

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Dorijan Marušič

Merjenje izidov zdravstvenih storitev

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Dorijan Marušič

Mentor: izr. prof. dr. Andrej Rus

Merjenje izidov zdravstvenih storitev

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

ZAHVALA

gre vsem, ki so mi pomagali in bili udeleženi na poti do zaključka naloge.

Iskreno se zahvaljujem mentorju izr. prof. dr. Andreju Rusu za odločilno podporo pri izdelavi naloge.

Posebno se zahvaljujem izr. prof. dr. Valentini Prevolnik - Rupel za nasvete, pomoč in čas, ki ga je namenjala mojemu delu.

Srčna zahvala gre mojim Alenki, Martini, Marši, Živi in Žani.



IZJAVA O AVTORSTVU

magistrskega dela

Podpisani Dorijan Marušič, z vpisno številko 21019498, sem avtor magistrskega dela z naslovom: Merjenje izidov zdravstvenih storitev.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim

so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;

- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko magistrskega dela ter soglašam z objavo magistrskega dela v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 27. 6. 2016

Podpis avtorja: _____

Merjenje izidov zdravstvenih storitev

Zdravstveni sistemi se spopadajo z iskanjem ravnovesja med naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah in finančno vzdržnostjo zdravstvenega sistema, oblikovanega na realnih potrebah prebivalstva. Ključen pomen pri tem igra sistem upravljanja v zdravstvu, ki sledi spremembam upravljanja celotnega javnega sektorja. Stremenje po učinkovitosti in produktivnosti je vodilo do zamenjave javnega administriranja z novim javnim menedžmentom z usmeritvijo na produkte, procese, avtonomijo in uporabnika. Ob teh spremembah je v zdravstvu primarna usmeritev na neposredno izboljšanje zdravja in odzivnost zdravstvenega sistema s postavitvijo državljana v središče sistema ter usmeritvijo na izide in izhode obravnave. Vložke in izide sistema je potrebno sproti meriti, vrednotiti z vidika učinkovitosti, uspešnosti, kakovosti in varnosti ter aktivnosti, glede na izide, ustrezno prilagajati. Dobro merljiv izid zdravstvene obravnave je z zdravjem povezana kakovost življenja posameznika, ki zahteva dobro presojo obolevnosti in preostale dolžine življenja. Pri merjenju kakovosti življenja, povezane z zdravjem, se vedno bolj uporablja subjektivno merjenje kakovosti življenja. Subjektivna ocena zdravstvenega stanja zaobide pristranskost zunanjega ocenjevalca, omogoča merjenje vpliva zdravljenja na celotno zdravstveno komponento kakovosti življenja in ni nujno manj informativna kot klinična slika fizične prizadetosti. Bolniki znajo pravilno oceniti svojo fizično prizadetost, hkrati pa večjo težo pri oceni dajejo manj otipljivim dejavnikom zdravja, kot sta tudi duševno stanje in vitalnost. Zdravniki, ki jim je dobro poznan običajen potek bolezni, po drugi strani navadno ne znajo celovito oceniti kakovosti življenja posameznika in se osredotočajo bolj na fizično manifestacijo bolezni. Danes razvite mere prikazujejo umrljivost in obolevnost posameznika v obliki indeksa, torej ene same številke. V Evropi, pa tudi v Sloveniji se je kot mera izidov, ki vključuje dolžino življenja in kakovost življenja, najbolj uveljavila mera pridobljenih kakovostnih let življenja oz. QALY. Eden najbolj uveljavljenih instrumentov, ki omogoča izračun QALY-jev, pa je EQ-5D. V Veliki Britaniji je sistemsko vgrajen v procese izboljševanja zdravstvene oskrbe kot podpora izvajalcem pri izvajanju zdravstvene oskrbe, ocenjevanja in primerjava kakovosti izvajalcev ter zagotavljanja podatkov za ocenjevanje kliničnih praks in zdravstvene politike. Na nacionalnem nivoju je bil vprašalnik EQ-5D prvič uporabljen na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v okviru Nacionalnega razpisa v letu 2010 za merjenje kakovosti življenja pacientov pri štirih kirurških posegih. Nacionalni razpis za operacije endoproteze kolka, kile, krčnih žil in karpalnega kanala je bil vpeljan kot mehanizem zniževanja cen, merjenja izidov ter učinkovitosti izvedenih zdravstvenih storitev. Primerjava rezultatov subjektivno izmerjenih izidov pri elektivnih posegih omogoča plačniku potencialno naročanje zdravstvenih storitev pri najbolj učinkovitih izvajalcih, pacientu pa pomoč pri odločitvah o izbiri izvajalca. V nalogi smo pokazali, da je generični instrument EQ-5D primeren in uporaben instrument za merjenje izidov zdravstvenih storitev v kombinaciji z drugimi bolezensko specifičnimi in objektivnimi kazalniki.

Ključne besede: novi javni menedžment, izid zdravstvene obravnave, z zdravjem povezana kakovost življenja, EQ-5D, nacionalni razpis.

Measuring the outcomes of health care services

The main challenge of health care systems is balancing increasing health care needs and financial sustainability of health care systems based on real needs of the population. In order to achieve an efficient health care system, measurement of inputs and outcomes of the system and its evaluation in terms of efficiency, effectiveness, quality and safety is necessary. An ever more popular measures used are health related quality of life measures, which require evaluation of morbidity and length of life. When measuring health related quality of life, measurement of subjective quality of life can be used. Subjective health valuation bypasses the bias of the external evaluator, enables measurement of the impact of treatment on overall health related quality of life and is not necessarily less informative than clinical picture of physical impairments. Patients are able to correctly assess their physical disability, while greater importance is given to less tangible determinants of health, such as mental state and vitality. Physicians are well aware on the natural course of the disease and thus focus more on the physical manifestation of the disease; on the other hand, they do not know how to evaluate the overall quality of life of individuals. Modern measures can express mortality and morbidity in a single number. In Europe including Slovenia the most established outcome measure is QALY. Most used instrument in order to obtain health states valuations is EQ-5D instrument. In United Kingdom it is built into the process of improving the health care system as a support to the clinician in the delivery of care, evaluation and benchmarking of providers' quality and in the provision of data for the evaluation of clinical practice and health policy. In Slovenia, at the national level, EQ-5D was for the first time used at the Health Insurance Institute of Slovenia for the National tender in 2010 to measure the quality of life of patients in four elective surgery procedures. National tender for hip replacement, hernia, varicose veins and carpal tunnel release was basically established as a mechanism for price reductions, but was also used as pilot project for measuring outcomes in health care services provided. Benchmarking of the outcomes across providers could potentially allow the payer to purchase health care services at the most efficient provider. In this thesis we proved that EQ-5D instrument coupled with diseases specific and objective indices is appropriate and useful instrument for measuring the outcomes of health care services.

Key words: New Public Management, Health related quality of life, Outcome measurement, EQ-5D, national tender.

KAZALO

1	Teoretični uvod	11
1.1	Novi javni menedžment	12
1.1.1	Zgodovina NJM.....	12
1.1.2	Opredelitev NJM	13
1.1.3	NJM reforme	15
1.1.4	Saturacija NJM.....	17
1.2	Javni menedžment v zdravstvu - upravljanje sistema zdravstvenega varstva.....	18
1.2.1	Država kot skrbnik sistema zdravstvenega varstva.....	19
1.2.2	Javni zdravstveni menedžment.....	27
1.2.3	Procesi in standardizacija	30
1.2.4	Odnos med pacientom in izvajalcem v sistemih zdravstvenega varstva.....	31
1.2.5	Usmeritev na izide zdravstvenih storitev	34
1.2.6	Sklep.....	36
2	Značilnosti zdravstvenega sistema Slovenije.....	38
3	Merjenje zdravstvenih izidov: pregled in analiza metod	42
3.1	Vrednotenje zdravstvenih tehnologij	43
3.2	Pregled določanja pravic po državah EU	45
3.3	Merjenje izidov zdravstvenih storitev	47
3.4	Subjektivne mere kakovosti življenj	49
3.4.1	Subjektivno merjenje kakovosti življenja	50
3.4.2	Metoda merjenja preference	54
3.4.3	Preference v ekonomski analizi.....	55
3.4.4	Preferenčni sistemi in instrumenti.....	57
3.4.5	Generične in bolezensko specifične mere kvalitete življenja in njihova uporaba	

3.4.6	Generični standardiziran instrument za merjenje zdravstvenih rezultatov EQ-5D 60	
3.4.7	Uporaba v Sloveniji.....	67
3.5	Poročanje izidov s strani pacientov	70
3.6	Poročanje izkušnje s strani pacientov.....	75
4	Poročanje izidov s strani pacientov: študij primerov Velike Britanije in Slovenije	76
4.1	PROM v Angliji	76
4.1.1	Rezultati PROM na nacionalni ravni v Angliji	77
4.1.2	Rezultati PROM na ravni izvajalcev v Angliji.....	79
4.1.3	Uporabnost PROM v Angliji.....	80
4.2	PROM v Sloveniji	81
4.2.1	Nacionalni razpis 2010.....	82
5	Zaključek - potencialna uporaba v Sloveniji in vzpostavitev datoteke.....	96
6	Literatura.....	99
7	Priloge.....	116

KAZALO TABEL

Tabela 3.1	Glavne informacije pridobljene iz splošnih in za določene bolezni specifičnih vprašalnikov.	72
Tabela 4.1	Kazalniki kakovosti.....	83
Tabela 4.2	Ocena zdravstvenega stanja po VAS lestvici pred operacijo po štirih programih in po izvajalcih.	85
Tabela 4.3	Ocena zdravstvenega stanja po VAS lestvici po štirih programih in po izvajalcih.	86
Tabela 4.4	Razlika v oceni zdravstvenega stanja po VAS lestvici po in pred operacijo po štirih programih in po izvajalcih.....	89
Tabela 4.5	Število bolnikov in razlika v oceni zdravstvenega stanja po VAS lestvici po in pred operacijo po štirih programih in po izvajalcih.	90

KAZALO SLIK

Slika 4.1 Rezultati operacij kolka. EQ-5D, EuroQol 5 dimenzionalni vprašalnik.....	92
Slika 4.2 Primerjava povprečnega povečanja zdravja med sedanjo in predvideno "najboljšim" rezultatom. EQ-5D, EuroQol 5 dimenzionalni vprašalnik.	94

Uporabljene kratice

AVVS	-	Abeerden vprašalnik za oceno stanja krčnih žil (<i>Aberdeen Varicose Vein Score</i>)
BDP	-	Bruto domači proizvod
CEED	-	Centralno evropske in vzhodne države
DALY	-	Izgubljena leta življenja zaradi bolezni, invalidnosti ali prezgodnje smrti (<i>ang. Disability Adjusted Life Years</i>)
DZZ	-	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EQ5D	-	EQ-5D generični vprašalnik zdravstvenih stanj
EU	-	Evropska unija
EUnetHTA	-	Evropska mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (<i>European Network for Health Technology Assessment</i>)
G-BA	-	Nemška zvezna komisija (<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>)
HALE	-	Zdrava pričakovana življenjska doba (<i>Healthy Life Expectancy</i>)
HRQOL	-	Z zdravjem povezana kakovost življenja (<i>Health-Related Quality Of Life</i>)
HUI	-	Kazalnik koristnosti zdravja (<i>Health Utility Index</i>)
IER	-	Inštitut za ekonomska raziskovanja
NHS	-	Nacionalni zdravstveni sistem (<i>National Health System</i>)
NICE	-	Nacionalni inštitut za odličnost v zdravstvu in oskrbi v Angliji (<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
NIJZ	-	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NJM	-	Novi javni menedžment (<i>New Public Management</i>)
NJU	-	Novo javno upravljanje (<i>New Public Governance</i>)
OB	-	Ortopedska bolnišnica
OHIP	-	Zdravstveni profil oralnega zdravja (<i>Oral Health Impact Profile</i>)
OHS	-	Oxford vprašalnik za oceno stanja kolka (<i>Oxford Hip Score</i>)
OKS	-	Oxford vprašalnik za oceno stanja kolena (<i>Oxford Knee Score</i>)
OZZ	-	Obvezno zdravstveno zavarovanje
PPP\$	-	Pariteta kupne moči
PREM	-	Poročanje izkušenj s strani pacientov (<i>Patient Reported Experience Measures</i>)
PROM	-	Poročanje izidov s strani pacientov (<i>Patient Reported Outcomes Measures</i>)
QALY	-	Leta življenja utežena s kakovostjo življenja (<i>Quality Adjusted Life Years</i>)
QWB-SA	-	Kakovost blagostanja (<i>Quality of Wellbeing</i>)
SB	-	Splošna bolnišnica
SKA	-	SKA
SPC	-	Statistična kontrola procesov (<i>Statistical Process Control</i>)
SZO	-	Svetovna zdravstvena organizacija
TQM	-	Menedžment celovite kakovosti (<i>Total Quality Management</i>)
TTO	-	Metoda časovne izmenjave (<i>ang. Time Trade-Off</i>)
USD	-	Ameriški dolar
VAS	-	Ocenjevalna lestvica (<i>Visual Analogue Scale</i>)
VZT	-	Vrednotenje zdravstvenih tehnologij
ZDA	-	Združene države Amerike
ZZKVD	-	Zdravstveni zavod za kardiovaskularno dejavnost
ZZZS	-	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 Teoretični uvod

Vsi zdravstveni sistemi se soočajo z iskanjem ravnovesja med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah. Slednje so posledica demografskih gibanj oz. spreminjajoče se starostne strukture prebivalstva, spreminjajoče se epidemiologije, ki zahteva dolgotrajno obravnavo kroničnih obolenj, hitrega razvoja novih zdravstvenih tehnologij, globalizacije, ki na eni strani prinaša informacije in večjo osveščenost ter zavedanje prebivalstva o možnostih zdravljenja, na drugi strani pa povezanost in večji pretok obolenj, ter nazadnje tudi klimatskih sprememb, ki spreminjajo vzorce obolevnosti prebivalstva. Stabilnost zdravstvenega sistema ne pomeni le vzdrževanja doseženega stanja in njegovega financiranja iz obstoječih finančnih sredstev, pač pa predstavlja celovit pristop s sledenjem razvoja zdravstvenega sistema na mednarodni ravni, sprotno implementacijo novih tehnologij v zdravstveni sistem za zagotavljanje dostopnosti in konkurenčnosti sistema v okviru razpoložljivih finančnih sredstev. Zaradi svoje kompleksnosti in velikosti so zdravstveni sistemi podvrženi stalnim spremembam in reformam pri iskanju celovite vzdržnosti sistema. Zdravstveni sistemi so nenehno razvijajoča se mreža, oblikujejo pa se glede na realne potrebe prebivalstva. Pri tem je potrebno vložke in izide sistema sprotno meriti, jih vrednotiti z vidika učinkovitosti, uspešnosti, kakovosti in varnosti ter jih glede na rezultate ustrezno prilagajati (OECD 2010).

