativni podatki) ali četrletni (neadministrativni podatki) podlagi.

⁸Poleg prvotnih šestih kazalnikov so preostali kazalniki temeljili na kazalnikih OECD, kazalnikih PATH, kazalnikih Zdravniške zbornice Slovenije in kazalnikih projekta Simpatie (Izboljšanje varnosti bolnikov v Evropi) Evropske unije.

Tabela 5.2: Morebitni kazalniki za merjenje uspešnosti bolnišnic

Kazalnik	Podkazalniki
Poškodbe ob porodu pri vaginalnem porodu	–
Delež carskih rezov	–
30-dnevna smrtnost zaradi akutnega srčnega infarkta	–
30-dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi	–
Kronično srčno popuščanje*	i. Iztisni delež levega prekata ii. Zdravljenje sistolične disfunkcije levega prekata z betablokatorji iii. Zaviralci angiotenzinske konvertaze ali zaviralci angiotenzinskih receptorjev za sistolično disfunkcijo levega prekata iv. Svetovanje v povezavi z vsadnim kardioverterjem – defibrilatorjem za bolnike s sistolično disfunkcijo levega prekata s sočasnim zdravljenjem z zdravili v. Izobraževanje bolnika pri varovanju lastnega zdravja
30-dnevni ponovni sprejem v isto ali drugo bolnišnico zaradi enake diagnoze	–

Vir: Vprašalnik, posredovan delovni skupini 4 projekta pregleda slovenskega zdravstvenega sistema, 2015.

Opomba: * To so novi procesni kazalniki, ki se zbirajo od leta 2015 naprej.

Od leta 2011 so moči usmerjene k temu, da bi izvajalci producirali primerljive podatke. Ker je program poročanja o kakovosti s kazalniki še v začetni fazi delovanja, je bilo zaznanih več omejitev (Poldrugovac et al., 2014; Poldrugovac in Simčič, 2012), ki trenutno ovirajo zanesljivost podatkov, ki bi jih bilo mogoče uporabiti za merila kakovosti, vključno:

- s pomanjkanjem zunanega preverjanja podatkov, ki jih posredujejo bolnišnice;
- s pomanjkanjem nadzora nad statističnim postopkom, razen nekaterih kazalnikov, ki jih je predlagala Zdravniška zbornica Slovenije;
- z neporočanjem nekaterih izvajalcev;
- s kratkimi časovnimi vrstami;
- z nezadostno podporo informacijske tehnologije.

MZ je tudi vzpostavil sistem poročanja o neželenih dogodkih, ki zahteva, da se v 48 urah od pojava zelo resnega neželenega dogodka (oziroma opozorilnega nevarnega dogodka) ta dogodek sporoči MZ (Albreht et al., 2016). Trenutno ti podatki niso v celoti na voljo javnosti. Dostopno je samo celotno število opozorilnih nevarnih dogodkov glede na kategorijo. Javno dostopni podatki vključujejo kazalnike kakovosti v povezavi z varnostjo, npr. padce bolnikov in kolonizacijo z MRSA, ki pa niso zanesljivi. Te pomanjkljivosti je treba obravnavati sistematično, preden se katera koli podskupina kazalnikov iz trenutne obvezne skupine uporabi za merjenje uspešnosti bolnišnic.

Mednarodni primeri shem P4P

Navesti je treba, da mednarodni viri, ki obravnavajo plačila po uspešnosti (P4P), ne podajo trdnih dokazov, da so take sheme finančnih spodbud učinkovite pri izboljšanju kakovosti oskrbe bolnikov, povečanju zadovoljstva bolnikov ali pri odpravi neravnotežja v kakovosti oskrbe na ravni osnovnega zdravstvenega varstva (Wright, 2012; Partel, 2014; Eijkenaar et al., 2013). Vzrok za to je morda neustrezno načrtovanje vrednotenja uspešnosti takih shem. To poglavje obravnava nekatere mednarodne primere shem P4P, ki se uporabljajo v osnovnem zdravstvenem varstvu in bolnišnicah in so samo za ponazoritev. Namen je osvetliti različne cilje politike, ki jih želijo doseči finančne spodbude/sheme nagrajevanja, in na kratko opisati njihove glavne značilnosti.

Osnovno zdravstveno varstvo

Tabela 5.3 podaja povzetek glavnih značilnosti različnih programov P4P v osnovnem zdravstvenem varstvu v Angliji, Estoniji, na Danskem in v Nemčiji, medtem ko priloga 5.1 vsebuje več podrobnosti o posamezni shemi.

Tabela 5.3: Povzetek programov P4P v osnovnem zdravstvenem varstvu v Angliji, Estoniji, na Danskem in v Nemčiji

Država	Program	Področja uspešnosti	Število kazalnikov	Podlaga za nagrajevanje	Vrsta nagrajevanja
Anglija	Okvir kakovosti in izidov (QOF)	Klinična oskrba Javno zdravje (podpodročje, dodatno javno zdravje) Kakovost in produktivnost Izkušnje bolnikov	121	Odstotek doseženega cilja po dosegu minimalnega praga	Približno 20–25 % dohodka splošnega zdravnika, ki se izplača kot nagrada
Estonija	Sistem nagrajevanja kakovosti (QBS) v osnovnem zdravstvenem varstvu	Preprečevanje bolezni Obvladovanje kroničnih bolezni Dodatne dejavnosti	45	Minimalni prag cilja	Do 4,5 % dohodka družinskega zdravnika se izplača kot nagrada
Danska	Plačila za obvladovanje sladkorne bolezni	Dokumentacija Spremljanje bolnikov	Ni podatka.	Vnaprejšnje letno plačilo glede na sladkornega bolnika, ki je zabeležen v ambulanti za kritje različnih elementov obvladovanja	Podatki niso na voljo.
Nemčija	Pobuda integrirane oskrbe družbe <i>Gesundes Kinzigtal</i>	Načrti individualnega zdravljenja in dogovori o doseganju ciljev Samoobvladovanje bolnikov in vzajemno odločanje Spremljanje bolnikov in vodenje primerov	Trenutno okoli 30	Delež dobička družbe <i>Gesundes Kinzigtal GmbH</i> na podlagi uspešnosti posameznega izvajalca in dodatna plačila za	Okoli 10–15 % dohodka izvajalca se izplača kot nagrada

		Dodatne storitve in prilagojeni postopki za bolnike v nujnih primerih		dodatne storitve, zagotovljene vključenim bolnikom	
--	--	---	--	--	--

Vir: Cashin et al., 2014; Nolte et al., 2015; Rudkjøbing et al., 2015.

Najambicioznejša in najdražja shema P4P na svetu je Okvir kakovosti in izidov (QOF)⁹ Združenega kraljestva, ki predstavlja velik delež (približno 25 %) letnega prihodka splošnih praks. Njeno delovanje stane Nacionalno zdravstveno službo (NHS) letno okoli milijardo britanskih funtov. Glavni cilj programa, ki je bil vzpostavljen leta 2004, je izboljšati splošno kakovost osnovnega zdravstvenega varstva v državi (vključno z izboljšavami na področju obvladovanja kroničnih bolezni in umrljivosti, zmanjšanje sprejemov v bolnišnico, kjer je to mogoče, in zmanjšanje neenakosti v zdravstvenem stanju prebivalstva), izboljšati položaj splošnih zdravnikov in povezati nagrajevanje z delovno obremenjenostjo. Zaradi 121 kazalnikov na štirih področjih (in enem podpodročju) je finančno nagrajevanje vezano neposredno na doseganje posameznega cilja. Splošne prakse prejmejo točke glede na delež ustreznih bolnikov, ki dosežejo cilj kazalnika; najvišje število prejetih točk je 900 (HSCIC, 2015).

Čeprav je sodelovanje v QOF prostovoljno, je delež participacije zelo visok, tj. približno 8.123 splošnih praks in skoraj 100 % registriranih bolnikov je sodelovalo v programu v letih 2011–2012 (Cashin, 2014). Doseženi rezultati so bili prav tako visoki. Povprečno število doseženih točk v obdobju 2013–2014 je bilo 831,4 od skupnih 900 (92,4 %), kar je sprožilo kritike, da je kazalnike »prelahko« doseči. Dve značilnosti QOF, ki izstopata, sta obseg programa, ki vključuje številne kazalnike in področja (glejte okence 5.1), ter napredno zbiranje podatkov in infrastruktura vrednotenja za izvajanje sheme. Podatki za izračun rezultatov uspešnosti so pridobljeni samodejno iz elektronskih kartotek in preneseni v posebej razvito nacionalno zbirko podatkov, tj. sistem za analizo vodenja kakovosti (QMAS). Poročila sestavi QMAS, ki izračuna število prejetih točk posamezne prakse, ki sodeluje v QOF, in znesek nagrade.

⁹Od uvedbe leta 2004 so se aprila 2013 prvič pojavila razhajanja v shemi QOF v Angliji in prenesenimi shemami na Škotskem, v Walesu in v Severni Irski.

Okence 5.1: Področja v QOF v Angliji v obdobju 2013–2014

Shema QOF je v letih 2013–2014 vključevala klinično področje, področje javnega zdravja, področje kakovosti in produktivnosti in izkušnje bolnikov.