V današnjem gospodarstvu storitve dosegajo že dve tretjini celotne proizvodnje, merjenje cen in količin proizvedenih storitev pa je precej težje in v večji meri nedorečeno kot takrat, ko merimo cene ter količine proizvedenega blaga. Današnja statistika, ki meri storitve v zdravstvu, za izmero večinoma uporablja, oziroma meri, vložke (inpute), ki jih v proizvodnjo storitev v zdravstvu vložimo in se ne osredotoča na izide zdravstvenih storitev. (OECD 2010) S tem statistika ne zajame niti sprememb v produktivnosti in učinkovitosti, niti kvalitativnih sprememb v proizvedenih oziroma ponujenih storitvah. Takšno razmišljanje pripelje do dejstva, da bi bila, v primeru pozitivnih sprememb v produktivnosti, gospodarska rast zaradi zajema inputov podcenjena (Stiglitz in drugi 2010).

Prehod od vložkov k izidom zdravstvenih obravnav predstavlja prehod k spremljanju učinkov zdravljenja kot osnove spremljanja učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenega sistema. Prav iskanje in vzpostavljanje razmerja med učinkovitostjo in produktivnostjo ter kvaliteto in varnostjo predstavlja pomemben del reformnih procesov v zdravstvenih sistemih.

Večja vloga državljanov in postavitev pacienta v središče zdravstvenega sistema je vzpostavila potrebo po kazalnikih uspešnosti, ki vključujejo tudi subjektivno oceno kvalitete življenja posameznika. Zdravstvena storitev presega samo zdravljenje, usmerja se na vračanje kvalitetnega življenja posameznika. Celostna zdravstvena reforma mora odgovoriti na vprašanja kaj, kdo in kako bo usmerjal zdravstveni sistem. K reformi pristopimo takrat, kadar se v družbi zgodijo številne spremembe, ki spremenijo osnovne pogoje delovanja sistema in so lahko demografske, socialne, ekonomske, tehnološke ter kulturne. Zdravje posameznika in celotne družbe je namreč zastavljeno široko ter še zdaleč ni le posledica delovanja sektorja zdravstvenega sistema, ampak celotnega javnega in dela zasebnega sektorja. Kot zelo pomembnem del javnega sistema, tudi zdravstveni sistemi sledijo spremembam pri upravljanju javnega sektorja.

1.1 Novi javni menedžment

Več kot dve desetletji je minilo od prve objave Christopherja Hooda, ki je po britanskih izkušnjah povzel vrsto pristopov, ciljev in ukrepov na področju modernizacije javnega sektorja. Teoretično in sistematično je bistvo novega javnega menedžmenta (NJM, *ang. New Public Management*) povzel v sedmih točkah: usmeritev na profesionalni menedžment, uvedba standardov in merjenja uspešnosti, izhodna kontrola, decentralizacija, konkurenca, poslovne metode dela in ekonomična poraba virov (Hood 1991). Reforme so tako po Hoodu leta 1991 prvič dobile splošno oznako pod imenom NJM.

1.1.1 Zgodovina NJM

NJM ima svojo zgodovino v razvoju ekonomske teorije. Leta 1970 so konservativni ekonomisti trdili, da sta vlada in njena uprava ekonomski problem, ki omejuje ekonomsko rast in svobodo. Teoretiki so trdili, da bi manj uprave povečalo blaginjo z dosegom ekonomske učinkovitosti. Z vlado, mnogimi političnimi svetovalci in ekonomisti so države pričele upoštevati neoklasične predloge in v upravo počasi vpeljevati več trga v zagotavljanju dobrin. Na nadaljnji potek dogodkov je pomembno vplivala teorija javne izbire, v kateri so teoretiki videli orožje, s katerim bi se vlade lahko borile proti preobsežni in neučinkoviti birokraciji. Teoretiki javne izbire so poudarjali, da je najboljši rezultat tisti, ki vsebuje maksimalno vlogo tržne sile in minimalno vlogo vlade. Javna izbira je prinesla alternativo, ki bi spodbudila in dovolila tekmovalnost v javnem sektorju ter v največji možni meri prenesla aktivnosti na privatni sektor. Teoretiki nove institucionalne ekonomije, posebno javne izbire, so osnovali ideološke osnove za mnoge ekonomske in tržne rešitve, ki bi nudile nekaj intelektualne

koherence tako z zoževanjem javnih storitev kot tudi s prestrukturiranjem v menedžmentu (Hughes 2003: 10–13).

Prvotno se je NJM uveljavil v ZDA, Novi Zelandiji, Avstraliji in se preko Velike Britanije razširil v evropski prostor (Nizozemska, Nemčija, Francija, Švica, Švedska). O reformah v smislu NJM lahko govorimo šele od konca sedemdesetih in začetka osemdesetih let dalje. V začetku leta 1990 se je novi model javnega sektorskega menedžmenta razmahnil v najrazvitejših državah in v mnogih, ki so se še razvijale. V začetku je dobil novi model mnogo imen, danes ga večina literature opisuje kot NJM (Hughes 2003, 4–5).

Prva formulacija NJM je bila oblikovana v OECD leta 1991, ko naj bi bile v več kot polovici držav članic EU reforme ključne osnovane na NJM. OECD leta 1991 v poročilu navaja, da je večina držav sledila dvema širokima potema. Po eni poti so države vse več pozornosti posvečale izboljšanju ravnanja s človeškim viri, skrbi za razvoj in kvalitete javnih organizacij z rabo menedžmenta, tehnologij, povratnih informacij uporabnikov ter vključevanjem osebja v proces odločanja. Po drugi poti pa so se države naslanjale na zasebni sektor, izpostavljale odnose s strankami, organizacije so želele ustvariti učinkovit, konkurenčen, odprt sistem, pogodbeno so sodelovale z organizacijami v zasebnem sektorju, kar je posledično naznanjalo konec monopola javne uprave (Hughes 2003, 51).

1.1.2 Opredelitev NJM

NJM se je pojavil kot odziv na nezadovoljiv tradicionalni model in je bil enako revolucionaren, kot je bil Webrov model birokracije v devetnajstem stoletju. NJM je predstavljal odmik od klasične birokracije, javne organizacije so se oblikovale v fleksibilnejše forme, jasneje so bili načrtani cilji organizacij in človeških virov, merjenje dosežkov je bilo omogočeno skozi kazalnike uspešnosti izvedbe. Vpeljano je bilo več sistematičnega vrednotenja programov in seveda več vrednotenja doseganja ciljev vlade. Poudarjalo se je geslo »bolj vodenje kot veslanje«, uveljavljal se je za trend zmanjševanja upravne funkcije skozi privatizacijo in pogodbeni menedžment (Hughes 2003, 45).

Definicije NJM imajo več smeri oziroma modelov. Tako poznamo:

- neotaylorizem z vpeljevanjem racionalnih metod dela v javni sektor,
- prenos poslovno usmerjenih podjetniških praks in tehnik v javni sektor,
- NJM kot sredstvo za transformacijo birokratske, paternalistične in demokratično pasivne vlade v učinkovito, odzivno in uporabniško oblast (Farnham in Horton v Ferfila in Kovač 2000).

Z definicijo NJM se je ukvarjalo več strokovnjakov, zato obstajajo različne definicije. Pojem NJM označuje koncept, ki vpeljuje v upravljanje javnega sektorja pozitivne prvine iz upravljanja in delovanja zasebnega sektorja. Nanašajo se predvsem na ekonomijo in ekonomiko poslovanja, pristope ter metodologijo upravljanja in vodenja, delovne metode in tehnike, organizacijske oblike, podjetniški način razmišljanja in delovanja. NJM poudarja tudi usmerjenost k ljudem, uporabnikom in zaposlenim. Iz načel delovanja zasebnega sektorja vpeljuje opredelitev poslanstva organizacije, strategije njenega delovanja, opredelitev izdelkov oziroma storitev, ki jih organizacija zagotavlja, ustrezno organiziranost za njihovo zagotavljanje, uvajanje novih načinov in metod dela, podjetniško razmišljanje zaposlenih, prizadeva si za graditev nove organizacijske kulture. Uvajanje načel NJM se navezuje na novo sodobno organizacijo delovnih procesov, opredelitev in razmejitve odgovornosti ter pristojnosti, predvsem opredelitev odgovornosti za rezultate, povečevanje avtonomije organizacije in posameznikov, ploščenje organizacijske strukture (Žurga 2001:49).

Hood je pisal, da se javni menedžment nahaja med generičnim menedžmentom (komercialni, privatni sektor) in med tradicionalnimi problemi javne administracije. Clarke in Newman sta zapisala, da govorimo o novi upravljavski državi, kjer hočemo locirati menedžment kot kulturno obliko in ideologijo ter prakso kot nujno politično ureditev (Pollitt in Bouckaert 2004: 16–17).

Med vsemi opredelitvami sta Osborn in Gaebler (1992) podala najbolj univerzalno in vsesplošno opredelitev NJM. V svojem delu z naslovom *Reinventing Government* sta povzela dobre prakse iz ZDA, podala možnosti za prenovo vladnega sektorja in NJM opredelila v desetih načelih. Njune prakse temeljijo na vlogi države kot subjekta, ki zagotavlja javne storitve, jih pa ne nujno tudi izvaja. Načela, ki sta jih navedla, so naslednja: usmerjenost k uporabnikom, konkurenčnost, usmerjanje namesto izvajanja, poslanstvo in strateški menedžment, naravnost k rezultatom oz. uspešnost in učinkovitost dela, ekonomičnost, avtonomnost in delegiranje, decentralizacija, preventivno in proaktivno delovanje ter tržni mehanizmi (Brezovšek 2004: 179).

Svojo formulacijo sta dodala tudi Holmes in Stand (Hughes 2003: 51–52), ki sta paradigmo menedžmenta opisovala kot dober menedžerski pristop, v katerem sta poudarjala: večjo strateško orientiranost in usmerjenost k rezultatom, zamenjavo centraliziranega, hierarhičnega modela z decentraliziranim menedžmentom, fleksibilnost uprave, poudarek na pooblašcanju in odgovornosti, pogodbeni menedžment, tekmovalno okolje, večjo odgovornost

in transparentnost na rezultatih, storitveni proračun in menedžerski sistem, ki podpira te spremembe.

V skrajni obliki bi lahko povzeli, da NJM sloni na tezi, da uveljavitev tehnik menedžmenta zasebnega sektorja nad tehnikami javne administracije avtomatično vodi k izboljšanju učinkovitosti in uspešnosti storitev (Thatcher 1995).

Ključne elemente obdobja NJM je mogoče povzeti kot:

- usmeritev na izkušnje menedžmenta zasebnega sektorja,
- nadgrajevanja strokovnosti mikro-menedžmenta in implementacije takšnih ukrepov politike, ki so organizacijsko distancirane od same politike,
- na večjem poudarku na podjetniškem vodenju v javnih službah, usmeritev na kontrolo, vrednotenje ter samo upravljanje uspešnosti na podlagi ocenjevanja vhodnih in izhodnih elementov,
- razčlenitev javnih storitev na osnovne enote in osredotočanje na obvladovanje njihovih stroškov ter
- rast uporabe trgov, konkurence in pogodb za dodelitev sredstev ter zagotavljanje storitev v okviru javnih storitev.

Pečar (1995, 129) kot jedro koncepta NJM vidi ukrepe, ki stremijo k razvijanju tekmovalnosti, razdruževanju prevelikih upravnih birokracij (ustanavljanje t. i. izvršnih agencij) in spodbujanju večje produktivnosti na podlagi merjena učinkovitosti. Pečar (1995, 129) navaja tri značilnosti NJM. Prva značilnost je tekmovalnost, kjer našteva javne natečaje, ločitev strateške in izvajalske funkcije, pogodbe, financiranje glede na število porabnikov ter nadzor. Druga značilnost je razdruževalnost, kamor umešča korporatizacije, pojav polvladnih, mikro lokalnih in izvršnih agencij, drobljenje privatiziranih industrij, merjenje učinkovitosti, standarde uspešnosti in deprofesionalizacijo. Kot tretjo značilnost navaja spodbujanje večje storilnosti, ki zajema privatizacijo lastništva, spremembe zakonodaje, vključevanje trga kapitala, razvoj tehnologij, vrednotenje in podjetniško upravljanje lastnine, fleksibilnejše nagrajevanje, variabilni delež in plače.

1.1.3 NJM reforme

NJM prinaša nove načine upravljanja javnega sektorja. Naschold (v Brezovšek 2004, 180) navaja naslednje načine: produktna organizacija s procesno verigo namesto funkcionalne delitve dela, pogodbeni menedžment in avtonomija namesto hierarhije, naravnost k

uporabnikom namesto prevlade ponudnika ter strateški menedžment kot dopolnilo vladavini prava in pravil.

Skupne točke reform NJM so identični temeljni vzroki za reforme, ki se nanašajo na finančno krizo ter evropsko integracijo. Vsa reformna prizadevanja so imela močno politično podporo, posamezni ukrepi in programi so bili medsebojno povezani in so se stalno nadgrajevali. Zadnja tri desetletja je NJM v nenehnem vzponu. Vendar pa se odpirajo tudi vprašanja, konkretno povezana z modernizacijo javnega sektorja, in sicer ugotavljanje potreb po spremembah meja reform. Vprašanja so povezana predvsem s stopnjo, do katere so reforme potrebne, in kdaj gre pri reformiranju le še za uveljavljanje posameznih ekonomskih interesov močnih posameznikov. Pomembno pa bo tudi razmisliti o povezavi prestrukturiranja in ukrepov politike upravljanja kadrovskih virov ter stopnji potrebne decentralizacije.

Ferlie, Pettigrew, Ashburner in Fitzgerald (v Žurga 2001, 53–57) navajajo tipologijo vsaj štirih modelov NJM: model učinkovitosti, decentralizacije, iskanja odličnosti ter usmeritve k javnim storitvam in službi javne koristi. Za model učinkovitosti je značilen povečan finančni nadzor ter jasno določanje ciljev in centralen nadzor nad njihovim izvajanjem, merjenje učinkovitosti, tako finančne kot strokovne. Za model je značilno tudi določanje standardov, poudarek pa je predvsem na odzivnosti na zahteve uporabnikov. Pri tem modelu gre za deregulacijo delovnega trga ter prenos moči s stroke na menedžment. Model decentralizacije izhaja iz opažanja, da se je trend širjenja organizacij in njihove hierarhične strukture do leta 1975 preusmeril v obratno smer, kar vodi k ploščenju organizacijske piramide, decentralizaciji strateškega in proračunskega odločanja, povečanemu sklepanju pogodb izven organizacije in k ločitvi majhnega strateškega jedra in večje izvajalske periferije s ciljem večje organizacijske fleksibilnosti. Model iskanja odličnosti poudarja vpliv medčloveških odnosov in organizacijske kulture, zavrača pa strogi racionalizem. Odličnost v javnem sektorju pomeni težnjo po zmanjševanju birokratske neučinkovitosti, oblikovanje vizije in ciljev, upoštevanje uporabnikov, zmanjševanje proračunov brez slabšanja kvalitete in inovativnosti. Model usmeritve k javnim storitvam in službi javni koristi se pojavlja od konca osemdesetih let, začetka devetdesetih let in je še najmanj razvit. Ta model poudarja združevanje (a ne poenotenje) razvojnih idej javnega in privatnega sektorja, poudarjajoč kombinacijo poslanstva javnih služb ter uspešnega privatnega menedžmenta. Močan poudarek daje odgovornosti javnega sektorja do uporabnikov. Model poudarja skrb za kvaliteto storitev, vključitev uporabnikovih zahtev in vrednot v proces upravljanja. Preferira izvoljene predstavnike pred imenovanimi. Model je

skeptičen glede uvedbe trgov v javni sektor in bolj poudarja skrb za javno dobro pred rutiniranim delom. Model predvideva soupravljanje uporabnikov ter odgovornost javne uprave do uporabnikov.

Koncept NJM ima podlago v modernih organizacijskih pristopih, od katerih ima najpomembnejšo vlogo celovito obvladovanje kakovosti. V organizacijah, tako zasebnih kot javnih, je eno izmed najzahtevnejših opravil odločanje. Menedžer je nenehno razpet med dobrimi in slabimi odločitvami, ki jih sprejema, posledice pa so tiste, na osnovi katerih lahko presoja kakovost odločitev. Da bi menedžer sprejemal čim boljše odločitve, je potrebno obširno menedžersko znanje, tim sodelavcev in poznavanje sodobnih metod za večjo učinkovitost menedžmenta. Pečar (2001, 25) navaja nekaj sodobnih metod za večjo učinkovitost menedžmenta:

- menedžment celovite kakovosti (ang. *Total Quality Management* – TQM),
- statistična kontrola procesov (ang. *Statistical Process Control* – SPC),
- zgledovanje »bench marking« (sistematična primerjava internih in eksternih kazalcev in informacij o poslovanju in delovanju procesov),
- menedžment uspešnosti izvedbe (ang. *Performance Management*),
- prenova/izboljšanje procesov (ang. *Process Reengineering – Inovation and Improvement*).

Vse te metode so med seboj tesno povezane. Pretežno so v funkciji razvoja kakovosti in omogočajo uporabo na področju javne uprave. Bistvo njihove vsebine je v analitičnem proučevanju in stalnem izobraževanju procesov, ki morajo biti usklajeni tudi z zahtevami uporabnikov (Pečar 2001, 25). Seveda pa so za proučevanje in izboljšanje organizacijskega delovanja v javni upravi potrebni tudi celoviti in na relevantnih meritvah temelječi sistemi podatkov ter informacij. Prav tako je potrebno izboljšave prilagoditi zahtevam uporabnikov in obenem primerno usposobiti nove javne menedžerje, ki se bodo odločali na osnovi predhodnih analiz in ne bodo odvisni od politične moči odločevalcev (Pečar 2001, 25).

1.1.4 Saturacija NJM

V literaturi lahko najdemo tako zagovornike (Hughes 2002) kot kritike (Flynn 2002) NJM. Tako slednji izpostavljajo, da NJM ni osamljen fenomen ali paradigma, ampak preprost preplet različnih ukrepov (Ferlie et al. 1996) in zelo omejen v možnem vplivu zaradi pomanjkanja prave teoretične osnove ter konceptualne strogosti (Frederickson in Smith 2003). NJM je geografsko omejena na anglo-ameriški, avstralski in delno skandinavski predel (Kickert 1997), pri čemer se tudi britanski in ameriški med seboj zelo razlikujeta (Borins

2002). Najostrejšje kritike NJM so bile usmerjene na primarno usmeritev v vlade in preprosto uporabo zastarelih tehnik privatnega sektorja ob pomanjkanju trdih dokazov o njihovi uporabnosti (Metcalf in Richards 1991). V kontekstu naraščajoče pluralnosti in v pluralnem svetu je bil NJM prepoznan kot omejujoč in premočrten v prispevku k vodenju in upravljanju javnih storitev, organizacij in javnih služb, ne glede na pozicijo v javnem, zasebnem ali prostovoljskem sektorju (Rhodes 1997).

Nasprotno pa je NJM uspel natančno poudariti kompleksnost črne skrinjice, čeprav s provokativno usmeritvijo v proces javne politike kot konteksta, znotraj katerega poteka bistvena naloga javnega upravljanja. V svoji najbolj skrajni obliki, je NJM celo podvomil v legitimnost javne politike v kontekstu javne uprave preko vzpostavljanja nerazumnih demokratičnih omejitev v sistem upravljanja in zagotavljanja javnih storitev (Meier 1997).

NJM pravzaprav predstavlja obdobje, prehod med statičnim, birokratskim obdobjem javne administracije in razvojno, embrionalno ter tradicionalno pluralnim novim javnim upravljanjem (NJU, *New Public Governance*). Danes je potreben premik od dihotomije, administriranja proti menežeriranju, k celovitemu in integriranemu pristopu. NJU predpostavlja pluralno državo, kjer številni soodvisni akterji prispevajo k zagotavljanju javnih storitev in pluralistično državo z vgrajenimi procesi oblikovanja javnih politik. Neo-korporativistični NJU sloni na teoriji organizacijske sociologije in mreženja. Usmerjen je na oblikovanje povezav in odnosov med organizacijami, relacijski kapital in relacijske pogodbe, zaupanje, soodvisnost dogovorjeni razmerij, upravljanje s procesi ter učinkovitost storitev in rezultatov (Osborne 2006).

1.2 Javni menedžment v zdravstvu - upravljanje sistema zdravstvenega varstva

Zdravje je eden najpomembnejših delov tako blaginje posameznika kot nacionalne blaginje. Zdravstveni sistemi imajo pomembno vlogo pri realizaciji realnih zdravstvenih potreb državljanov. V večinskem delu so zdravstveni sistemi javni, tako v lastniškem, finančnem in izvedbenem. V večini držav državljani predajo celoten sistem zdravstvenega varstva v skrbništvo državi, od nje pa pričakujejo varne, kakovostne in učinkovito izvedene storitve. Države stremijo k stalnem nadgrajevanju in reformiranju sistema za njegovo dolgoročno vzdržnost. V zdravstvenih sistemih so reforme usmerjene na primarne in sekundarne. Prve so usmerjene neposredno na izboljšanje zdravja in odzivnost zdravstvenega sistema, pri drugih pa gre za politične oziroma vladne reforme glede vloge države, lokalne samouprave, javnega

sektorja, pravic državljanov, razmerja med centralizacijo oziroma decentralizacijo, trga delovne sile, sistema izobraževanja in kompetitivnosti.

Že davnega leta 1985 je Harisson zapisal, da naj se navkljub dejstvu o potencialno neomejenem povpraševanju po zdravstvenih storitvah ob zanesljivo omejenih razpoložljivih virih, namesto soočenja z uvajanjem sprememb obnašanja, raje usmerjamo na iskanje rešitev v organizacijskih spremembah. Ta strategija je v zadnjih petih letih, skupaj s poglobljanjem gospodarske recesije, pripeljala le do specifičnih poskusov obvladovanja ali zniževanja zadrževanja rasti stroškov zdravstvenih storitev, zlasti preko iskanja načinov, da se opredeli, izmeri in izboljša učinkovitost zdravstvenih organizacij (Long 1985).

1.2.1 Država kot skrbnik sistema zdravstvenega varstva

Države razvitega dela so povečale skrb za zdravje državljanov in organizacijo zdravstvenega varstva že ob zaključku devetnajstega stoletja. Ob omejeni družbeni proizvodnji pa so bili državni ukrepi v zdravstvenem varstvu ekonomsko in strokovno skromni. Zdravstvene storitve so bile prepuščene pogodbi med povpraševalcem in izvajalcem storitve, torej bolnikom in zdravnikom. Slednji so po lastni presoji vnašali korektive pri plačilu storitev, revnejšim so lahko zaračunavali manj.

V času gospodarskega razcveta v drugi polovici prejšnjega stoletja so nastali sistemi socialne varnosti. Ob potekajoči institucionalizaciji, industrializaciji, rasti zaposlovanja ter spreminjanju relacij med posameznikom in državo so se pričeli uvajati sistemi javnega zdravstvenega zavarovanja. V večini evropskih držav lahko univerzalno pokritost izpostavimo kot glavno zdravstveno reformo dvajsetega stoletja, ki je bila rezultat družbenih gibanj, ki so zahtevala dostop do osnovnih človekovih pravic. Pravice do zdravja, izobraževanja, pokojnin naj bi se zagotovile v okviru javnih sredstev preko socialnih prispevkov. Opozoriti je potrebno, da so obstajale pomembne razlike med evropskimi državami v univerzalni zdravstveni pokritosti, vendar se je prvič v zgodovini človeštva zagotovila dostopnost do enake ravni zdravstvenih storitev za vse ljudi kot osnovna pravica, uveljavljen je bil torej princip solidarnosti. Od začetka 20. stoletja je bil proces univerzalne zdravstvene pokritosti najprej usmerjen na rast deleža pokritja prebivalstva, nato širitev košarice pravic in omejevanje neposrednih plačil bolnikov v obliki plačil iz žepa. Vzpostavljeni zdravstveni sistemi so v povojnem obdobju dobro delovali, zagotavljali enakost v dostopnosti za dokaj širok nabor zdravstvenih pravic ob sprejemljivih javnih izdatkih ter prispevali k gospodarski rasti in socialni stabilnosti. Navkljub doseženemu, se tudi danes odpirajo razprave predvsem v smislu vzdržnosti univerzalnih zdravstvenih sistemov, čeprav je glavni poudarek predvsem na

naraščajočih zahtevah in ne v padcu davčnih prihodkov, kot bi bil na primer dvig deleža nacionalnega prihodka, saj je dodatna obdavčitev zgornjega procenta najbogatejših vse težja (Oxfam 2016).

Javni izdatki so sledili potrebam socialne družbe in zelo hitro naraščali, vendar jih je kriza sredine sedemdesetih let z naraščajočo brezposelnostjo, upokojevanjem in upadanjem rojstev zaustavila. Države so vse težje vzdrževale socialno blaginjo v okviru javnih sredstev. Po letu 1980 se je razprava preobrnila v razpravo v zagotavljanje vzdržnosti države blaginje in potrebo po proračunski stabilnosti ter strogem nadzoru porabe. V ZDA in Veliki Britaniji se je pod vladavino Ronald Reagana in Margaret Thatcher razmahnila ideja prostega trga, kar je zelo omejilo rast zdravstvenih izdatkov.

Klasična javna administracija s togim, doslednim in vestnim izpolnjevanjem predpisov ni mogla zadostiti pričakovanjem po uspešnem in učinkovitem delovanju. Ena najpogostejših kritik javnega sistema naj bi bila njegova neučinkovitost, saj naj bi v primerjavi z zasebnim sektorjem slabo gospodaril s sredstvi, imel manjšo donosnost, ekonomičnost in produktivnost. Glavni vzrok neučinkovitosti javne lastnine je zelo verjetno posledica tega, da je veliko težje vzpostaviti učinkovit sistem kolektivne odgovornosti kot pa sistem individualne ali celo avtomatske odgovornosti v obliki dobička ali izgube v zasebnem sektorju. Kot večina javnega sektorja, je bil tudi sistem zdravstvenega varstva, vsepovsod deležen številnih kritik zaradi neučinkovitosti in neracionalnosti. Ob tem pa se njegova družbena vloga neprestano povečuje, kar zahteva večanje potrebnega števila zaposlenih in vedno več sredstev za njihovo delovanje.