Klinično področje je vključevalo več kot 90 kazalnikov iz 20 kliničnih področij: atrijska fibrilacija, sekundarna preventivasrčno-žilnih bolezni, srčno popuščanje, hipertenzija, periferna arterijska bolezen, možganska kap in prehodni ishemični napadi, sladkorna bolezen, hipotirodizem, astma, KOPB, demenca, depresija, duševno zdravje, rak, kronična ledvična bolezen, epilepsija, motnje v duševnem razvoju, osteoporoza, revmatoidni artritis in paliativna oskrba. Vsako domeno sta običajno predstavljala dva ali trije kazalniki, razen pri sladkorni bolezni (16) in duševnem zdravju (10).

Področje javnega zdravja je sestavljalo 18 kazalnikov iz osmih področij: primarna preventivasrčno-žilnih bolezni, krvni tlak, debelost, kajenje, presejalni pregledi za preprečevanje raka materničnega vratu, preventivni pregledi otrok, storitve za nosečnice in matere in kontracepcija.

Novo uvedeno **področje kakovosti in produktivnosti** je vključevalo 9 kazalnikov, med drugim: pregled specialističnih napotnic, število urgentnih sprejemov v bolnišnico, implementacijo kliničnih poti.

Področje izkušenj bolnikov je vključevalo en kazalnik, katerega namen je zagotoviti minimalni čas posvetovanja bolnika z zdravnikom.

Vir: Nolte et al., 2015.

Estonski sistem nagrajevanja kakovosti (QBS) v osnovnem zdravstvenem varstvu je bil prav tako zasnovan za to, da motivira družinske zdravnike k razširitvi obsega storitev in ponudi spodbude za večji poudarek na preprečevanju bolezni in obvladovanju kroničnih bolezni v okviru osnovnega zdravstvenega varstva. Program se osredotoča na procesne kazalnike (45) na 3 področjih (okence 5.2), pri čemer ima vsak kazalnik drugačno število točk, katerih skupni znesek znaša 600 točk. Leta 2011 je bilo najvišje plačilo QBS na vseh treh področjih precej manjše v primerjavi z britanskim QOF, tj. 3.835 EUR ali 4,5 % celotnega letnega dohodka družinskega zdravnika (80.800 EUR). Skupni strošek Estonskega sklada za zdravstveno zavarovanje (EHIF) je bil 800.000 EUR, kar je približno 1 % celotnega proračuna osnovnega zdravstvenega varstva. Čeprav veliko zdravnikov vsako leto ne zbere zadostnega števila točk za izplačilo nagrade (54 % v letu 2010), je odstotek zdravnikov, ki želijo sodelovati v prostovoljni shemi, visok (90 % vseh družinskih zdravnikov). Pomembna omejitev QBS je ta, da program deluje na podlagi elektronskega izdajanja računov EHIF, in zato uporablja samo podatke/kazalnike, ki jih obdela sam, in ne vključuje meril izida. Čeprav ni bilo narejenih nobenih uradnih evalvacij, je po nekaterih študijah o QBS program vplival na boljše obvladovanje kroničnih bolezni in zmanjšal stopnjo hospitalizacije zaradi kroničnih stanj (Chasin et al., 2014).

Okence 5.2: Področja v QBS v Estoniji

- 1. področje: Preprečevanje bolezni** – vključuje tri skupine kazalnikov za cepljenje otrok, preventivne preglede otrok in preventivosrčno-žilnih bolezni.
- 2. področje: Obvladovanje kroničnih bolezni** – vključuje kazalnike za štiri stanja: hipertenzija, sladkorna bolezen tipa 2, srčni infarkt in hipotiroza.
- 3. področje: Dodatne dejavnosti** – vključujejo kazalnike za štiri področja: ponovnolicenciranje družinskega zdravnika in medicinske sestre, maternalno preventivo, ginekološke dejavnosti in kirurške dejavnosti.

Vir: Habicht, 2014.

V nasprotju z QOF in QBS, ki se osredotočata na številne dejavnosti splošnega zdravnika in vključujeta veliko kazalnikov uspešnosti, Danska uporablja program P4P, ki se osredotoča samo na en cilj in ponuja finančno spodbudo zdravnikom, ki zdravijo sladkorne bolnike. Zdravniki, ki se vključijo v program prostovoljno, prejmejo razmeroma visok vnaprejšnji letni znesek v višini 156 EUR na vsakega sladkornega bolnika, ki ga zdravijo. Znesek krije različne elemente obvladovanja bolezni, kot so dokumentiranje pregledov, sledenje kliničnim smernicam, izvajanje dogovorjenih kontrolnih pregledov in odzivanje na izostanek od obravnave (Rudkjøbing et al., 2015). Zdravniki, ki ne sodelujejo v shemi, še naprej prejmejo običajni znesek v višini 17 EUR za vsak posvet z bolnikom. Shema deluje od leta 2007 in rezultati (do leta 2012) so precej nerazveseljivi, saj je odstotek sodelujočih zdravnikov nizek (30 %). Vključenost bolnikov znaša samo 10 % vseh sladkornih bolnikov. Začetne ocene kažejo, da je razlog za nizko stopnjo sodelovanja skromna finančna spodbuda, pri vključevanju bolnikov pa se program ni mogel izogniti »pobiranju smetane« (Rudkjøbing et al., 2015).

Zadnji primer je pobuda integrirane oskrbe družbe Gesundes Kinzigtal v dolini reke Kinzig na jugozahodu Nemčije. Ta program nagrajevanja vključuje inovativni poslovno-finančni model, v katerem mreža lokalnih zdravnikov in družba za upravljanje zdravstvenega varstva (OptiMedis) sestavljata družbo za regionalno integrirano oskrbo, Gesundes Kinzigtal GmbH. Družba ima sklenjeno pogodbo z dvema nemškima skladoma za zdravstveno zavarovanje (AOK in LKK), na podlagi katere ureja zdravstveni proračun za vse člane v regiji Kinzigtal ter nudi storitve integrirane oskrbe in dodatne ugodnosti registriranim članom v pobudi (članstvo je prostovoljno in zastonj). Glavni cilj modela integrirane oskrbe družbe Gesundes Kinzigtal je spodbuditi boljše povezovanje v oskrbi in zmanjšati stroške zdravstvenega varstva, pri čemer se izvajalci zdravstvenih storitev spodbujajo, da poudarjajo preventivo in promocijo zdravja ter izboljšajo koordinacijo oskrbe. Ključne finančne spodbude izvajalcev so povezane s kazalniki uspešnosti, saj izvajalci prejmejo delež dobička družbe na podlagi svoje uspešnosti. Dobiček izhaja izključno iz realiziranih prihrankov glede na povprečne stroške oskrbe. Enako kot QOF tudi ta shema nagrajevanja temelji na visokorazvitem pridobivanju podatkov in infrastrukturi vrednotenja, kot so elektronske kartoteke bolnikov v celotnem sistemu, podatkovno skladišče in spletna programska oprema za merjenje uspešnosti in s poročili s povratnimi informacijami za zdravnike ter izračun rezultatov uspešnosti in nagrad. Zanimiva posebnost pobude je, da aktivno vključuje previdnostne ukrepe, s katerimi se

izogne morebitni tvegani izbiri (pobiranju smetane) in pomanjkljivemu zagotavljanju oskrbe (ker nagrade temeljijo na realiziranih prihrankih). Družba *Gesundes Kinzigtal* je vključila predvsem člane z nadpovprečno obolevnostjo in višjimi stroški. Kljub temu pa so prihranki in finančni rezultati od začetka programa v letu 2007 preseglji pričakovanja, kar pomeni, da so k tem rezultatom najverjetneje pripomogli uporaba tehnik, ki se osredotočajo na doseganje cilja, individualizirani načrti zdravljenja in dodatni zdravstveni pregledi.

Bolnišnice

V tem delu bomo opisali bolnišnične programe P4P, ki delujejo v ZDA in povezujejo plačila za bolnišnične dejavnosti iz sheme Medicare (nacionalni program socialnega varstva, namenjen predvsem starejšim od 65 let) z uspešnostjo približno 3.400 bolnišnic. Ta plačila trenutno temeljijo na uspešnosti bolnišnic na področju klinične kakovosti, izidov, izkušenj bolnikov in učinkovitosti. Vse večji delež plačil iz sheme Medicare (skupaj 6 % do leta 2017) je odvisen od tega, kako uspešne so bolnišnice pri izvajanju treh programov, ki jih morajo izvajati na podlagi pogodbe, sklenjene z Medicareom, tj. program nakupovanja storitev na podlagi vrednosti, program za zmanjšanje ponovnih sprejemov v bolnišnico in program za zmanjšanje bolnišničnih okužb (Kahn et al., 2015).

Program nakupovanja storitev na podlagi vrednosti (VBP)

V letu 2014 se je uspešnost bolnišnic v programu VBP ocenjevala na podlagi meril kakovosti treh področij: i) klinični postopek obravnave; ii) bolnikova izkušnja obravnave; iii) izidi (okence 5.3). Dodatno področje (učinkovitost) je bilo dodano leta 2015, ki se razume kot strošek sheme Medicare na upravičenca (MSPB).