Verjetno so prav naraščajoče zahteve po povečevanju produktivnosti, učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z viri v javnem sektorju v zadnjih dveh desetletjih povzročile, da so se v začele prenašati v javni ter neprofitni sektor metode, orodja in aktivnosti podjetništva. Tako se je tudi v zdravstvenih sistemih pričel uveljavljati prožnejši in ustvarjalnejši javni menedžment. Morda je tudi to vplivalo, da so se države umaknile iz neposrednega vodenja zdravstvenih institucij, zadržale pa so vlogo krmarjenja in usmerjanja sistema zdravstvenega varstva.

V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja so se zdravstvene reforme usmerjale v izboljšanje upravljanja in učinkovitosti (Jönsson 1996; Dunning 1996). Povečala se je potreba po izboljšanju dostopnosti – skrajševanju dolgih čakalnih dob, povečevanju bolnikove izbire ter nadgradnji infrastrukture. Poskusili so tudi z uvedbo tržnih mehanizmov, kot na primer sklepanje pogodb, zunanje izvajanje, spreminjanje metod razdeljevanja sredstev. Vse to je pripomoglo k rasti celokupnih izdatkov za zdravstvo. Države, ki so se usmerjale k regulaciji

sistema so poskušale odpreti svoje sisteme za konkurenco. Globoka finančna kriza v začetku tega tisočletja je zelo zamajala zdravstvene sisteme, saj je večina držav ukrepe usmerila na ostro zniževanje izdatkov.

Vsaj posredno so v državno urejanje sistema zdravstvenega varstva v EU vključene vse tri glavne veje oblasti: zakonodajna, izvršna in sodna. Ob tem je potrebno izpostaviti, da imajo zdravstveni sistemi poseben položaj v Pogodbi o delovanju Evropske skupnosti (Uradni list Evropske unije 2012). Pri dejavnosti EU se upošteva odgovornost držav članic za opredelitev njihove zdravstvene politike ter za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvene oskrbe. Odgovornosti držav članic vključujejo upravljanje sistema zdravstvenih storitev in zdravstvene oskrbe ter razporejanje dodeljenih virov. Leta 2006 so članice EU okrepile zavezo, da bodo ohranile temeljne vrednote ob učinkovitem in kakovostnem upravljanju sistema. Tako so ministri za zdravje članic EU podpisali dogovor in zavezo o vzpostavitvi zdravstvenih sistemov na univerzalnih vrednotah:

- univerzalnost: zdravstveno varstvo je zagotovljeno vsem državljanom članice EU
- dostopnost: državljanom je v okviru razpoložljivih sredstev zagotovljen kar najhitrejši in najširši dostop do zdravstvenih storitev
- solidarnost: dostop do zdravstvenih storitev je odvisen le od potreb posameznikov in ne od socialnega položaja, religije, starosti ali spola, pri čemer vsak prebivalec za zdravje prispeva po svojih zmožnostih
- enakost: zagotavljanje enakega in na potrebah temelječega dostopa do zdravstvenega varstva za vse državljane, vključno z revnimi, starejšimi, invalidnimi in drugimi šibkejšimi skupinami prebivalstva (Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems 2006).

Iz zmanjšane vloge države, ki zgolj krmari in usmerja tako izhajajo spremenjene strategije urejanja zdravstvenega varstva: decentralizacija (prenos pooblastil za sprejemanje aktov z nacionalne vlade na neodvisne vladne agencije, regionalne ali lokalne skupnosti, nevladne pravne osebe ali na plačnike in izvajalce), akreditacija in medsektorsko povezovanje (Keber 2003).

V slovenskem zdravstvu se je država delno umaknila iz neposrednega vodenja zdravstvenih ustanov, ohranila je le urejevalno vlogo. Po uveljavitvi Zakona za uravnoteženje javnih financ leta 2012 pa je njena vloga praktično avtoritativna, odvzeta je skoraj vsa avtonomija odločanja zdravstvenih menedžerjev.

Saltman navaja, da bi morala država urejati in zagotavljati ohranitev ter krepitev naslednjih vrednot: enakost in pravičnost (zagotavljanje enakega in na potrebah temelječega dostopa do zdravstvenega varstva za vse državljane, vključno z revnimi, starejšimi, invalidnimi in drugimi šibkejšimi skupinami prebivalstva), socialna povezanost (zagotavljanje univerzalnega zdravstvenega varstva v okviru zdravstvenega zavarovanja ali nacionalne zdravstvene sheme), ekonomska uspešnost (vzdrževanje skupnih odhodkov za zdravstveno varstvo v dogovorjenih mejah), zdravje in varnost (zaščita delavcev, zagotavljanje zdrave pitne vode ter varne in zdrave hrane), informiranost in izobraževanje (seznanjanje in učenje državljanov o zdravstvenih storitvah, zdravilih ter zdravem življenjskem slogu) in osebna izbira (zagotavljanje izbire izvajalca in zavarovalnice v okviru omejitev, ki jih narekujejo drugi cilji) (Saltman 2003).

Glavna področja državnega urejanja na področju zdravstvenega varstva so številna, izpostaviti gre predvsem delovanje plačnikov in izvajalcev, delovna razmerja, področje kakovosti in varnosti ter področje zdravil in medicinskih pripomočkov.

Državno urejanje je najpogostejše in najvplivnejše na področju opredeljevanja osnovne košarice zdravstvenih pravic, urejanju kapacitet, določanju cen, usmerjanju sistema kakovosti in obvladovanju strukture trga. Glede na različna teoretična izhodišča so se na teh področjih razvili različni pristopi in metode.

Določanje obsega osnovne košarice zdravstvenih pravic, dostopne vsem državljanom v okviru javnih sredstev predstavlja največji izziv vseh zdravstvenih sistemov. V zagotavljanju finančne vzdržnosti se večina držav poslužuje dodatnih zavarovanj, celo za storitve, ki so vključene v nacionalne sheme. Največji problem zagotovo predstavlja prioritarno uvajanje novih tehnologij, torej nove metode zdravljenja in nova zdravila. Želje pacientov, vse pogostejše tudi izvajalcev, po novih medicinskih tehnologijah segajo že v razvojno fazo tehnologije. Prav vrednotenje zdravstvenih tehnologij je vse bolj uveljavljeno strokovno orodje za umestitev nove metode ali celo prevetritev košarice pravic. V Sloveniji smo preboj dosegli le na področju zdravil, glavno vodilo za medicinske pripomočke je cena, pri zdravstvenih storitvah pa postopek še vedno vključuje Zdravstveni svet in je delno spolitiziran.

Pri urejanju kapacitet je potrebno poudariti, da je posredno tudi tako imenovana mreža izvajalcev del osnovne košarice pravic. Zato je razumljivo, da številne države kot način državnega urejanja omejujejo dostop do kapacitet zdravstvenega sistema. Vlade lahko z zakonskimi akti ustanovijo agencije s pooblastili za odobranje vlog za novo zdravstveno

infrastrukturo ali postavijo pravila, ki določajo kriterije za širitve. Oba načina imata pomanjkljivosti, saj lahko ob ekonomski in politični moči posameznih področij država težje omejuje širitve, še težje pa zmanjšuje število izvajalcev, predvsem bolnišnic. Ob tem je pomembno strateško načrtovanje, prospektivno financiranje zdravstvenih storitev ter celovitost pristopa na vseh ravne zdravstvenega varstva. V Sloveniji je bil leta 1992 vzpostavljen sistem podeljevanja koncesij, ki je vpeljal mešani sistem na delu izvajanja zdravstvenih storitev. Danes je sistem preživet in spolitiziran. Podeljevanje časovno neomejenih koncesij je neposredno prepuščeno odločitvi ministra in delno župana.

Državno urejanje cen v sistemu zdravstvenega varstva je pogosto usmerjeno le na omejevanje odhodkov, kar dejansko pomeni le pritisk na cene storitev. Do določene točke to pozitivno vpliva na dobavitelje zdravstvenih materialov, vendar lahko izvajalce prisili v nabavo materialov vprašljive kvalitete. Celovito urejanje cen storitev mora vključevati proces standardizacije in nadzor nad količino storitev. Vlade urejujejo cene preko določanja višine prispevkov in premij zdravstvenega zavarovanja ob vpeljevanju mehanizmov za prilagajanje tveganja. Na področju zdravil je uvedenih zelo veliko učinkovitih modelov obvladovanja izdatkov, na primer pozitivni in negativni sezname, referenčne cene ter terapijske skupine. Vse modele smo v Sloveniji uspešno vpeljali, kar je odločno pripomoglo k relativno nizki porabi sredstev za zdravila.

Upravljanje s sistemom kakovosti in varnosti postaja vse pomembnejši element urejanja zdravstvenega sistema, spremljanja učinkovitosti ter usmeritve na izide zdravljenja. Nacionalni strateški načrti z akcijskim načrtom ter zakonsko urejanje pravic pacientov predstavlja najpogostejši pristop držav EU. Jasno definiranje pravic poveča zavedanje državljanov, vendar pa je lahko nepopolno, če ni hkrati vzpostavljen tudi nadzor nad izvajanjem pravil in če ni jasno določena odgovornost. Samo celovit pristop s spremembo kulture na ravni izvajalcev in opolnomočenost pacientov predstavlja predpogoj za uspešno nadgrajevanje kakovosti zdravstvenih sistemov. Zelo pomembno je zbiranje podatkov, analiziranje odklonov in tankočutna obravnava napak, če želimo, da lahko objavljeni podatki o učinkovitosti in kakovosti posameznih izvajalcev koristijo državljanom in zavarovalnicam za prednostno izbiro izvajalcev.

Državno urejanje vključuje tudi pravila za posamezne udeležence v sistemu zdravstvenega varstva. Tu gre za definiranje pogojev za zdravstvene zavarovalnice, pod katerimi se posameznik lahko zavaruje pri različnih zavarovalnicah. Preko razporejanja

sredstev med zavarovalnicami, ki upoštevajo tveganja, vezana na starost, spol, regijo in predhodno koriščenje storitev se zmanjšuje morebiten pojav »pobiranja smetane«.

Ob iskanju ravnovesja med omejenimi sredstvi in naraščajočimi zdravstvenimi potrebami državljanov so razvite države zastavile prizadevanja v treh razvojnih smereh:

- deregulacija odnosov v zdravstvenem varstvu,
- privatizacija javne zdravstvene službe in
- konkurenca med izvajalci zdravstvene službe (Česen 2003).

Deregulacija odnosov v zdravstvenem varstvu se odvija s prenosom nalog s področja organizacije in vodenja sistema zdravstvenega varstva na nedržavne poslovne subjekte, demokratično družbo in posameznika. Tako samostojne organizacije in zastopstva ter zainteresirana stanovska in strokovna združenja pridobijo večjo stopnjo avtonomnosti pri svojem delovanju, razbremenjena država pa bi lažje opravljala ključne naloge pri načrtovanju in nadziranju sistema. V kolikor gre za nadzorovan proces je lahko deregulacija optimalna oblika organiziranja in delovanja zdravstvenega sistema, saj omogoča upravljavcem in poslovodjem relativno avtonomijo ter visoko stopnjo sodelovanja državljanov.

Z zakonodajo leta 1992 je bil v Sloveniji izveden prenos določenih državnih nalog na javnega plačnika, izvajalce, interesna zastopstva uporabnikov in javno politiko, promoviran je bil partnerski sistem dogovarjanja ob državnem usklajevanju interesov in določanju skupnih nalog. Zaključena analiza SZO je izpostavila odsotnost večletnega načrtovanja in preveliko vlogo pri arbitraži s strani države, slabost nakupovalne vloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZZS), nepreglednosti procesov za izvajalce in nezadovoljivo vključenost predstavnikov bolnikov, kar vse vodi le do osredotočenja na financiranje, namesto na zagotavljanje kakovosti preko promocije kazalnikov kakovosti, kliničnih poti in kliničnih smernic.

Privatizacija javne zdravstvene službe ali vsiljena dilema o javnem ali zasebnem zdravstvu. Privatizacija javnih služb je bila značilna za konservativne vlade v času globalizacije v svetovnem gospodarstvu v ZDA in Veliki Britaniji (Reagan in Thatcher). Usmeritev v prenos opravljanja zdravstvene dejavnosti in lastništva nad materialnimi zmogljivostmi v javni mreži k subjektom zasebnega prava naj bi prinesli pozitiven odnos do dela, občutek za stroške, prilagodljivost, ustvarjalnost in odgovornost za poslovni uspeh.

V zdravstvenem varstvu je nujno potrebno ločiti zasebno financiranje in opravljanje zdravstvene dejavnosti od zasebnega lastništva zmogljivosti zdravstvenih izvajalcev in

zavarovalnic. O privatizaciji v javnem sistemu lahko govorimo takrat, ko ustanovitelj proda lastno premoženje fizičnim ali pravnim osebam zasebnega prava.

Zdravstvo večinoma deluje v pogojih monopola, kar je neodvisno od tega, če je lastnina javna ali zasebna. Ta monopol se ne nanaša le na program, ki je definiran s strani države in plačnikov, pač pa tudi na monopol, ki ga imajo zdravstvene stroke nad vedenjem o tem, kaj je za posameznika koristno in kaj ne. Zato se prepogosto dogaja, da zasebni zdravstveni izvajalci "sugerirajo" posamezniku tiste storitve, ki so za njih bolj donosne, vprašljiva pa je njihova dodana vrednost k zdravju posameznika.