Okence 5.3: Področja uspešnosti programa nakupovanja na podlagi vrednosti (VBP)

1. področje – klinični postopek obravnave (13)

AMI-7a Fibrinolitična terapija v 30 minutah po prihodu v bolnišnico

AMI-8a Primarna PCI v 90 minutah po prihodu v bolnišnico

HF-1 Navodila za odpust iz bolnišnice

PN-3b Odvzem hemokultur na urgenci pred začetnim antibiotičnim zdravljenjem v bolnišnici

PN-6 Izbira začetnega antibiotičnega zdravljenja pljučnice (CAP) pri imunokompetentnih bolnikih

SCIP-Inf-1 Antibiotična profilaksa, prejeta v eni uri pred kirurškim rezom

SCIP-Inf-2 Izbira antibiotične profilakse za kirurške bolnike v programu nakupovanja storitev na podlagi vrednosti

SCIP-Inf-3 Prekinitev terapije z antibiotično profilakso v 24 urah po končani operaciji

SCIP-Inf-4 Bolniki po operaciji srca, katerih pooperativna serumska koncentracija glukoze se preverja ob 6. uri zjutraj

SCIP-Inf-9 (samo za fiskalni leti 2014 in 2015) Odstranitev urinarnega katetra 1. ali 2. dan po operaciji

SCIP-Card-2 Kirurški bolniki, ki so prejeli betablokator pred prihodom/ki so prejeli betablokator med perioperativnim obdobjem

SCIP-VTE-1 (samo za fiskalni leti 2013 in 2014) Kirurški bolniki s priporočeno profilakso venske trombembolije

SCIP-VTE-2 Kirurški bolniki, ki so prejeli ustrezno profilakso venske trombembolije v 24 urah pred operacijo do 24 ur po operaciji

2. področje – izkušnje bolnikov (8)

Rezultati so povzeti iz anket, ki so jih izpolnili bolniki, ki so zapustili bolnišnico, in temeljijo na odstotkih bolnikov, ki so izjavili, da so imeli na spodnjih področjih »vedno« dobro izkušnjo:

- * kakšna je bila komunikacija sester z bolniki;
- * kakšna je bila komunikacija zdravnikov z bolniki;
- * kakšen je bil odziv bolnišničnega osebja na potrebe bolnikov;
- * kako so negovalci obvladovali bolečine bolnikov;
- * kako so negovalci bolnikom razložili namen zdravlil, preden so jim jih dali;
- * kako čista in tiha sta bila bolniška soba in hodnik;
- * kako pogosto so negovalci bolnikom razložili, kako naj skrbijo zase po odpustu iz bolnišnice;
- * kakšna je bila splošna ocena njihovega prebivanja v bolnišnici.

3. področje – umrljivost

Tretje področje, ki je bilo vrednoteno, je bila stopnja umrljivosti med bolniki sheme Medicare, ki so bili sprejeti v bolnišnico zaradi srčne kapi, srčnega popuščanja ali pljučnice. Medicare je določil stopnjo umrljivosti bolnikov, ki so umrli v bolnišnici ali v 30 dneh po odpustu iz bolnišnice. Pri stopnji umrljivosti je bilo upoštevano tudi dejstvo, kako zelo bolni so bili bolniki.

Vir: Rau, 2013; Department of Health and Human Services, CMS, 2015.

V sklopu programa VBP Medicare izvaja stimulatívna plačila na podlagi: a) kako dobro bolnišnica deluje na posameznem področju ali b) kako se je izboljšala uspešnost na posameznem področju v primerjavi z uspešnostjo v izhodiščnem obdobju. CMS (Center za storitve Medicare in Medicaid) oceni celotno uspešnost vsake bolnišnice s primerjavo njenih dosežkov in izboljšav za vsako merilo veljavnega programa VBP. CMS uporabi prag (50. centil) in merilo uspešnosti (povprečje zgornjega decila) za določitev števila točk za dosežke in izboljšave. CMS primerja točke dosežkov in izboljšav ter uporabi najvišje rezultate. Rezultati meril se uporabijo za izračun točk na posameznem področju, ki se nato ponderirajo za izračun končnega rezultata. Z linearno funkcijo CMS prevede rezultate celotne uspešnosti v stimulatívna plačila na podlagi vrednosti (Ministrstvo za zdravje in človeške vire, CMS, 2015).

Sredstva za stimulatívna plačila so zagotovljena iz proračuna Medicare za plačila bolnišnicam na podlagi sistema skupin primerljivih primerov (SPP), ki se imenuje IPPS (Sistem predvidenih plačil za bolnišnično zdravljenje). Vsako leto se plačila za SPP bolnišnicam, ki sodelujejo v programu VBP, za vsak odpust bolnika zmanjšajo za majhen odstotek (1,5 % v letu 2015). Ti zneski pa so nato namenjeni za stimulatívna plačila. Program VBP za bolnišnice je tako »proračunsko nevtralen« glede na IPPS.

Po podatkih Kahn et al. (2015) je program VBP v fiskalnem letu 2015 s plačili bolnišnicam prerazporedil okoli 126 milijonov ameriških dolarjev. Od 3.089 bolnišnic, ki so prejele

prilagojena plačila, je bilo 44,5 % (1.375 bolnišnic) sankcioniranih, kar pomeni, da je bilo njihovo prilagojeno plačilo manjše od 1,5 % osnovnih operativnih prejemkov, kar je znesek, ki ga vsaka bolnišnica prispeva k proračunu programa VBP. Ravno nasprotno pa je okoli 55,5 % bolnišnic prejelo dodatek, ki je v povprečju znašal skromnega 0,4 % (73.000 USD). Dodatek za 60 % bolnišnic pa je znašal manj kot 50.000 USD. Vzrok za trenutno skromne dodatke tiči v tem, da večina bolnišnic dosega cilje uspešnosti. CMS je sporočil, da se bo ponderiranje izidov in učinkovitosti v prihodnjih letih spremenilo glede na kazalnike postopka obravnave, zato je mogoče pričakovati spremembe tudi pri točkovanju in izplačevanju dodatkov (Kahn et al., 2015).

Program za zmanjšanje ponovnih sprejemov v bolnišnico (HRRP)

Oktobra 2012 je CMS začel v okviru IPPS zniževati plačila Medicare (do 3 % osnovnih operativnih plačil v letu 2014) bolnišnicam, ki so imele višje deleže ponovnih sprejemov, ki bi jih bilo mogoče preprečiti. Število »predvidenih« ponovnih sprejemov v 30 dneh zaradi srčne kapi, srčnega popuščanja, pljučnice, zamenjave kolka/kolena in kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) se je delilo s številom »pričakovanih« ponovnih sprejemov glede na povprečno bolnišnico s podobnimi bolniki. Koeficient, večji od 1, pomeni preseganje deleža ponovnih sprejemov.¹⁰ Namen programa je izboljšati kakovost in znižati stroške bolnikov sheme Medicare, tako da bolnišnice odpustijo bolnike, ko so ti popolnoma pripravljeni in je nadaljnje zdravljenje varno nadaljevati doma ali ob zmanjšani ravni nege. Ustreznost programa je vprašljiva, saj so se začeli deleži ponovnih sprejemov za prve tri pogoje zmanjševati že leta 2013, ko so bile uvedene prve kazni v okviru HRRP. Razlog za to so bile verjetno trenutne zahteve o javnem poročanju na spletni strani US Hospital Compare (Kahn et al., 2015).

HRRP ima večji vpliv na plačila bolnišnicam kot program VBP. Približno 75 % od 3.478 bolnišnic, ki so bile vključene v shemo, je moralo leta 2015 plačati kazen. Povprečna kazen HRRP za to skupino je znašala 0,5 % vseh operativnih plačil oziroma 161.000 USD. Okoli 10 % bolnišnic je bilo odgovornih za skoraj polovico vseh kazni.

Program za zmanjšanje bolnišničnih okužb (HAC)

Od oktobra 2014 so plačila Medicare bolnišnicam lahkomanjša tudi zato, da se jih spodbudi k zmanjšanju deleža bolnišničnih okužb (HAC), ki se razumejo kot skupina stanj, ki jih bolniki niso imeli pred sprejemom v bolnišnico, ampak so se razvila med njihovim prebivanjem v bolnišnici in jih je mogoče preprečiti. Uspešnost bolnišnic se meri s tremi merili kakovosti (varnost bolnika s sestavljenim kazalnikom 90, okužba krvnega obtoka in okužba, povezana z uporabo urinarne katetra), ki so točkovana od 1 do 10; višji kot je celotni seštevek, slabša je bila uspešnost bolnišnice. V fiskalnem letu 2015 je v programu zmanjševanja HAC sodelovalo 3.300 bolnišnic. Tiste, ki so se uvrstile v zgornji kvartil (25 % z rezultatom 7 ali več), so bile kaznovane z 1-odstotnim znižanjem vseh izplačil iz IPPS. Velike univerzitetne bolnišnice so sestavljale največjo skupino vseh bolnišnic v skupini bolnišnic, ki so prejele kazen (19 %), in so prispevale 48 % od približno 357 milijonov USD vrednosti kazni, ki so bile naložene v sklopu programa (Kahn et al., 2015). Glede na rezultate uspešnosti se je veliko bolnišnic približalo 75. centilu ločnice, ki določa kazen.

¹⁰Delež ponovnih sprejemov zaradi koronarnega obvodabo dodan v program leta 2017.

Dodati je treba, da so vsa tri merila uspešnosti programa zmanjševanja HAC v letu 2015 upoštevana kot merila izida v programu VBP. Kahn et al. (2015) poudarjajo, da pride do tega prekrivanja zaradi zakonskih zahtev po merjenju deležev okužb v obeh programih in drugih dejavnikov, kot so omejena razpoložljivost ustreznih meril uspešnosti in poskusi usklajevanja meril s podobnimi izidi bolnikov po programih. Leta 2017 bo prekrivanje vključevalo še tri dodatna merila (okužba kirurškega mesta, okužba s *Clostridium difficile* in okužba z MRSA).

Kazalnik neželenih dogodkov

Eden izmed načinov za razvoj pilotnega projekta, ki postavlja meje pri nagrajevanju bolnišnic za njihovo uspešnost ali kaznovanju za neuspešnost, je osredotočenost na poročanje neželenih dogodkov/ bolnišničnih okužb ter na kaznovanje bolnišnic, ki so neuspešne pri upoštevanju teh meril. Ameriški nacionalni forum za kakovost je sestavil seznam resnih dogodkov, ki jih je treba prijaviti (SRE) (glejte okence 5.4), ki vključuje nekaj kazalnikov, ki bi jih bilo mogoče uporabiti za ta namen. Za uvedbo takih kazalnikov bi bilo treba najprej ovrednotiti specifičen slovenski kontekst ter oceniti primernost in zanesljivost izbranih kazalnikov.

Okence 5.4: Seznam resnih dogodkov, ki jih je treba prijaviti ameriškemu nacionalnemu forumu za kakovost

1. KIRURŠKI DOGODKI ALI DOGODKI INVAZIVNIH POSTOPKOV

1. A Kirurški poseg ali drugi invazivni postopek, izveden na napačni strani (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

1. A Kirurški poseg ali drugi invazivni postopek, izveden na napačnem bolniku (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

1. C Napačni kirurški poseg ali drug invazivni postopek, izveden na bolniku (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

1. D Nenameren ostanek tujka v telesu bolnika po kirurškem posegu ali drugem invazivnem postopku (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

2. DOGODKI, KI VKLJUČUJEJO IZDELEK ALI NAPRAVO

2. A Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z uporabo kontaminiranih zdravil, naprav ali bioloških zdravil, posredovanih v sklopu zdravstvenega varstva (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

2. A Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z uporabo ali delovanjem naprave pri oskrbi bolnika, pri čemer se naprava ne uporablja oziroma ne deluje pravilno (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

2. C Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z intravenozno zračno embolijo, do katere je prišlo v sklopu obravnave zdravstvenega varstva (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

3. DOGODKI, POVEZANI Z VARSTVOM BOLNIKA

3. A Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana s pobegom bolnika (z izginotjem) (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

3. A Samomor bolnika, poskus samomora ali samopoškodovanje, ki vodi do resnih poškodb, med bolnišnično oskrbo (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

4. DOGODKI, POVEZANI Z UPRAVLJANJEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

4. A Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z napako pri odmerjanju zdravila (npr. napake, ki vključujejo napačno zdravilo, napačno

doziranje, napačnega bolnika, napačen čas, napačno količino, napačno pripravo ali napačen način dajanja zdravila) (posodobljeno) Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

4. A Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z nevarnim dajanjem krvnih pripravkov (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

4. C Smrt matere ali resna poškodba, povezana s porodom pri nosečnosti z nizkim tveganjem med bolnišnično oskrbo (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre

4. D Smrt ali resna poškodba novorojenčka, povezana s porodom pri nosečnosti z nizkim tveganjem (novo)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre

4. E Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana s padcem, do katerega je prišlo med bolnišnično oskrbo (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

4. F Razjede zaradi pritiska 3 in 4 stopnje ali razjede, katerih stopnja ni določena, ki so nastale po sprejemu v bolnišnično oskrbo (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

4. G Umetna oploditev s spermo napačnega darovalca ali z napačnim jajčecem (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante **4. H Smrt bolnika ali resna poškodba, ki je rezultat nenadomestljive izgube nezamenljivega biološkega primerka (novo)** Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

4. I Smrt bolnika ali resna poškodba, ki je rezultat opustitve nadaljnega spremljanja ali posredovanja laboratorijskih, patoloških ali radioloških izvidov (novo)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

5. DOGODKI, POVEZANI Z OKOLJEM

5. A Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z elektrošokom med bolnišnično oskrbo bolnika (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

5. A Kakršen koli zaplet, pri čemer sistemi za oskrbo bolnika s kisikom ali z drugim plinom ne vsebujejo plina, vsebujejo napačen plin ali so kontaminirani s strupenimi snovmi (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

5. C Smrt bolnika ali člana osebja ali resna poškodba, povezana z opekline iz katerega koli vira, med bolnišnično oskrbo bolnika (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

5. D Smrt bolnika ali resna poškodba, povezana z uporabo prisilnih sredstev, ali varovalne ograje na postelji med bolnišnično oskrbo (posodobljeno)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante, ustanove za dolgotrajno oskrbo, negovalne domove

6. DOGODKI, POVEZANI Z RADIOLOGIJO

6. A Smrt ali resna poškodba bolnika ali člana osebja, povezana z uporabo kovinskega predmeta v območju magnetnoresonančnega slikanja (novo)

Velja za: bolnišnice, ambulantne kirurške centre, ambulante

Kontrolni seznam za oblikovanje shem P4P

Tabela 5.4 podaja splošni kontrolni seznam ključnih elementov, ki jih je treba upoštevati pri oblikovanju sheme P4P. Sheme P4P se razlikujejo glede na zdravstveno institucijo in cilje politike. Cilji shem nagrajevanja so v osnovnem zdravstvenem varstvu zastavljeni precej široko in oblikovani tako, da vključujejo velik del prebivalstva v želji po izboljšanju kakovosti in spodbujajo zagotavljanje storitev skladno s kliničnimi smernicami. V nasprotju s tem pa programi P4P, ki so namenjeni bolnišnicam, obravnavajo določene težave, kot so zmanjšanje pogostosti zapletov pri hospitalizaciji, ki jih je mogoče preprečiti, ali spodbujanje upoštevanja kliničnih smernic na določenih področjih (Cashin, 2014). V ameriških primerih v poglavju 5.4 je mogoče opaziti poudarek na nakupovanju storitev na podlagi vrednosti in ki težijo k povezovanju visokokakovostnih storitev s stroškovno učinkovitostjo. Ne glede na kontekst pa imajo vse sheme P4P enake elemente, ki jih je treba obravnavati sistematično, saj je le tako mogoče oblikovati uspešen sistem nagrajevanja.

Tabela 5.4: Elementi za oblikovanje programa P4P

Element	Dejstva, ki jih je treba upoštevati
Področja uspešnosti in merila	<ol style="list-style-type: none"> 1) Določitev področij za merjenje: <ul style="list-style-type: none"> - Klinična kakovost (merila strukture, postopka in izida) - Prioritetne storitve (npr. imunizacija ali presejalni programi za odkrivanje raka) - Učinkovitost (npr. doseganje skupnih prihrankov in nižja rast stroškov) - Izkušnje in zadovoljstvo bolnikov - Enakost/Zmanjševanje razlik v zdravju 2) Izbira ustreznega števila kazalnikov za zajem pomembnih vidikov uspešnosti in upoštevanje razpoložljivih podatkov, ob tem pa poskrbeti, da sistem ne postane prezapleten 3) Ponderiranje področij uspešnosti (običajno ponderiranje pomembnihprioritet) 4) Vključevanje deležnikov v razvoj meril učinkovitosti in izboljševanje njihove sprejemljivosti

<p>Podlage za nagrajevanje ali kaznovanje</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Podlage za nagrajevanje ali kaznovanje vključujejo: <ul style="list-style-type: none"> - absolutno stopnjo merila (ali je prag določnega cilja presežen) - sprememba dosežene stopnje čez čas (izboljšanje) - kakšna je uspešnost izvajalcev v primerjavi z drugimi ponudniki (primerjalno razvrščanje) 2) Izračun stopenj uspešnosti (po posameznih merilih; preglednost in kompleksnost metodologije) 3) Prilagoditev tveganju (prilagoditve nadomestil izvajalcem, ki zdravijo nesorazmerno bolj bolne bolnike oziroma bolnike, katerih zdravljenje je dražje; njihove spodbude so nižje, zato da se izognejo takim bolnikom)
<p>Lastnosti nagrade ali kazni</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Višina nagrade ali kazni 2) Kdo je prejemnik (posamezniki ali ustanove)? 3) Ali je sodelovanje prostovoljno ali obvezno? 4) Ali finančno nagrado spremljajo nefinančne nagrade?