Že bežen pogled na zdravstveno varstvo, ki deluje v pogojih zasebne lastnine in trga, pokaže, da je tak sistem lahko ne samo bolj neracionalen od javnega, ampak tudi veliko bolj krivičen do državljanov - uporabnikov sistema zdravstvenega varstva. Glede dileme »tržno ali netržno« Evans (1987) na primer ugotavlja, da mednarodne izkušnje zadnjih štirideset let kažejo, da je naslanjanje zdravstvene dejavnosti na tržne zakonitosti povezano s povečanjem nepravilnosti, neučinkovitosti, stroškov in javnega nezadovoljstva. Ključni primer za takšno ugotovitev so po Evansu ZDA. Tržni mehanizmi v zdravstvu prinašajo prednosti za določene vplivnejše skupine. Povečani stroški zdravstvenega varstva so posledica višjih cen in prihodkov dobaviteljev in izvajalcev (zdravnikov, farmacevtskih proizvajalcev, zavarovalničarjev ipd.). Privatno zavarovanje omogoča, da si premožni državljani lahko kupijo boljšo dostopnost in kakovost, ne da bi pri tem podpirali vsaj podoben standard za ostale skupine prebivalcev. V veliki večini razvitih držav je zato zdravstvena dejavnost regulirana.

Rus citira ugotovitve nekaterih strokovnjakov, da privatizacija, tam kjer so jo izvedli, ni imela pričakovanih pozitivnih ekonomskih učinkov na zmanjševanje sredstev in/ali povečevanje kakovosti storitev, ampak je pomenila predvsem porazdelitev sredstev in moči v korist višjih slojev ter v škodo nižjih. O negativnih učinkih privatizacije zdravstva poročajo tudi iz Hongkonga. Privatizacija zdravstva je tam potekala v znamenju sporov med zdravniki in administracijo. Končala se je s popolno prevlado zdravništva. Kljub tržnemu okolju so namesto menežerjev zdravstvene organizacije prevzeli zdravniki, poslovanje pa se je zaradi tega poslabšalo in povzročilo dodatne spore med različnimi skupinami zdravnikov (Rus 2001).

V vseh teh primerih lahko le ugotovimo, da privatizacija v zdravstvu ni prinesla pozitivnih učinkov. Zanesljivo je zasebni monopol nadomestil javni. Bistvenega vpliva na pravičnejši dostopnosti do kakovostnejših zdravstvenih storitev za vse državljane privatizacija

ni imela. Tako se je v devetdesetih letih prejšnjega stoletja izkazalo, da je kakovost javnega upravljanja pomembnejša od načina opravljanja zdravstvenih storitev in od lastnine materialnih zmogljivosti. Prava dilema torej ni javno ali zasebno zdravstvo, temveč ali je možno tudi v javnem sektorju vzpostaviti elemente učinkovitosti in uspešnosti, ki jih je razvil gospodarski sektor. Vprašanja, ki iz te dileme sledita, sta, kako državno regulativo narediti bolj učinkovito in kako v upravljanje in menedžment javnih zdravstvenih zavodov vnesti učinkovitejše in bolj uspešne mehanizme koordinacije in nadzora.

Konkurenca v zdravstveni dejavnosti oziroma na trgu zdravstvenih storitev naj bi bila pomembna pri optimizaciji javne zdravstvene službe. Najpomembnejša omejitev je asimetrija informacij, ko zaradi velike razlike v poznavanju zdravstvenega problema in možnostjo zdravljenja med bolnikom kot kupcem storitve in zdravnikom kot izvajalcem, izbiro opravi kar zdravnik sam. Zdravnik obvladuje povpraševanje in je monopolni ponudnik zdravstvenih storitev. Ob tem naj bi zdravnik nosil tudi tveganje za pravilnost zbir. Samo plačilo storitve pa najpogosteje ali v največjem deležu izvede zavarovalnica. Ker bolnik praktično zdravstvene storitve ne izbere sam, ne plača sam in ne nosi tveganja nakupa, lahko govorimo le o navideznem trgu.

Konkurenco med izvajalci dodatno omejuje omejena ponudba visoko ekspertnega mnenja na določenem strokovnem ali geografskem področju. Konkurenco med izvajalci s strani bolnika je tako omejena le na dejavnike, ki jih bolnik sam oceni kot kakovost in zadovoljstvo. Ob merljivi dimenziji čakanja in bolečine pri posegih se bolniki najpogosteje omejijo na subjektivno zaznavanje kakovosti. V ospredju bolnikov je predvsem zaznavanje odnosa osebja v smislu prijaznosti, zaupanja in nenazadnje ustrežljivosti pri zagotavljanju pravic pri napotovanju na višjo raven in predpisovanju zdravil ter tehničnih pripomočkov.

Spodbudno je lahko tekmovanje med zavarovalnicami, ki bi lahko zavarovanim osebam pakete z jasno določenim obsegom in kakovostjo zdravstvenih storitev. Ob stremenju za čim višji donos zavarovalnic in presežek prihodkov nad odhodki izvajalcev lahko sledi kartelni dogovor med zavarovalnicami za višje priznavanje cen izvajalcem, kar na koncu pokrije uporabnik in vodi v zelo visoke porabe za zdravstvo.

Prenos konkurenčnosti se lahko vpelje med izvajalce z izvedbo javnih razpisov zdravstvenih programov, kjer pa obstaja nevarnost siljenja v pogodbo in postavitvijo cene kot edinega kriterija izbora. Najcenejše ne zagotavlja kvalitetne storitve, zato je potrebno razširiti nabor izbornih kriterijev in povečati sam nadzor.

1.2.2 Javni zdravstveni menedžment

V državah, ki so na podlagi novega razumevanja svoje vloge skrbništva nad sistemom zdravstvenega varstva in njegovih virov pristopile k strategiji krmarjenja in usmerjanja sistema ter razvile učinkovite metode državnega urejanja, se je odprla nova možnost za razvoj zdravstvenega menedžmenta na podlagi izkušenj iz podjetniškega sektorja oziroma sektorja gospodarstva.

Enotne in specifične definicije menedžmenta v zdravstvu ni. Osnovne funkcije menedžmenta lahko opredelimo v skladu z definicijo, ko opredeljuje menedžment kot ustvarjalno reševanje problemov, ki se nanašajo na načrtovanje, organiziranje, vodenje in ocenjevanje razpoložljivih virov, z namenom doseganja ciljev, poslanstva in vizije razvoja podjetja (Higgins 1991). Z organizacijskega vidika so to procesi delegiranja, po vsebinski plati procesi usklajevanja, po metodološki plati pa procesi odločanja. Smotrna členitev procesov deli menedžment tudi na planiranje poslovanja in organizacije, uveljavljanje organizacije ter kontroliranje poslovanja in organizacije. Takšna delitev se sklada tudi z delitvijo organizacijskih procesov na planiranje, uveljavljanje in kontroliranje, ki nastopajo v vsakem zavestnem delovnem procesu in se med seboj prepletajo.

Specifičnost zdravstvenega sistema se posredno prenaša na zdravstveni menedžment. Gre za iskanje ravnotežja ob izpostavljenosti tako notranjemu pritisku s strani zdravstvenih delavcev kot tudi zunanemu pritisku ustanovitelja na finančno stabilno poslovanje, proizvajalcev in dobaviteljev medicinskih produktov ter nenazadnje vse bolj osveščenih pacientov in njihovih svojcev. Zato morajo imeti menedžerji v zdravstvu multidisciplinarna znanja z različnih področij, ekonomije, sociologije, organizacije, delovnega prava, statistike, ergonomije in systemske teorije. Za zdravstveni sistem je značilno, da se menedžment po družbenih spremembah v začetku 90. let prejšnjega stoletja ni razvijal in prilagajal novim zahtevam in izzivom z dinamiko, kakršno je doživljal menedžment v gospodarski dejavnosti, kjer so poslovno organizacijske vede doživele pravi razcvet.

V uspešnih organizacijah daje menedžment vedno večji poudarek poslanstvu in razvojni viziji organizacije, ki ne moreta temeljiti zgolj na obsegu, temveč tudi na vsebini dejavnosti. Prepogosto so ciljni sistemi zdravstvenih organizacij močno okrnjeni, v glavnem temeljijo na proizvodno - storitveni zasnovi ob delnem upoštevanju sestavin finančnih ciljev z usmeritvijo v kratkoročne finančne izide. Tudi skupna politika zdravstvenih izvajalcev se vodi pretežno na kratek rok. Kvantitativne metode in vedenjske vede ter usmeritev k človeškim virom niso uporabljene kot podlaga za določanje ciljev in strategij. Optimiziranje izidov se

uporablja le v manjši meri in se jih največkrat ne preverja in analizira sistematično. Strateško odločanje je slabo razvito in temelji na kratkih rokih ter na obrambnih strategijah v razmerju do okolja zavodov, namesto na razvojnih strategijah rasti. Namesto da bi zdravstveni menedžerji in organizacije aktivno vplivali na okolje, je bolj pogosta situacija, ko okolje obvladuje menedžerje in organizacije.

Proces upravljanja s spremembami, zlasti prenove poslovanja, se v zdravstvu v nekaterih segmentih bistveno razlikuje od podobnega procesa v gospodarskih organizacijah. Pri nadzoru nad poslovanjem zavodov so v ospredju formalni vidiki javne odgovornosti (spoštovanje predpisov in postopkov), v ozadju pa ostajata kakovost in gospodarnost, zato so vodstva zdravstvenih organizacij bolj defenzivna in imajo bolj toge in omejujoče organizacijske predpise. Odgovorne osebe se izgovarjajo, da imajo premalo pooblastil in samostojnosti pri odločanju, po drugi strani pa se ne poslužujejo niti tistih, ki jih imajo na voljo. Službe so razmeroma strogo hierarhično organizirane, zaposleni pa imajo malo možnosti za predlaganje sprememb in še zlasti za njihovo uveljavitev. V takih okoliščinah je na področju poslovanja malo možnosti za dokazovanje kreativnosti in samoiniciativnosti. Ob močno izraženi funkciji države, potrebe po spremembah zelo pogosto prihajajo izven organizacije, redko jih narekujejo notranje potrebe.

Glede meril kakovosti poslovne politike zdravstvenih zavodov in zdravstvenega menedžmenta lahko zaključimo, da se kakovost poslovanja še vedno meri predvsem s storitveno - proizvodnega vidika ob opredeljevanju velikosti finančnega primanjkljaja ali eventualno presežka na koncu obračunskega obdobja. Zato kakovost izvedbe ostaja v ozadju. Bistvena merila so proizvodni in finančni cilji v kratkem roku. Če se uspešnost meri, se meri s posamičnimi kazalniki, večinoma storilnostnimi.

Ena najšibkejših točk zdravstvenega menedžmenta je gotovo organizacijska struktura. Že sama tehnična delitev dela (tehnična struktura) ni usmerjena v procese, pač pa v zdravstvenih organizacijah večinoma naletimo na delitev dela po poslovnih funkcijah ter na delitev dela po tehnologiji in vrstah dela. Ta dva tipa delitve dela sicer omogočata specializacijo osebja po poklicih, kar je vzpodbudno za strokovno izpopolnjevanje. Vendar pa se v zdravstvenih zavodih kažejo tudi vse slabosti takšne tehnične razčlenitve delovnega procesa, kot so zmanjševanje pomembnosti skupnega cilja organizacije, otežena je vzgoja menedžerskega kadra zaradi prevelike specializacije, zaposleni so navezani bolj na svoj poklic in probleme poklica kot pa na uresničevanje skupnih ciljev organizacije, oddelki se težje sporazumevajo med seboj in se včasih namenoma ovirajo.

Prepotrebno umestitev potrebnih kompetenc menežerjev je pogosto presegla preprosta miselnost, da je uspešen direktor zdravstvenega zavoda lahko kar zdravstveni delavec, najpogosteje zdravnik. Slednji naj za kakovostno delo sploh ne bi potreboval poslovno-organizacijskih znanj in izkušenj, saj naj bi jih presegel z dobrim poznavanjem sistema ali obvladal s sodelavci. Ob tem je potrebno izpostaviti pomanjkljivo znanje nadzornikov, ki so še vedno imenovani politično. Tako ne preseneča, da je v zdravstvu možno srečati primere neracionalnega trošenja javnih sredstev, avtoritarno vodenje, rigidno in nefleksibilno organiziranost ter prilaganje potrebam izvajalcem in ne uporabnikom zdravstvenih storitev.

Pri izvajalcih zdravstvenih storitev prevladuje participativna organizacijska oblika s čisto linijsko strukturo, ki temelji na načelih strogo hierarhične organizacije, ki omejuje sodelovanje zaposlenih in promocijo večje učinkovitosti. Linijska zvrst hierarhije, ki zgodovinsko izhaja iz vojaške organizacije, je enostavna za vzpostavljanje in razumljiva večini udeležencev. Zaradi te razumljivosti sta sicer omogočeni stroga kontrola in delovna disciplina, kar pa se v praksi niti ne izkorišča. Zaradi takšne organizacije so za zdravstvene zavode značilne vse slabosti, ki so znane tudi iz literature: zapiranje v svoj oddelek, spodbujanje oddelčnega partikularizma, zaostrovanje konkurence med posameznimi oddelčnimi menedžerji, celo sabotiranje delovanja drugih oddelkov in institucij (Lipovec 1987). O neučinkovitosti birokratsko hierarhičnih sistemov v razmerah kompleksnega in razgibanega družbenega dogajanja govori tudi Rus, ki pravi, da so takšni sistemi učinkoviti le tedaj, ko je družba stabilna, predvidljiva in nekompleksna (Rus 2001). V glavnem pa so zdravstvene organizacije še daleč od sicer bolj kompliciranih, a naprednejših in bolj demokratičnih funkcionalnih organizacijskih oblik ter organiziranosti po poslovnih procesih, s katerimi bi bilo omogočeno natančnejše in vsebinsko spremljanje stroškov, na primer stroškov izidov zdravljenja posameznega bolnika.