	5) Pogostost kaznovanja/nagrajevanja
Poročanje in preverjanje podatkov	1) Razpoložljivost in kakovost podatkov (klinični podatki, podatki o zavarovanju/zahtevkih za povrnitev stroškov) 2) IT Infrastruktura za zajem podatkov, obdelavo in izračun 3) Pogostnost poročanja 4) Kako se merijo in vrednotijo rezultati

Vir: Povzeto po Cashin, 2014.

Sklepi

Slovenski osnutek Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2015) vsebuje zavezo za boljše učinkovitost in kakovost izvajalcev zdravstvenega varstva na podlagi nagrajevanja uspešnosti. Prav tako priznava potrebo po upoštevanju načela postopnosti in tem, da najprej razvije ustrezne modele in izbere ustrezna merila uspešnosti ter pred uvedbo preizkusi razvite modele nagrajevanja po uspešnosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015). Ob upoštevanju trenutnega stanja v Sloveniji in nekaterih tujih primerov shem P4P v osnovnem zdravstvenem varstvu in bolnišnični oskrbi so bili za doseg zgorajjih ciljev prepoznani spodnji predpogoji:

- okrepiti razvoj in okvir trenutnega vodenja kakovosti ter razviti nacionalni program za razvoj in sprejetje enotnih kliničnih smernic za različna stanja in izvajati predpise, ki določajo odgovornosti pri nadzoru kakovosti v posameznih ambulantah in ustanovah zdravstvenega varstva;
- določiti in vzpostaviti institucionalni okvir, ki bo odgovoren za nadzor nad vodenjem kakovosti in izboljšavami (mogoče je tudi imenovanje koordinacijske skupine v okviru ZZS, ki bi usklajevala predloge pristojnih deležnikov); za to bi bilo treba pridobiti ustrezna finančna sredstva;
- razvoj ustreznih kazalnikov/meril uspešnosti zahteva usklajeno delovanje v osnovnem zdravstvenem varstvu in tudi v bolnišničnem varstvu ter usklajenost zbiranja in robustnega ocenjevanja. Zanesljivi in merljivi kazalniki kakovosti strukture, postopkov in izidov so nepogrešljivi pri povezovanju plačil in uspešnosti. To nalogo bi lahko najučinkoviteje izvedla koordinacijska skupina, namenjena vodenju kakovosti;
- močan sistem *poročanja o kakovosti* in javno razširjanje rezultatov (samim izvajalcem s poročili s povratnimi informacijami ter bolnikom, Zavodu za zdravstveno zavarovanje (ZZS) in ponudnikom prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja) bi lahko deloval skupaj. Tak sistem bi tako tvoril podlago za robustnejše dejavnosti nadzora kakovosti;
- trenutni modeli financiranja zdravstvenih storitev za izvajalce osnovnega zdravstvenega varstva, splošne in družinske zdravnike ter bolnišnice se morajo spremeniti; vzpostaviti je treba ustrezno delujoče in pregledne modele financiranja (glejte 4. poglavje tega poročila), še *preden* se vzpostavi kakršna koli pilotna shema nagrajevanja po uspešnosti;
- vsako oblikovano shemo P4P je treba najprej preizkusiti v manjšem obsegu (z manjšim številom ciljnih kazalnikov) in nato izvajati kot pilotni program na

določenem zemljepisnem območju (regiji) ali za določeno skupino izvajalcev. Primerjanje vpliva pilotnega programa in posebnih izboljšav kakovosti ter meril izidov je treba izvesti pred postopno uvedbo programa na državni ravni.

- Pilotni programi manjšega obsega se lahko uporabijo v osnovnem zdravstvenem varstvu, v bolnišničnem zdravstvenem varstvu prek sheme nagrajevanja/kaznovanja, ki se osredotoča na minimalni obseg kazalnikov neželenih dogodkov ali splošneje v shemi »plačil za poročanje«, kjer se plačila lahko znižajo, če izvajalci ne posredujejo podatkov (ustrezne kakovosti) o določenih kazalnikih kakovosti.

Seznam literature

Albreht et al., 2016. Slovenija: Pregled zdravstvenega sistema. *Zdravstveni sistemi v tranziciji*, 2016; xx(x): 1–xxx.

Cashin, C., Chi, Y. L., Smith, P. C., Borowity, M., Thomson, S. (uredniki). (2014) *Paying for performance in health care*. Berkshire: Open University Press.

Cashin, C. (2014) P4P Program design. V: Cashin, C., Chi, Y. L., Smith, P. C., Borowity, M., Thomson, S. (uredniki). *Paying for performance in health care*. Berkshire: Open University Press.

Department of Health and Human Services CES Centers for Medicare & Medicaid Services (2015).

Hospital Value-Based Purchasing Program. Washington DC: CMS. Na voljo na:

Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. in Schoffski, O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 2013; 110: 115–130.

HSCIC. 2015. *QOF 2013/14 results* [na spletu]. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Na voljo na: <http://qof.hscic.gov.uk/> [preneseno 3. avgusta 2015].

Kahn, C. N., Ault, T., Potetz, L., Walk, T., Hart Chambers, J. in Burch, S. (2015) Assessing Medicare's hospital Pay-For-Performance programs and whether they are achieving their goals. *Health Affairs*, 34(8): 1281–88. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.0158

National Quality Forum (2015) *List of SREs*. Na voljo na:

http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx, preneseno 10. avgusta 2015.

Nolte, E., Brereton, L., Knai, C., Roland, M. England (2015). V: Nolte, E., Knai, C., urednika. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2015 (v vlogi gostiteljske organizacije in sekretariat Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike): 27–36.

Partel, K. Can we improve the health system with pay-for-performance? *Deeble Institute for Health Policy Research. Australian Healthcare and Hospital Association. 2014; 5: 1–13.*

Poldrugovac, M., Simčič, B., Leskošek, B. in Pajntar, M. (uredniki) (2014). *Kazalniki kakovosti v zdravstvu – letno poročilo 2011*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Poldrugovac, M. in Simčič, B. (2012) Primerljivost kazalnikov kakovosti, ki se spremljajo na nacionalni ravni med izvajalci zdravstvenih storitev. V: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Skinder Savič, K., Zorc, J. (uredniki). *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe*. Zapisnik mednarodne znanstvene konference, 7.–8. junij, 2012, Ljubljana: Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 264–275.

Jordan Rau (2013). Methodology: How Value Based Purchasing Payments Are Calculated, Kaiser Health News, 14. november 2013. Na voljo na: <http://khn.org/news/value-based-purchasing-medicare-methodology/>

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2015). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 – Skupaj za družbo zdravja. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, junij 2015.

Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo Republike Slovenije (2015). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu. Na voljo na: [http://www.nktz-si/wps/portal/nktz/home/healthcare/quality%26safety/other!/ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xP LMnMz0vMAfGjzOJNDF093Y39DTwN_IIMDBzdVQ3CfFxNDPwNTfQLsh0VAX0IHOM!/](http://www.nktz.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/quality%26safety/other!/ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xP LMnMz0vMAfGjzOJNDF093Y39DTwN_IIMDBzdVQ3CfFxNDPwNTfQLsh0VAX0IHOM!/)

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: GV Planet, 2009.

Rudkjøbing, A., [Vrangbæk, K.](#), [Okkels Birk, H.](#), [Sahl Andersen, J.](#), [Krasnik, A.](#) (2015). Evaluation of a policy to strengthen case management and quality of diabetes care in General Practice in Denmark. *Health Policy*. 04/2015; DOI: 10.1016

Wright, M. Pay-for-performance programs. Do they improve the quality of primary care? [na spletu]. *Australian Family Physician*, 2012; (41)12: 989–991.

Priloga poglavja 5.1: Sheme P4P v osnovnem zdravstvenem varstvu – primeri držav

Primeri večinoma temeljijo na C. Hernández - Quevedo, R. Llano, E. Mossialos (2012) *Paying for Integrated Care: An Assessment. Rapid Response Report for the European Commission*. Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike.

ANGLIJA: OKVIR KAKOVOSTI IN IZIDOV (QOF)

Cilji programa

QOF je bil uveden leta 2004 kot del novega dogovora s splošnimi zdravniki s ciljem izboljšati splošno kakovost osnovnega zdravstvenega varstva v državi, narediti zdravniški poklic privlačnejši, zmanjšati velike razlike med plačili praksam in prilagoditi višino nagrad glede na delovno obremenjenost. Izboljšanje kakovosti je tako pripomoglo k doseganju številnih drugih medsebojno povezanih ciljev (Martin et al., 2010; Gillam in Siriwardena, 2010):

- spodbujati izboljšanje na področju obvladovanja kroničnih bolezni;
- zmanjšati delež sprejemov v bolnišnico, ki se jim je mogoče izogniti z boljšim obvladovanjem kroničnih bolezni na ravni osnovnega zdravstvenega varstva;
- izboljšati stanje v povezavi z nacionalno stopnjo umrljivosti in
- prispevati k premoščanju vrzeli neenakosti v zdravstvenem stanju prebivalstva.

Področja uspešnosti in kazalniki

QOF nagradi zdravniške prakse s finančnimi spodbudami, ko te dosežejo cilje kakovosti, ki so se sprva merili s 146 kazalniki, ki so se redno pregledovali, nato se je njihovo število zmanjšalo na 121. Finančne nagrade so neposredno povezane s stopnjo doseganja posameznega cilja.

V letih 2013–2014 se je uspešnost zdravniških praks merila s 121 kazalniki. Posamezna praksa je lahko prejela največ 900 točk. Kazalniki strukture, postopka in izidov so bili razvrščeni v štiri skupine in eno podskupino (HSCIC, 2015):

1. 93 kliničnih kazalnikov, ki večinoma pokrivajo kronične bolezni (npr. kronična ledvična bolezen, srčno popuščanje, hipertenzija), katerih skupni znesek znaša 610 točk.
2. 9 kazalnikov javnega zdravja na štirih kliničnih področjih: krvni tlak, srčno-žilne bolezni, primarna preventiva, debelost in kajenje (npr. odstotek kadilcev, ki jim je bila nudena pomoč pri prenehanju kajenja in zdravljenje).
- 2.a 9 kazalnikov javnega zdravja za dodatne storitve na štirih področjih storitev: presejalni programi za preprečevanje raka materničnega vratu (npr. odstotek žensk, primernih za sodelovanje na presejalnih pregledih za preprečevanje raka materničnega vratu v zadnjih petih letih), preventivni pregledi otrok, preventiva nosečnic in kontracepcija.
3. 9 kazalnikov za kakovost in produktivnost (npr. izvajanje kliničnih poti, sodelovanje pri zunanjih peer review pregledih).
4. 1 kazalnik za izkušnje bolnikov, ki je povezan s trajanjem posvetovanja (tj. trajanje naročenega

posveta ne sme biti krajše od 10 minut).

Stimulativna plačila

Splošni zdravniki prejmejo točke na podlagi QOF glede na delež upravičenih bolnikov, za katere dosežejo cilj posameznega kazalnika.

V obdobju 2014–2015 je bil splošnim praksam v Angliji izplačan pavšalni znesek v višini 156,92 britanskega funta za vsako točko, ki so jo prejeli, do največ 900 točk. Plačila so prilagojena glede na velikost ambulante in razširjenost bolezni v primerjavi z državnim povprečjem. Program omogoča zdravnikom, da sporočajo »izjeme« oziroma »sporočanje izjem« omogoča izključitev določenih bolnikov, ki so neprimerni (glede na določena merila) iz celotnega cilja, ki je bil določen za bolnike, registrirane v določeni ambulanti.

Martin et al. (2010) in Cashin et al. (2014) ocenjujejo, da znašajo finančne spodbude QOF približno 20–25 % dohodka ambulante splošnega zdravnika. V letih 2005–2006 je znašal dodatni dohodek iz sheme QOF na ambulanto splošnega zdravnika okoli 126.000 britanskih funtov, kar je po mednarodnih standardih izjemno visoka nagrada. Trenutno znašajo izdatki za QOF približno milijardo britanskih funtov na leto (Cashin et al., 2014).

Viri in tokovi podatkov

Podatki za izračun rezultatov uspešnosti v shemi QOF so pridobljeni samodejno iz elektronskih kartotek in preneseni v posebej razvito nacionalno zbirko podatkov, tj. sistem za analizo vodenja kakovosti (QMAS). QMAS oblikuje poročila za izračun rezultatov uspešnosti v shemi QOF in znesek nagrade za posamezno ambulanto. Podatke v povezavi z organizacijskimi kazalniki vnesejo ambulante ročno na spletno stran QMAS.

Morebitni uspeh in vrednotenje

Izvajanje QOF se razume kot uspešno (Gillam in Siriwardena, 2010). Čeprav je sodelovanje ambulant v QOF prostovoljno, je stopnja sodelovanja zelo visoka (informacijska pisarna, 2012). V letih 2011–2012 je v programu sodelovalo 8.123 ambulant splošnih zdravnikov in skoraj 100 % registriranih bolnikov (Cashin et al., 2014). Ambulante dosegajo visoke rezultate od vsega začetka. V obdobju 2013–2014 je bil povprečen rezultat 831,4 točke od skupnih 900 točk, tj. 92,4 %; 162 ambulant je prejelo največje število točk. V Združenem kraljestvu so se pojavile kritike, da so bili kazalniki postavljeni prenizko, kljub temu pa jeshema vplivala na zmanjšanje neenakosti pri dajanju osnovnega zdravstvenega varstva (Doran et al., 2008).

Navesti je treba, da QOF meri samo majhen del osnovnega zdravstvenega varstva ali dejavnosti splošnih zdravnikov, zato ne zajema vseh področij kakovosti, kot so neprekinjena oskrba, sposobnost posvetovanja, ki se osredotoča na bolnika, sposobnost diagnosticiranja ali zdravljenje bolezni, ki niso vključene v shemo QOF (Ashworth in Kordowicz, 2010). Prav tako ni jasno, ali visoki rezultati uspešnosti pomenijo izboljšano oskrbo bolnika in boljše rezultate zdravljenja, saj še niso bile izvedene obsežne sistematične študije. Ob pregledu literature sta Steel in Willems (2010) ugotovila,

da je podlaga dokazov za določitev vpliva sheme QOF nepopolna in nedokončna. Njuna analiza 35 študij poudarja, da so se standardi vsako leto dvignili skladno s trenutnim gibanjem, in čeprav se izsledki med študijami in kazalniki razlikujejo, ni mogoče trditi, da je QOF vplival na splošno izboljšanje kakovosti. Pri nekaterih boleznih je bilo mogoče zaznati pomembna, čeprav manjša izboljšanja, npr. sladkorna bolezen in astma. Drugi sistematični pregled raziskav o QOF pravi, da čeprav obstajajo dokazi o skromnih izboljšavah v kakovosti oskrbe kroničnih boleznih vključenih v okvir, vpliv QOF na stroške, profesionalni pristop in izkušnje bolnikov ostajajo nejasni (Gillam, Siriwardena in Steel, 2012). Naslednja presoja je ocenila, da je QOF le delno vplival na boljše rezultate zdravljenja, kar avtorji presoje pripisujejo dejstvu, da se je shema osredotočala na procesne kazalnike in zgornje pragove kazalnikov (Langdown in Peckham, 2014).

Večina študij se strinja, da je bil QOF podlaga za hitro in splošno vzpostavitev elektronskih kartotek pri splošnih zdravnikih, saj so bila plačila odvisna od podatkov, pridobljenih iz elektronskih kartotek. Ambulante so zaposlile več osebja, še posebej medicinskih sester in administrativnega osebja. Medicinske sestre, ki so delale v ambulantah, ki so se osredotočale na posebne bolezni, so bile še posebej proaktivne pri oskrbi pomembnejših kroničnih boleznih, kot sta sladkorna bolezen in astma (Nolte et al., 2015).

Seznam literature

Ashworth, M. in Kordowicz, M. (2010) Quality and Outcomes Framework: smoke and mirrors? *Quality in Primary Care*, 18(2): 127–31.

Cashin, C. (2014) United Kingdom: Quality and outcomes framework. V Cashin, C., Chi, Y. L., Smith, P. C., Borowity, M., Thomson, S. (uredniki). *Paying for performance in health care*. Berkshire: Open University Press.

Doran, T. et al. (2008). The effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary care in England. *Lancet*, 372: 728–736.

Gillam, S. in Siriwardena, A. N. (2010) The Quality and Outcomes Framework: triumph of technical rationality, challenge for individual care? *Quality in Primary Care*, 18(2): 81–83.

Gillam, S., Siriwardena, A., Steel, N. (2012). Pay-for-Performance in the United Kingdom: impact of the Quality and Outcomes Framework – a systematic review. *Annals of Family Medicine*, 10: 461–468.

HSCIC. 2015. *QOF 2013/14 results* [na spletu]. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Na voljo na: <http://qof.hscic.gov.uk/> [preneseno 3. avgusta 2015].

Langdown, C., Peckham, S. (2014). The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. *Journal of Public Health*, 36: 251–258.

Martin, S., Smith, P. C., Dusheiko, M., Gravelle, H. in Rice, N. (2010). *Do quality improvements in primary care reduce secondary care costs? Primary research into the impact of the Quality and Outcomes Framework on hospital costs and mortality*. London: The Health Foundation. Na voljo na: <http://www.health.org.uk/publications/QOF-report/>

Steel, N. in Willems, S. (2010). Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Quality in Primary Care*, 18(2): 117–25.

TheInformationCentre(2012). *TheQualityandOutcomesFramework*. Na voljo na: <http://www.qof.ic.nhs.uk/faqs/#qof03>

ESTONIJA: SISTEM NAGRAJEVANJA KAKOVOSTI V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Cilji programa

Sistem nagrajevanja kakovosti (QBS) je bil vzpostavljen leta 2006 z namenom, da:

- spodbudi družinske zdravnike k večji zavzetosti pri preventivi in preprečevanju bolezni;
- zmanjša obolevnost zaradi bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem, in zmanjša stopnjo hospitalizacije zaradi kroničnih bolezni;
- izboljša obvladovanje kroničnih bolezni v okviru osnovnega zdravstvenega varstva;
- spodbudi družinske zdravnike, da razširijo obseg svojih storitev.