V Beli knjigi o zdravstveni reformi iz leta 2003 je podana presoja zdravstvenih organizacij in menedžmenta v Sloveniji po metodi za presojanje vodenja politike organizacije, ki jo je razvil Kralj (Kralj 1992). Sistem upravljanja in vodenja bi se uvrstil v model umnega upravljanja in vodenja, ki je v gospodarskih organizacijah prevladoval v obdobju med svetovnima vojnima. Za ta model je značilen birokratsko – tehnokratski način ravnanja z ljudmi. Take organizacije in menedžment so usmerjeni predvsem v rutino in so značilne za povprečne organizacije, v katerih se demokracija kot vrednota šele uveljavlja. Težko pa bi v zdravstvenih organizacijah in menedžmentu zasledili sledove najbolj razvitega modela - združevalnega upravljanja in vodenja (Keber 2003).

1.2.3 Procesi in standardizacija

Procesno organiziranost uvaja večina sodobnih organizacij kot odgovor na trende, ki so prisotni v poslovnem svetu. To so racionalizacija poslovanja, usmeritev k zadovoljnemu uporabniku in naročniku storitev, povečevanje vrednosti izdelkov oziroma storitev, skrajševanje poslovnega procesa in s tem stroškov poslovanja ter prilagodljivost potrebam.

Prednost procesne organiziranosti pred klasično funkcijsko organiziranostjo, se kaže v prenosu popolnega nadzora in odgovornosti za izvajanje procesa na vodstvo poslovnega procesa oziroma poslovno izidno mesto, ki je odgovorno za njegovo poslovno uspešnost. Po Turku predstavlja poslovnoizidno mesto zaokroženi del računovodskega obračunavanja, na katerem obstaja odgovornost ne samo za stroške, temveč tudi za poslovni izid (Turk 1987). Vodstvo poslovnoizidnega mesta ima opredeljene pravice in odgovornosti, ki so avtonomne na področju zagotavljanja maksimalne učinkovitosti ter uspešnosti poslovanja oziroma izvajanja poslovnega procesa.

Integralna obravnava pacienta in postavitve pacienta v središče sistema narekuje reorganizacijo zdravstvenega sistema. V prodornih zdravstvenih sistemih poteka intenzivno uvajanje standardizacije in procesov ob pozitivnih vzpodbudah s sistema razdeljevanja sredstev. Strukturno organizacijsko shemo nadomešča procesna zdravstvena oskrba z državljanom v centru zdravstvenega dogajanja. Proces v zdravstvenem sistemu pomeni celoten postopek obravnave bolnika od trenutka njegovega vstopa v sistem zaradi določenega problema do zaključka obravnave. Proces vključuje postopke zdravstvene obravnave (diagnostika, zdravljenje, nega, rehabilitacija) in z njo povezane poslovne aktivnosti (nabava, obračunavanje, vodenje). V medicinskem delu je presežena delitev na specialnosti, sledi se poteku obravnave od urgentne oziroma redne specialistične ambulantne obravnave, preko akutne in/ali neakutne bolnišnične obravnave. Vse podporne službe pa se s svojimi aktivnostmi vertikalno vključujejo v tim obravnave in optimizirajo izid zdravljenja. Taka shema je strokovno in poslovno bolj učinkovita, kakovostna in varna.

Pomemben gradnik nadgrajevanja zdravstvenih sistemov je standardiziranje, torej izdelovanje standardov ter standardizacija, uporaba in vpeljava izdelanih standardov v prakso. Ta pristop je smiseln, kadar se uporablja velika količina enakih vložkov (*inputov*) in izločkov (*outputov*), kadar veliko zaposlenih opravlja veliko ponavljajočih operacij in kadar je potrebno zagotoviti določen standard kakovosti. Gre za eno temeljnih organizacijskih načel, brez katerega si ni možno predstavljati učinkovite človekove dejavnosti. Z uvedbo standardov je možno povečati uspešnost, učinkovitost in produktivnost, zmanjšati stroške, skrajšati čas

obravnave posameznih primerov, izboljšati kakovost ter lažje usposablјati zaposlene. Na podlagi kliničnih smernic in kliničnih poti je možno standardizirati postopke integralne obravnave, od diagnostike do rehabilitacije.

Ker je v zdravstvu možno standardizirati številne pojme, delovne postopke, delovna sredstva, predmete dela in delovne pogoje, lahko standardizacija pomaga vzpostaviti pregleden in učinkovit sistem. Ob standardiziranem zdravstveno-informacijskem sistemu in vpelјanih kazalcih učinkovitosti ter uspešnosti zdravstvenega menedžmenta pridobimo pomembno orodje za zbiranje podatkov, neposredno primerjavo izvajalcev in oblikovanje informacij za odločanje ter upravljanje.

Uvajanje standardov predstavlja del nenehnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu. Od standardov pričakujemo, da bodo povečali znanje zdravstvene ustanove o izboljševanju uspešnosti delovanja in spremembah zdravstvene oskrbe, kjer naj bi se zdravstveno osebje organiziralo okrog procesov v tako imenovane procesne time. Timi se namreč oblikujejo okrog procesov in ne okrog izvajalcev.

1.2.4 Odnos med pacientom in izvajalcem v sistemih zdravstvenega varstva

Zdravstveni sistemi imajo ob vseh različnostih določene podobnosti na področju financiranja, organiziranosti in upravljanja. Zdravstveni sistemi so po svoji naravi kompleksno prilagodljivi sistemi. Po teoriji kompleksnosti zdravstvene sisteme karakterizira razvojna pot, saj začetni pogoji determinirajo razvoj, na primer organizacijo obstoječih institucij. Drugi sklop posledic izhaja iz teorije mehkih sistemov, kjer je vsak sistem sestavljen iz podsistemov v interakciji z drugimi in s prispevkom k delovanju celotnega sistema. Ti podsistemi vključujejo tiste elemente, ki so bili opredeljeni kot gradniki sistema, vključno s financiranjem, delovanjem in upravljanjem. Ob tem je potrebno izpostaviti, da so zdravstveni sistem izjemno pomemben del širšega javno družbenega sistema in tesno povezani s sistemom sociale, izobraževanja ter raziskovanja.

Zavzemanje držav za čim večje pozitivno zdravje državlјanov in vse glasnejše zahteve SZO za povečana vlaganja v zdravje je vodilo strokovnjake v poskus tipizacije zdravstvenih sistemov. Pristopov tipizacije je veliko, odvisno od opredelitev osnovnega razmerja. Razvrstitev držav po načinu zagotavljanju finančnih sredstev razdeli zdravstvene sisteme na tržni ali podjetniški, socialno naravnani, komprehenzivni in socialistični sistem. V kolikor bi upoštevali samo kritje finančnih virov pa poznamo bogate države, države v razvoju, revne države in zelo bogate države (zaradi pridobivanja nafte), a brez ustrezno razvitega zdravstvenega sistema. Zanimiva je tudi razdelitev na osnovi razmerja zasebnih sredstev na

javne oziroma zasebne zdravstvene službe. Tu ločimo sisteme z javnimi sredstvi in javno službo, javnimi sredstvi ob javni in zasebni dejavnosti, zasebna sredstva ob zasebni zdravstveni dejavnosti ter zasebna sredstva ob zasebni in javni zdravstveni službi.

V Sloveniji imamo danes komprehenzivni model s socialno naravnostjo države in skrbjo na zdravstveno varnost pred načeli trga, kjer je pod enakimi pogoji zagotovljena univerzalnost in dostopnost vsem državljanom. Sistemi so izredno dobro organizirani z vgrajenimi številnimi regulatornimi mehanizmi. Glede na stopnjo razvitosti države in prioriteto mesto zdravstva v vrednostnem sistemu družbe je določena tudi raven standarda storitev, razvitost kapacitet.

Pristop umestitve medsebojne odnose med zdravstvenimi izvajalci oziroma zdravniki in bolniki v širši družbeni okvir je predstavila študija Svetovne zdravstvene organizacije. Študija prikazuje tudi stopnjo razvoja zdravstvenega varstva sistemov skozi čas (Roemer 1991, 636).

V prvem modelu temelji odnos pretežno na medosebnem odnosu med posameznim zdravnikom in osebo, potrebno zdravstvene storitve oziroma zdravljenja - zasebnemu zdravniku pacient plača vse storitve sam. V tem modelu ni solidarnosti med državljani in osnovni cilj ni zagotavljanje visoke zdravstvene varnosti državljanov. Sistemi so enostavni, upravljaljske funkcije slabo razvite, regulatorni mehanizmi usmerjeni le na predpise o etičnih vprašanjih, pogojih izvajanja osnovne dejavnosti ter izobraževanja in licenciranja zdravnikov. Problem zadovoljevanja realnih zdravstvenih potreb državljanov je skoraj izključno prepuščeno njihovi finančni zmožnosti, razen morda ukrepov za preprečevanje sistemskih groženj. Na primer imunizacija kot ukrep preprečevanja nalezljivih bolezni.

Tudi v drugem modelu v odnosu med izvajalci in bolniki prevladuje interes zdravstvenih delavcev, vendar država zagotavlja delu ali vsemu prebivalstvu možnost zagotavljanja pravic do zdravstvenih storitev brez osebne finančne soudeležbe. Stroške krije državni proračun neposredno ali preko uvedbe obveznega zdravstvenega zavarovanja, državljani z zelo visokimi prihodki so stroške zdravljenja krili sami. Model ima vgrajeno solidarnost. Dejavnost zagotavljajo zasebni zdravniki oziroma zdravstveni sodelavci, država pa v lahko tudi sama organizira, ustanovi, upravlja in financira opravljanje dejavnosti v omejenem obsegu zmogljivosti. Zdravniki predstavljajo zelo močno in vplivno skupino, ki sama določa cene storitev. Sistem je zahtevnejši, potrebne so vse sestavine zdravstvenih sistemov.

V tretjem modelu je financiranje zdravstvenega varstva v celoti ali veliki meri kolektivizirano in vsi prebivalci imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo brez oziroma določenega neposrednega plačila po uveljavitvi potrebne zdravstvene storitve. Pri doplačilih lahko gre za zakonsko določeno participacijo ali v povezavi s specifičnimi zahtevami posameznika po nadstandardnih postopkih ali pripomočkih. Večina izvajalcev je zasebnih, le del deluje v javnih ustanovah in prejemajo plačo. Zato pa država neposredno ali zavarovalnice izvajajo nadzor in obvladovanje cen.

V četrtem modelu je financiranje zdravstvenega varstva kolektivizirano, zdravstvene storitve so dosegljive celotnemu prebivalstvu. Država v celoti organizira zdravstveno službo, ki je v veliki meri ali celoti javna. Financiranje zdravstvenega varstva država krije iz sredstev, zbranih z davki.

Zdravstvo v znatni meri deluje v pogojih monopola, ki je običajno neugoden za uporabnika, ki ne more zadovoljevati svojih potreb pri konkurenci, temveč le v ustanovah javnega sektorja. Zato se mora podrežati pravilom vedenja, ki jih postavlja zdravstvo samo, oziroma zaposleni v tem sektorju. Zdravstvenemu delavcu zaradi monopolnega položaja ni potrebno biti prijazen in ustrežljiv, da bi dobil plačo, ki mu je zagotovljena s kolektivno pogodbo ne glede na prijaznost pri delu ali glede na količino in kakovost opravljenega dela. Marsikdo dela le toliko, da zadovolji nadrejenega. Javno zdravstvo je organizirano v skladu z birokratsko paradigmo organizacije, kot jo je opredelil sociolog Weber. Delovati je potrebno po natančno določenih pravilih, zato je poudarjena hierarhična kontrola delovanja uslužbencev. Njihovo temeljno pravilo je ne narediti napake. Vendar pa bi morale takšne (večinoma utemeljene) kritike javnega zdravstvenega sistema predstavljati vzpodbudo za iskanje izboljšav in ne bega v privatizacijo zdravstvenega varstva.

Pacient je neposredno vključen v izvajanje zdravstvenih storitev in je njen sestavni in nepogrešljivi del. Prav to dejstvo daje pacientu neizmerno možnost ocenjevanja dela zdravstvenega sistema. Ob znani asimetriji znanja lahko pacient uporablja orodja spremljanja izidov zdravljenja in ne le zadovoljstva z obravnavo. Ob posrednem ocenjevanju kakovosti lahko objektivno poda oceno o zadovoljstvu z uslugo. Ob postopni in vztrajni usmeritvi v individualizirano medicino bo potrebno izpeljati prepotrebno standardizacijo odnosov med zdravnikom in pacientom.

Osnovni korak za izboljšanje učinkovitosti in vzdržnosti zdravstvenih sistemov je poznavanje dogajanj v sistemu, ocenjevanje izvedenih ukrepov ter uvedba ukrepov, ki ustvarjajo potrebno znanje za preusmeritev politike v ustrezno smer. To seveda zahteva obrat

v spremljanju zdravstvenih sistemov, prilagoditev in nov nabor kazalnikov. Postavitev pacienta, državljana, v središče dogajanja zdravstvenega sistema je narekoval celovit preobrat in nov pristop upravljanja zdravstvenega sistema. Izboljšanje kakovosti in zagotavljanje varnosti mora postati gonilna sila za spremembe, saj je prvič pravilna izvedba storitev stroškovno najbolj učinkovita. Izpeto prizadevanje za rast produktivnosti in učinkovitosti v okviru omejenih sredstev postopoma nadomešča skrb za najboljšo vrednost za vložena sredstva (*best value for money*), usmeritve v varnost in kakovost izvedenih zdravstvenih storitev, za uspešnost in ne le učinkovitost.

1.2.5 Usmeritev na izide zdravstvenih storitev

V državah EU, ZDA, Avstraliji, Novi Zelandiji, pa tudi v državah Azije se zelo hitro razvijajo kazalniki, ki merijo izide zdravstvenih storitev oz. tehnologij. Pri tem se postavlja vprašanje, kako izide zdravstvenih storitev sploh meriti? Kaj sploh je izid neke zdravstvene obravnave? Definicija večjega zdravja posameznika je cilj, ki je zastavljen preveč široko - zdravje še zdaleč ni le posledica sektorja zdravstva.