Področja uspešnosti in kazalniki

Z več skupinami kazalnikov QBS pokriva tri področja:

1. področje: preprečevanje bolezni – vključuje tri skupine kazalnikov za cepljenje otrok, preventivne preglede otrok in preventivo srčno-žilnih bolezni.

2. področje: obvladovanje kroničnih bolezni – vključuje kazalnike za štiri stanja: hipertenzija, sladkorna bolezen tipa 2, srčni infarkt in hipotiroza.

3. področje: dodatne dejavnosti – vključujejo kazalnike za štiri področja: ponovnolicenciranje družinskega zdravnika in medicinske sestre, preventiva nosečnic, ginekološke dejavnosti in kirurške dejavnosti.

QBS vključuje 45 kazalnikov; njihov seštevek znaša skupaj 600 točk. Za vsako skupino in kazalnik (kazalniki so ponderirani) je mogoče prejeti različno število točk. Zdravniki prejmejo točke, če dosežejo cilj uspešnosti posameznega kazalnika.

Stimulativna plačila

Prvo in drugo področje sestavljata »osnovno plačilo«, ki je leta 2011 znašalo največ 3.068 EUR. Družinski zdravniki so upravičeni do stimulativnih plačil, če zberejo vsaj 80 % vseh točk. Zdravnikom se izplača 100 % (3.068 EUR) nagrade, če zberejo vsaj 560 točk, in 80 % (2.454 EUR) nagrade, če zberejo vsaj 480 točk. Za rezultate pod 80 % ni nagrade.

Dodatno plačilo za 3. področje je mogoče prejeti samo, če so se družinski zdravniki že kvalificirali za prejem nagrade 1. in 2. področja v višini najmanj 80 %. Najvišje plačilo za 3. področje je leta 2011 znašalo 767 EUR.

Stimulativna plačila so izplačana družinskim zdravnikom, ki se nato sami odločijo, ali bodo oziroma kako bodo plačila razporedili med svoje osebe, npr. medicinske sestre.

Leta 2011 je znašalo najvišje plačilo QBS za vsa tri področja 3.835 EUR ali 4,5 % celotnega letnega dohodka družinskega zdravnika (80.800 EUR). Skupni strošek za QBS je takrat znašal 800.000 EUR, kar je približno 1 % celotnega proračuna osnovnega zdravstvenega varstva Estonskega sklada za zdravstveno zavarovanje (EHIF).

Viri in tokovi podatkov

Podatki, ki so potrebni za QBS, se pridobijo iz rutinskih zahtevkov EHIF prek elektronskega izdajanja računov. Podatki o bolnikih so na voljo v elektronski obliki, vključno s seznama kroničnih bolnikov. Podatke o ponovni certifikaciji družinskega zdravnika in medicinske sestre morajo zdravniška združenja, ki skrbijo za neprekinjeno obveščanje, vnesti ročno.

Morebitni uspeh in vrednotenje

Leta 2010 je delež zdravnikov, ki so prostovoljno sodelovali v programu, znašal 90 % (v primerjavi s 50 % iz leta 2006, ko je bil QBS vzpostavljen) in je vključeval približno 90 % Estoncev z zdravstvenim zavarovanjem. Vsako leto je zaznan visok delež sodelovanja, čeprav velik del zdravnikov ne doseže ustreznega števila točk za izplačilo dodatka. V letu 2010 je okoli 24 % družinskih zdravnikov prejelo najvišja izplačila za 1. in 2. področje; 12 % zdravnikov je prejelo plačila v višini 80 %, medtem ko nekaj več kot polovica (54 %) zdravnikov ni prejela nobenega plačila (10 % vseh družinskih zdravnikov ni sodelovalo v programu). Velike razlike pri vključevanju v program in prejemu stimulativnih plačil je mogoče opaziti v posameznih okrajih.

Čeprav ni bilo narejenih nobenih uradnih ocen o QBS, nekatere študije menijo, da je program vplival na boljše obvladovanje kroničnih bolezni in zmanjšal stopnjo hospitalizacije pri kroničnih stanjih (Chasin et al., 2014). Vzpostavitev QBS in spremljanje rezultatov uspešnosti kažeta na pomembnost kliničnih smernic pri spremljanju uspešnosti na ravni osnovnega zdravstvenega varstva.

Ker program deluje na podlagi elektronskega izdajanja računov EHIF, je QBS omejen samo na uporabo podatkov/kazalnikov, ki jih program obdelava sam, in ne vključuje meril izida.

Seznam literature

Habicht, T. (2014) Estonia: Primary health care quality bonus system. V Cashin, C., Chi, Y. L., Smith, P. C., Borowity, M., Thomson, S. (uredniki). *Paying for performance in health care*. Berkshire: Open University Press.

DANSKA: PLAČILA SPLOŠNIM ZDRAVNIKOM, KI VODIJO PRIMERE SLADKORNIH BOLNIKOV

Cilji programa

Finančna spodbuda za vodenje oskrbe sladkornih bolnikov je pilotni projekt, ki se je začel leta 2007 in ki je sestavni del splošne politike za izboljšanje zdravstvenega varstva, ki temelji na krepitvi vloge splošnega zdravnika. Namen politike, kot je zapisana v dogovoru med danskimi regijami in splošnimi zdravniki, je vzpostaviti in zagotoviti kakovost pri zdravljenju kroničnih bolezni v splošni praksi in posredovati zdravnikom orodje, s katerim bodo sistematizirali oskrbo ter zagotovili kakovost zdravljenja in spremljanja bolnikov s kroničnimi boleznimi.

Področja uspešnosti in kazalniki

Splošni zdravniki morajo redno ocenjevati primernost zdravljenja posameznega bolnika in dokumentirati preglede. Pri zdravljenju morajo upoštevati smernice, ki jih posreduje danski kolegij splošnih zdravnikov (znanstveni kolegij splošne prakse). Kontrolni pregledi so predmet dogovora med zdravnikom in bolnikom, pri čemer mora zdravnik zapisovati bolnikove izostanke. Ključni element politike je ta, da po vsakoletnem pregledu in ustrezni nagradi zdravnik ne prejme plačila za naslednje tri posvete.

Stimulativna plačila

Finančna spodbuda se izplača zdravnikom, ki skrbijo za bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2. Na začetku sodelovanja v shemi prejme zdravnik precej visoko vnaprejšnje plačilo v višini 156 EUR za posameznega sladkornega bolnika, ki ga zdravi. Znesek krije različne elemente obvladovanja bolezni (Rudkjøbing et al., 2012).

Viri in tokovi podatkov

Pogoj za prejem vsakoletnega dodatka za zdravljenje sladkornih bolnikov je vzpostavitev sistema podatkov, ki zajema podatke o opozorilnih nevarnih dogodkih. Sistem zbira ključne podatke iz sistema elektronskih kartotek, kreira poročila za posamezne ambulante in primerja uspešnost določenega zdravnika z uspešnostjo drugih zdravnikov.

Morebitni uspeh in vrednotenje

Sodelovanje v tej novi shemi plačil je prostovoljno. Zdravniki se lahko tudi odločijo, da bodo še naprej sodelovali v običajnem sistemu plačila po storitvi, pri čemer znaša plačilo 17 EUR na posamezni pregled. Med letoma 2007 in 2012 je v shemi sodelovalo približno 30 % ambulant. Storitve je prejelo 33.000 bolnikov, kar je polovica manj od pričakovane številke na začetku programa in kar predstavlja samo okoli 10 % sladkornih bolnikov.

Čeprav se izvajanje sheme ni končalo leta 2012 (vključilo se je več zdravnikov), se na splošno razume, da program ni deloval, kot je bilo zamišljeno, saj je bil delež sodelovanja prenizek, kar namiguje na to, da je bila morda tudi raven finančne spodbude prenizka. Kar je še pomembneje, iz nizkega števila

prijavljenih sladkornih bolnikov je mogoče sklepati, da se program ni mogel izogniti pobiranju smetane. Glede na pomanjkanje vrednotenja tudi ni jasno, ali je rezultat spodbujevalnega mehanizma višja kakovost zdravljenja ob nižjih stroških ter ob sočasnem ohranjanju ali izboljšanju zdravja in zadovoljstva uporabnika (Rudkjøbing et al., 2015).