Bolj definiran cilj, ki ga lahko merimo kot izid zdravstvene obravnave je z zdravjem povezana kakovost življenja posameznika. Enotne definicije kakovosti življenja ni, saj kakovost življenja opisuje celo interesno področje in ne posameznih spremenljivk. Prav zato je njeno merjenje zahtevno in mora zajeti normativne, objektivne in subjektivne kazalce fizičnega, socialnega ter čustvenega funkcioniranja (Hunt 1997). Presoja kakovosti življenja posameznika, povezana z njegovim zdravjem, pa zahteva dobro presojo tako obolevnosti kot tudi dolžine življenja. Predvsem podatki, ki se nanašajo na kakovost življenja, iz uradnih virov večinoma niso na razpolago.

Ko se je pričelo merjenje kakovosti življenja, povezanega z zdravjem konec 70. in v začetku 80. let, se je blaginja posameznika merila večinoma v pozitivnem smislu in ne kot odsotnost težav. Začetno obdobje merjenja kakovosti življenja tako imenujemo »*happiness research*« ali raziskovanje sreče posameznikov. Lestvice za merjenje kakovosti življenja niso vsebovale izrazov »več ali manj težav«, pač pa izraze »več ali manj zadovoljstva« - npr. Bradburnova lestvica iz leta 1969, Kaplanova iz 1976 in Dupuyeva iz 1984 (Katschnig 1997). Konec 80. let so se instrumenti spremenili. Pri merjenju kakovosti življenja, povezane z zdravjem, se vedno bolj uporablja merjenje subjektivne kvalitete življenja. To merjenje izhaja iz dolge filozofske tradicije, da zna vsak posameznik najbolje ovrednotiti svoje lastno zdravje.

Poleg merjenja zadovoljstva posameznikov so začeli ocenjevati tudi funkcioniranje posameznikov v vsakdanjem življenju (ocenjevanje zdravstvenega stanja) na primer z

lestvicami NHP, SIP, SF-36. V zadnjih desetih letih je teh že na stotine, njihov razvoj je celo prehitel, da bi jih lahko ustrezno nadzorovali in imeli nad njimi pregled.

Podatke, ki jih dobimo s vprašalniki, sicer lahko primerjamo s podatki s strani zdravnikov kot strokovnjakov, ki postavijo diagnozo, vendar pa odstopanja enih vrednosti od drugih težko interpretiramo, saj gre za dva pogleda na kakovost življenja in primerjava enega z drugim pravzaprav ni smiselna, saj ne moremo vedeti, kateri bolj odraža realnost (Nord 1999).

Vrednost, ki jo pripišemo različnim vrstam zdravljenja ali zdravstvenim storitvam, je tako odvisna od naših preferenc. Zdravstveno stanje posameznika je sestavljeno iz več dimenzij, zato vrednotenje zdravstvenega stanja ni enostavno.

Veliko teoretikov področju kakovosti življenja očita, da se preveč ukvarja s samim merjenjem in psihometrijo, premalo pa z razvojem teoretičnih podlag, kar je še posebej razvidno na področjih, kot sta psihiatrija in pediatrija, ko osredotočenje na merjenje subjektivne perspektive bolnikov vodi do napačnih rezultatov, pri čemer teorija, ki bi omogočila bolj objektivno merjenje, ni izdelana (Hunt 1997).

V zadnjih dveh desetletjih se je pojavilo kar precej mer, ki skušajo umrljivost in obolevnost prikazati v eni sami meri zdravstvenega stanja. Vse te mere pravzaprav želijo izračunati povprečno število let, preživetih v dobrem zdravju z obtežitvijo let, ki so jih ljudje preživeli z boleznijo. Taka mera je npr. DALY (*Disability Adjusted Life Years*), ki so jo razvili na Svetovni Banki in skuša breme vsake bolezni v populaciji izračunati tako, da sešteva leta izgubljenega življenja zaradi smrti ter ekvivalentna leta, izgubljena zaradi invalidnosti oz. bolezni. Vsaka bolezen je obtežena z utežjo, ki ustreza stopnji obolenja (na primer v primeru amputacije stopala je leto vredno le 70 % zdravega leta). Zelo znana mera je tudi HALE, ki meri število let, kolikor jih posameznik lahko pričakuje, da jih bo preživel popolnoma zdrav ob predpostavki sedanjih pogojev umrljivosti in obolevnosti. Življenjsko dobo torej prilagodi tako, da večjo utež pripiše letom življenja, preživetih v dobrem zdravstvenem stanju v primerjavi z leti, preživetimi v slabem zdravstvenem stanju (Donald in Erickson 1993).

SZO redno izračunava in poroča HALE po državah v publikaciji *World Health Report*. (World Health Organization) V Sloveniji je na primer razlika med pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu in zdravo pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu zelo visoka in znaša kar 10 let, kar pomeni, da zaradi bolezni v povprečju izgubimo 10 let življenja.

V Sloveniji se je kot mera izidov, ki vključuje dolžino življenja in kakovost življenja, najbolj uveljavila mera je mera kakovostno prilagojenih let življenja (QALY – *Quality Adjusted Life Years*). QALY je torej leto življenja, ki ga preživimo v popolnem zdravju, vsako odstopanje od tega zdravja pa je vredno manj kot 1.

Obstajajo številni instrumenti za merjenje preferenc (VAS, TTO, SG, PTO), ki zajemajo različno število različnih kategorij in ima različne priporočene uporabe. Le trije preferenčni sistemi imajo že vnaprej določene vrednosti zdravstvenih stanj: QWB, HUI in EQ-5D. Najbolj se uporablja EQ-5D, predvsem zaradi svoje enostavnosti. Vrednosti zdravstvenih stanj so v Sloveniji pridobljene preko instrumenta EQ-5D (vir – Prevolnik Ogorevc 2012; Zdravstveno varstvo). Vrednosti za vsako zdravstveno stanje so tako že vnaprej ocenjene; ko pacient označi svoje zdravstveno stanje pred in po posegu, mu lahko takoj pripišemo vrednost in izračunamo za koliko se je njegova, z zdravjem povezana, kakovost življenja izboljšala.

V Sloveniji je bil vprašalnik EQ-5D na nacionalnem nivoju uporabljen prvič na ZZSZ v okviru Nacionalnega razpisa v letu 2010 in sicer za merjenje kvalitete življenja pacientov v štirih elektivnih posegih, ki so bili razpisani znotraj Nacionalnega razpisa, to so endoproteza kolka, operacija kile, operacija ožilja – krčnih žil ter operacija karpalnega kanala. Čeprav izvajalci znotraj javnega sistema ob normalnih poteh financiranja niso bili prisiljeni v merjenje izidov, jih je vpeljava Nacionalnega razpisa kot mehanizma za zniževanje cen prisilila v to, da dokažejo učinek zdravstvenih storitev. Merjenje izida je eden najboljših dokazov za učinkovitost zdravstvene storitve.

Generični inštrumenti, med katere spada tudi EQ-5D, se uporabljajo za subjektivno merjenje vrednosti zdravstvenih stanj. S primerjavo izidov med izvajalci lahko plačnik potencialno naroča zdravstvene storitve pri najboljših izvajalcih. Končnemu uporabniku storitev lahko pomagamo pri odločitvah o izbiri izvajalca. Celotni sistem merjenja izidov tako v končni fazi pripelje do selekcije izvajalcev ter izločanja tistih izvajalcev in storitev, ki ne vodijo do pozitivnih sprememb v izidih oz. ki najmanj izboljšajo zdravstveno stanje pacienta.

1.2.6 Sklep

Na podlagi navedenega je pričujoče magistrsko delo zasnovano v teoretično-empirični liniji. Osnovna teza naloge je poudarek na potreben premik iz objektivnih ugotovitev in merjenj na subjektivno zaznavanje in merjenje kakovosti življenja.

V nalogi je predstavljen NJM s poudarkom na menedžment v zdravstvenih sistemih in prehod na uporabnika in izide zdravljenja, teorija merjenja izidov, predstavitev tržnih

instrumentov ter nacionalnega razpisa. Drugi del naloge je sestavljen iz predstavitve dveh primerov uporabe merjenja izidov v zdravstvenih sistemih Velike Britanije in Slovenije. Na nacionalni ravni so bili v Sloveniji prvič merjeni izidi zdravstvenih storitev z instrumentom EQ-5D v okviru tržnih mehanizmov izvedenega nacionalnega razpisa za določene zdravstvene storitve. Analiza sekundarnega gradiva je bila uporabljena z namenom primerjave študij obeh primerov.

Poleg primarnih podatkov, pridobljenih v okviru nacionalnega razpisa, sem se pri analitično-teoretičnem pregledu opiral na pregled svetovne literature, večinoma tuje, saj literatura s področja merjenja izidov v Sloveniji ne obstaja. Eden od praktičnih ciljev magistrske naloge je tako tudi postavitve začetne podatkovne baze kot osnove za merjenje izidov zdravstvenih storitev s subjektivnimi ocenami posameznikove kakovosti življenja.

2 Značilnosti zdravstvenega sistema Slovenije

Leta 2015 je imela Slovenija 2.060.873 prebivalcev, BDP na prebivalca je znašal 18.691 EUR. V letu 2015 so skupni izdatki za zdravstvo znašali 8,84 % BDP ali 3,405 milijarde EUR. Delež javnih sredstev je predstavljal 6,44 % BDP ali 72,9 % vseh izdatkov. V letu 2015 je večino javnih izdatkov pokrilo obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ), kar 5,58 % BDP oziroma 63,1 % vseh izdatkov, oziroma 86,7 % javnih izdatkov. Preostali javni izdatki so bili pokriti iz obveznega pokojninskega zavarovanja, proračuna države in lokalnih skupnosti, kar je predstavljal 0,86 % BDP, oziroma 9,8 % vseh izdatkov. Od leta 1992 je ZZZS edini ponudnik OZZ. Kar 99,8 % vseh državljanov je vključenih v OZZ in so s tem upravičeni do kritja zdravstvenih storitev, ki so vključene v OZZ. Leta 2014 so izdatki OZZ sestavljeni iz izdatkov za zdravstvene storitve (81,4 %), zdravila in medicinske pripomočke (16,7 %), delo ZZZS (1,7 %) in investicije (0,2 %). Zasebni viri so v letu 2015 predstavljali 2,4 % BDP oziroma 27,1 % vseh zdravstvenih izdatkov. Zasebni izdatki so bili sestavljeni iz izdatkov dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), ki so predstavljali 1,21 % BDP oziroma 13,6 % zdravstvenih izdatkov in neposrednih plačil ali tako imenovanih »plačil iz žepa«, ki so predstavljali 1,06 % BDP oziroma 11,96 % vseh zdravstvenih izdatkov (Poslovno poročilo ZZZS 2015). Plačila iz žepa so relativno nizka in ne predstavljajo ovire v dostopnosti do zdravstvenega varstva. Nizka neposredna plačila so posledica DZZ, ki omogoča pokrivanje zelo obsežne košarice zdravstvenih storitev, saj krije delež večine storitev v košarici. Leta 1992 je bilo vpeljano DZZ, ki krije od 5 do 90 % cene zdravstvenih storitev. Zaradi kritja tako visokega deleža zdravstvenih storitev je bilo v letu 1996 v DZZ zavarovanih kar 94 % državljanov – DZZ je postalo že nekakšno obvezno zavarovanje.

Na prihodkovni strani so največji vir sredstev OZZ prispevki iz dohodkov, zavarovancev in delodajalcev; ostali del OZZ so prispevki od pokojnin in kot najmanjši del prispevki kmetov. Poleg OZZ, prihodke v zdravstveni sistem tvorijo še sredstva proračuna RS in občinskih proračunov.

Na področju izdatkov Slovenija ne kaže odstopanj od primerljivih držav. Od sredine leta 1990 so izdatki za zdravstvo na prebivalca (merjeno po pariteti kupne moči, PPP\$) med povprečjem EU-15 in EU-13. Ta položaj je v skladu s preostalimi slovenskimi ekonomskimi kazalniki, ki so prav tako v povprečju med EU-15 in EU-13. Tudi pri podrobni analizi porabe

finančnih virov za zdravstveno varstvo ni presenečenj. Kot v večini držav se tudi v Sloveniji pretežni del porabi za bolnišnično zdravljenje (41,5 %), sledijo specialistična ambulantna dejavnost (23,7 %) in sredstva za zdravila ter medicinske pripomočke (23,3 %). Pomembno je izpostaviti, da Slovenija ne izkazuje previsokih izdatkov za zdravila.

Pritiski na zdravstveni sistem se bodo nadaljevali kot posledica rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva, stalnega uvajanja novih tehnologij, rastočega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni, hitrega staranja populacije in z vedno večjimi pričakovanji ljudi. V letu 2014 je bila v Sloveniji pričakovana življenjska doba ob rojstvu 80,3 leta ali 1,1 leta več kot EU-28. Za ženske je znašala 83,3 leta, za moške pa 77,1 leta. V Sloveniji je ob rojstvu pričakovana življenjska doba 80,3 leta – za ženske 83,3, za moške pa 77,1, kar pomeni za ženske 1,1 in moške 1,0 dlje kot v EU-28. Slovenija je v Evropski skupnosti ena izmed držav, v kateri se bodo javni izdatki zaradi staranja populacije do leta 2060 najbolj povečali. Izdatki za zdravstvo se bodo med letoma 2010 in 2060 predvidoma povečali od 0,5 do 2,6 % BDP. Izdatki za dolgotrajno oskrbo pa se bodo verjetno povečali z 1,4 % BDP v 2010 na 2,9 do 4,3 % BDP v letu 2060 (European Commission 2015).