Seznam literature

Rudkjøbing, A., Olejaz, M., Okkels Birk, H., Juul Nielsen, A., Hernández - Quevedo, C., Krasnik, A. (2012) Integrated care: a Danish perspective. *British Medical Journal*, 345: e4451

Rudkjøbing, A., [Vrangbæk, K.](#), [Okkels Birk, H.](#), [Sahl Andersen, J.](#), [Krasnik, A.](#) (2015). Evaluation of a policy to strengthen case management and quality of diabetes care in General Practice in Denmark. *Health Policy*. 04/2015; DOI: 10.1016

NEMČIJA: PROGRAM INTEGRIRANE OSKRBE DRUŽBE GESUNDES KINZIGTAL

Osnovne informacije

V preteklosti je bil nemški sistem zdravstvenega varstva zaznamovan s precejšno finančno in z organizacijsko razdrobljenostjo na vseh področjih zdravstvenega varstva in s številnimi izvajalci, kar je privedlo do velikih neučinkovitosti. Za spodbuditev boljše integracije oskrbe in zmanjšanja stroškov zdravstvenega varstva je Zakon o posodobitvi obveznega zdravstvenega zavarovanja leta 2004 dovolil nemškimi skladom za zdravstveno zavarovanje, da porabijo 1 % svojih izdatkov za programe integrirane oskrbe. V nasprotju s pričakovanjem snovalcev zdravstvene politike se je večina programov integrirane oskrbe, ki so bili oblikovani, osredotočala na določene težave (npr. operacija kolena) in je običajno vključevala samo dve področji (npr. rehabilitacija in integrirana oskrba). Integrirana oskrba družbe *Gesundes Kinzigtal* je ena izmed redkih sistemov integrirane oskrbe, ki pokriva vsa področja in indikacije za zdravljenje določenega dela prebivalstva.

Družba *Gesundes Kinzigtal* ima sedež v dolini reke Kinzig na jugozahodu Nemčije. Za njeno upravljanje skrbi družba za regionalno integrirano oskrbo, *Gesundes Kinzigtal GmbH*, ki sta jo leta 2005 ustanovili mreža lokalnih zdravnikov in družba za upravljanje zdravstvenega varstva. Po pogodbi, sklenjeni z dvema nemškima skladoma za zdravstveno zavarovanje (AOK in LKK), družba *Gesundes Kinzigtal GmbH* upravlja zdravstveni proračun za vse člane teh dveh skladov v regiji Kinzigtal (31.000 bolnikov). Treba je omeniti, da se večina storitev integrirane oskrbe in dodatne ugodnosti zagotovijo samo članom, ki se prostovoljno odločijo za *aktivno* sodelovanje v brezplačnem programu. Maja 2010 je bilo v program vpisanih 6.870 aktivnih članov.

Kot del strategije za preventivo in promocijo zdravja ponuja *Gesundes Kinzigtal* bolnikom, pri katerih obstaja tveganje oziroma že imajo določene kronične bolezni, programe za najpogostejše kronične bolezni z visokimi obremenitvami. Nekatere spodbude vključujejo aktivno promocijo zdravja starejših, intervencijske programe za bolnike s kroničnim srčnim popuščanjem, programe za prenehanje kajenja, ki jih vodijo zdravniki, in program »Zdravo gibanje v Kinzigtalu«, ki nudi kupone in popuste članom športnih in telovadnih društev.

Cilji programa

Glavni cilj modela integrirane oskrbe družbe *Gesundes Kinzigtal* je spodbuditi boljše povezovanje v oskrbi in zmanjšati stroške zdravstvenega varstva s pomočjo inovativnega finančnega modela, pri čemer se izvajalci zdravstvenih storitev spodbujajo, da poudarjajo preventivo in promocijo zdravja ter izboljšajo koordinacijo oskrbe.

Področja uspešnosti in kazalniki

Model integrirane oskrbe družbe *Gesundes Kinzigtal* je sestavljen iz štirih ključnih sestavnih delov, katerih namen je izboljšati zdravje prebivalstva in zmanjšati stroške: 1) individualizirani načrti zdravljenja ter dogovori med zdravnikom in bolnikom o doseganju ciljev; 2) samoobvladovanje

bolnika ter sodelovanje zdravnika in bolnika pri odločanju (zdravniki se usposablajo za skupno odločanje; 3) nadaljnja oskrba in vodenje posameznega primera (z jasno določenimi koordinatorji oskrbe); 4) »prava oskrba ob pravem času« (prilagoditve za bolnike, ki potrebujejo nujno oskrbo kljub dolgim čakalnim vrstam za določene storitve).

Stimulativna plačila

Ključne finančne spodbude izvajalcev so povezane s kazalniki uspešnosti, saj izvajalci prejmejo delež dobička družbe na podlagi njihove uspešnosti.

Ena izmed najpomembnejših inovacij spodbude integrirane oskrbe družbe *Gesundes Kinzigtal* je njen finančni model. Dobiček izhaja izključno iz realiziranih prihrankov glede na povprečne stroške oskrbe, ki se nato na podlagi pogodbe o izpogajani delitvi prihrankov deli med družbo za upravljanje zdravstvenega varstva in skladi zdravstvenega zavarovanja. Izvajalci zdravstvenih storitev še vedno prejmejo plačila od z zakonom določenih zdravstvenih zavarovalnic, poleg tega pa prejmejo še plačila za uspešnost družbe *Gesundes Kinzigtal GmbH* za storitve, ki običajno niso vključene, vendar so pomembne za doseganje boljše kakovosti oskrbe. Na podlagi svoje uspešnosti so izvajalci upravičeni do dela dobička družbe, kar je inovativen način usklajevanja interesa izvajalcev zdravstvenega varstva in zdravstvenih zavarovalnic za doseganje učinkovitosti. Dodatna plačila predstavljajo od 10 do 15 % dodatnega dohodka izvajalcev.

Za aktivni vpis bolnikov ni nobenih neposrednih finančnih spodbud. Vključevanje bolnikov temelji na razlagi dodatnih ugodnosti, ki jih prejmejo sodelujoči bolniki, kot je: 1) boljše usklajevanja na vseh področjih; 2) »zdravnik, vreden zaupanja«, ki nudi dodatne storitve vodenja zdravljenja; 3) izvajalci oskrbe, ki so se usposabljali za skupno odločanje; 4) tesnejši odnos zdravnika z bolnikom s pomočjo individualiziranih načrtov zdravljenja; 5) dodatni zdravstveni pregledi v primerjavi z običajno oskrbo; 6) dostop do zdravnika zunaj običajnega delovnega časa; 7) popusti za članstvo v telovadnicah. Ob tem pa lahko bolniki uporabljajo storitve izvajalcev zdravstvenih storitev, ki niso vključeni v ta model, s čimer je ohranjena bolnikova pravica do svobodne izbire.

Viri in tokovi podatkov

Za redno analizo podatkov bolnikov in določitve stroškov visokega tveganja se uporabljajo elektronske kartoteke bolnikov, ki veljajo v celotnem sistemu. Vzpostavljena je bila infrastruktura celovitega poslovnega obveščanja (ki vključuje npr. podatkovno skladišče in spletna poročila s povratnimi informacijami za zdravnike o merjenju uspešnosti), ki omogoča vključevanje in spreminjanje različnih podatkov, kot so podatki o zahtevkih, kartoteke, ki jih posredujejo zdravniki, podatki raziskav itn., za namene upravljanja uspešnosti. Uporablja se skupina kazalnikov (trenutno okoli 30), ki se nenehno razvija za zagotavljanje ustreznih podatkov.

Morebitni uspeh in vrednotenje

Ključni skrbi modela integrirane oskrbe družbe *Gesundes Kinzigtal* sta tvegana izbira in nezadostna oskrba. Vzpostavljeni so bili različni varnostni ukrepi, ki so bili uspešni ne samo pri preprečevanju običajnih tveganjih izbir, ampak tudi pri »obratnem« tveganju izbir, pri čemer je *Gesundes Kinzigtal* najprej izbiral člane z nadpovprečno obolevnostjo in z visokimi stroški. Za ugotovitev morebitne

nezadostne oskrbe je Gesundes Kinzigtal določil precejšen proračun za neodvisno oceno sistema, ki jo je izdelala na novo ustanovljena agencija, EKIV. Ocena vključuje kvaziekperimentalni kontrolirani kohortni poskus, ki primerja uporabo storitev in rezultate zdravljenja med modelom integrirane oskrbe družbe Gesundes Kinzigtal in običajno oskrbo.

Morebitni izziv zadeva vprašanje, ali finančne spodbude, ki jih prejmejo izvajalci, zadostujejo za boljšo učinkovitost, ker ti še vedno večinoma prejemajo plačila po sistemu povračil glede na storitev iz omejenih proračunov; kot že navedeno, dodatna plačila, ki jih izplača Gesundes Kinzigtal GmbH, predstavljajo samo od 10 do 15 % dodatnega dohodka izvajalcev. Prvi finančni rezultati sistema nasprotujejo trditvi, da so nove spodbude prenizke. Leta 2007 je Gesundes Kinzigtal GmbH realiziral povišanje za 3,38 % v splošni prispevni stopnji regije, s čimer so bila presežena vsa pričakovanja. Čeprav realiziranih prihrankov ni mogoče neposredno pripisati kateremu koli sestavnemu delu sistema, je mogoče predvidevati, da je uporaba tehnik, ki se osredotočajo na cilj, individualiziranih načrtov zdravljenja in dodatnih zdravstvenih pregledov »pripomogla k namenjanju več pozornosti zdravju od zdravnika in bolnika, kar je morda vodilo do zmanjšanja stroškov« (Hildebrandt et al., 2010).

Seznam literature

Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter - Reichhelm, M., Siegel, A., Witzenrath, W. (2010) Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care*, 10: 1–14.