Za prikaz zdravstvenega stanja posamezne države in primerjavo z drugimi državami se uporabljajo številni kazalniki. Glede na pričakovano trajanje življenja se od leta 1990 dalje vztrajno zmanjšuje razkorak med novimi državami članicami (EU-13) in starimi državami članicami (EU-15). Umrljivost dojenčkov se pogosto uporablja tudi kot kazalnik učinkovitosti zdravstvenega sistema. Leta 1990 je bila Slovenija po tem kazalniku v povprečju EU-15, v zadnjih letih pa se je povzpela v sam vrh med evropskimi državami (European Health for All database (HFA-DB) 2015).

Mednarodna raziskava o prednostih primarnega zdravstvenega varstva »Spremljanje primarnega zdravstvenega varstva« je ocenila 77 kazalnikov za leti 2009 in 2010 in med drugim vključila področja upravljanja, razvoja kadrov, dostopnosti, kontinuitete, koordinacije in obsega. Kazalniki za Slovenijo kažejo, da je primarno zdravstveno varstvo zelo dobro in boljše kot v sosednjih državah (Kringos 2012). V Sloveniji smo namreč sistemu primarnega zdravstva dodelil vlogo vratarja v zdravstveni sistem. Prav mednarodne organizacije (kot sta SZO in Svetovna banka) so imele ključno vlogo pri vzpostavitvi modela družinske medicine po zgledu angleškega in nizozemskega modela.

Po številu postelj na 1.000 prebivalcev za akutno obravnavo je Slovenija v povprečju EU-15 od zgodnjih devetdesetih let, v nasprotju z državami Srednje in Vzhodne Evrope, ki so drastično zmanjšale število postelj. Glede na število dni v akutni obravnavi, število odpustov

in število ambulantnih obiskov Slovenija ne odstopa od povprečja EU-15. Slovenija ima najnižje število zasebnih postelj za akutno obravnavo na 1.000 prebivalcev v EU-28. Izstopanje lahko opazimo v nizki zasedenosti bolnišnic za akutno obravnavo, kar kaže na pregosto mrežo na sekundarni ravni. Podatki bi zahtevali nujne strateške ukrepe racionalizacije mreže, subspecializacije in povezovanja izvajalcev. Z nizkim številom zdravnikov Slovenija negativno odstopa v EU-28, pri tem je število medicinskih sester v povprečju (European Health for All database (HFA-DB) 2015).

Proces nakupovanja in plačevanja storitev ima ključno vlogo pri zagotavljanju dostopnosti in spodbujanju učinkovitosti v sistemu zdravstvenega varstva. Na tem področju je v Sloveniji še veliko možnosti izboljšav za vzpostavitev učinkovitega in strateškega pristopa nakupovanja zdravstvenih storitev tako, da so razpoložljivi viri lahko optimalno izkoriščeni in uporabljeni. Celovit proces strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev vsebuje oba osnovna procesa: tako nakupovanje kot plačevanje storitev, kar zagotavlja spodbujanje kakovosti in učinkovitosti pri porabi finančnih virov v zdravstvu. Strateško nakupovanje vključuje odločitve o tem, katere pravice naj bi se kupovale, kako naj bi bile kupljene (proces nakupovanja) in kakšni modeli plačevanja storitev naj bi se uporabljali. V Sloveniji nimamo natančnega seznama za večino storitev, ki se plačujejo iz OZZ. Pri določanju obsega košarice pravic se učinkovitost in stroškovna učinkovitost zdravstvenih storitev ne upošteva, saj vrednotenje zdravstvenih tehnologij na nacionalnem nivoju ni sistematično institucionalizirano, predvsem ne v fazi pregleda analiz vrednotenj. Proces odločanja o tem, kaj bo krito iz OZZ bi moral biti transparenten; podlage za odločanje bi moral biti jasne in javno dostopne. Pri tem je vključevanje deležnikov ključnega pomena. Od dosežene samostojnosti Slovenije ZZZS kot plačnik zdravstvenih storitev v javni mreži ni razvil orodij strateškega naročanja in plačevanja storitev. V celotnem obdobju je bilo vključenih zelo malo vzpodbud izvajalcem za izboljševanje kakovosti in učinkovitosti, sredstva niso bila vedno razdeljena po prioritetnih področjih. Preko plačil produkcijskih faktorjev (delo, materiali, storitve, amortizacija) je ZZZS posredno vplival na nespremenljivost mreže izvajalcev. Spreminjal se je le obseg storitev pri posameznem izvajalcu glede na morebitno razpoložljivost dodatnih sredstev, nikakor pa ne glede na kakovost izvedenih storitev.

Selektivnost izvajalcev predstavlja izjemno zahtevno nalogo, izogibanje selektivnosti pa ima lahko negativne posledice. Pristopov v našem prostoru ni bilo veliko, pa še obstoječi so bili večinoma spolitizirani in opuščeni. Uporaba pripoznanih orodij spremljanja izidov zdravljenja in upoštevanje vseh spremenljivih parametrov bi lahko spremenila dolgoletno

neselektivnost pri izbiri izvajalcev. V letu 2012 je bil na predlog Ministrstva za zdravje preko »Splošnega dogovora« uveden obvezni kriterij potrebnih minimalnih storitev na leto na ravni bolnišnice kot pogoj za sklenitev pogodbe med bolnišnicami in ZZZS. Potrebnih 50 storitev naj bi se v naslednjih letih postopno povečevalo po izdelani projekciji. Izjema so bile storitve nižjega obsega na nacionalni ravni, ki so jih izvajale terciarne ustanove. Ukrep se je spolitiziral in izigral že po letu dni. Od številnih razpoložljivih orodij za zagotavljanje kakovosti, varnosti in učinkovitosti ima samo sistem mednarodne akreditacije bolnišnic s strani plačnika dokazano resnost namere v obliki finančne kazni, saj lahko bolnišnica izgubi 0,2 % letnega proračuna, če ni vključena v proces akreditacije.

Medtem ko obstajajo številni kazalniki, ki merijo napake, neželene dogodke, smrtnost in druge potencialne negativne učinke, ki v postopkih zdravljenja nastanejo, kazalniki, ki bi merili učinek zdravstvenega postopka na zdravje državljanov, v Sloveniji ne obstajajo. Tako ne vemo, kateri postopki, zdravila, tehnologije imajo na zdravstveno stanje državljanov pozitiven vpliv, kateri negativnega in kateri vpliva sploh nimajo. Ker izidov zdravstvenih stanj ne merimo, jih ne moremo primerjati s stroški in posledično stroškovne učinkovitosti posameznih tehnologij ne moremo izmeriti. Raziskovalci tako uporabljajo pragmatičen pristop in zdravstvene tehnologije vrednotijo na osnovi podatkov v literaturi, ki pa ni vedno sodobna, zanesljiva ali primerna za slovenske razmere, prav tako pa ne omogoča nadaljnjih analiz.

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

3 Merjenje zdravstvenih izidov: pregled in analiza metod

Košarica ali paket pravic predstavlja celovitost zdravstvenih storitev in izdelkov, ki jih pokrivajo javne zavarovalne sheme. 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 in drugi 2005).

Danes se mora košarica zdravstvenih storitev vzpostaviti in vzdrževati v skladu z načeli kakovosti, uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakopravnosti in osredotočenosti na pacienta. Košarica osnovnih zdravstvenih pravic naj bi vključevala predvsem tiste storitve, ki pokrivajo ključne zdravstvene potrebe prebivalstva. Standardizirane in prioritete storitve bi morale biti dostopne vsem državljanom in državljanke ter krite iz javnih sredstev. Izvajalci morajo te storitve izvajati varno, kakovostno in v zadostnem obsegu, da je dostop do njih pravočasen ter geografsko ustrezen. Preko racionalizacije in reorganizacije zdravstvenega sistema mora biti nabor teh storitev postavljen preko medicinske stroke z vključenostjo državljanov in kasneje družbenega dogovora o tem, koliko smo pripravljeni prispevati za zdravje in v kolikšni meri želimo zdravje zagotavljati na solidarnostni način. Boljše zdravje obolelim najučinkoviteje zagotavljamo z varnimi in kakovostnimi zdravstvenimi tehnologijami, ki so v sistem uvedene na smiseln način. Smotrna zdravstvena tehnologija je tista, kjer je izid zdravstvene storitve tak, da upravičuje stroške, ki v zvezi z zdravstveno storitvijo nastanejo. Natančno in konsistentno vrednotenje zdravstvenih tehnologij je zato nujno v vseh zdravstvenih sistemih, še posebej v tistih, kjer je financiranje potreb težje. Potrebno je namreč stremeti k optimalni in pregledni košarici pravic, ki bi morala biti dosegljiva z javnimi sredstvi. Pri tem se moramo zavedati, da je tudi mreža zdravstvenega sistema, ki zajema izvajalce, njihove kapacitete ter število in kakovost vseh

storitev, ki jih izvajajo ter predpisanih metod zdravljenja, vsebinsko del osnovne košarice pravic. Prožnosti in vzdržnosti košarice pravic pa ni možno zagotoviti brez spremljanja, boljše merjenja, izidov zdravljenja. Zato je v določitev košarice pravic potrebno vključiti vrednotenje inovativnih tehnologij in vseh obstoječih programov.

3.1 Vrednotenje zdravstvenih tehnologij

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (VZT) je postopek, v katerem se skušamo na osnovi dejstev in rezultatov analize odločiti, ali je smotrno financirati obravnavano zdravstveno tehnologijo z javnimi sredstvi ali ne. Seme za današnji sistem VZT je bilo zasajeno v 70. letih prejšnjega stoletja v ZDA kot posledica razprav o širitvi in neučinkoviti uporabi novih zdravstvenih tehnologij. Danes je VZT postalo dobro uveljavljen pristop v mnogih evropskih državah, čeprav za različen obseg zdravstvenih tehnologij.

V postopku VZT samo tehnologijo preverimo z več vidikov, eden najpomembnejših pogledov na tehnologijo pa je vidik pacientov. Obstajajo različni načini vključitve pacientov v procese vrednotenja zdravstvenih tehnologij, ki potekajo na različnih stopnjah – pri kolektivnem odločanju o košarici pravic se pacienti velikokrat pritožujejo, da njihovo mnenje ni zadostno upoštevano. VZT je torej »večdisciplinarni 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.«

V skoraj vseh zdravstvenih sistemih odločitve o plačilu zdravil vključujejo neko različico ocene dokazov, veliko držav pa je razširilo obseg VZT 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 VZT vplivajo na vključitev teh tehnologij v košarico pravic, se spreminja in je lahko neposredno povezana z odločitvijo o kritju ali pa predstavlja le temelj za različne ravni odločanja.

Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu je usmerila države članice k vpeljevanju VZT v kontekstu evropske mreže VZT. Slovenija je zadolžila Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) za pripravo strokovnih podlag za VZT. Tako je zagotovljen samo pravni okvir, implementacija pa se še ni začela. NIJZ in Inštitut za ekonomska raziskovanja (IER) sta bila partnerja Evropske mreže za

vrednotenje zdravstvenih tehnologij EUnetHTA, od leta 2016 dalje pa je partner Ministrstvo za zdravje (Hočevar 2015).

Obstajajo različne vrste ustanov, ki izvajajo VZT, kar 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 inštitucijami, ki pripravljajo poročila za svetovanje pri odločanju, in organi, ki so neposredno odgovorni za uvajanje zdravstvenih tehnologij. Številni deležniki se lahko vključijo na različnih točkah procesa odločanja, ki temelji na dokazih iz VZT. Sodelovanje deležnikov je bistveno za legitimnost in preglednost sprejetih odločitev. Na koncu pa je odgovornost odločevalcev (ali plačnikov ali politikov), da pri svojih odločitvah upoštevajo rezultate VZT. Pravna in/ali regulativna postavitev 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 VZT, ne glede na njihovo preudarnost in pomembnost, izgubljeni, dokler ni politične volje za uvedbo in prevzemanje težkih odločitev, če so zdravstvene tehnologije brez vrednosti. 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 (Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev 2015).

Centralno evropske in vzhodne države (CEED), ki jih je zajemala nedavna študija (Gulacsi in drugi 2014), so v zadnjih letih storile pomembne korake k institucionalizaciji odločitev o zavarovanju, ki temeljijo na dokazi. Uporaba VZT je bila vključena v zakonodajo v več državah (npr. Bolgarija, Madžarska, Poljska, Romunija), pomembnost organov za VZT in rezultatov VZT pri odločanju pa je različno. Tako so zdravstvene storitve, ki zahtevajo povračilo stroškov iz naslova zavarovanja, predmet VZT v več državah regije CEED. Države, v katerih je VZT na novo institucionalizirano, pri vrednotenju pogosto upoštevajo študije VZT držav, kjer je ta koncept že dobro vpeljan. Nove analize so redkejšje (v zadnjih letih jih je bilo nekaj v okviru madžarske in poljske agencije). Vseh pet držav regije CEED ima omejene strokovne zmogljivosti za opravljanje VZT, mednarodno sodelovanje in izmenjava izkušenj je standardna praksa. Zato se priporoča, da naj strokovnjaki za VZT v državah regije CEED ustanovijo svojo skupnost – poleg teh na evropski in mednarodni ravni – in omogočijo bolj usmerjeno podporno mrežo, sodelovanje in bolj poglobljeno izvajanje VZT na splošno.

V Sloveniji nimamo formalno vzpostavljenega sistema VZT. Vlada RS je sicer sprejela poseben protokol za ovrednotenje predlogov za financiranje nove diagnostike, zdravljenja, postopkov in terapij. Zdravstveni svet na Ministrstvu za zdravje predloge novih zdravstvenih tehnologij oceni s vprašalnikom, ki temelji na načelih VZT. Nato odobrene predloge obravnavajo partnerji: Ministrstvo za zdravje, ZZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti, njihovo kritje z OZZ pa je predmet letnih dogovarjanj (Novi postopek obravnave vlog za nove zdravstvene programe 2015).

Sistem VZT pa deluje pri razvrščanju zdravil, ki se sistematično ovrednotijo po odobritvi dovoljenja za promet ter uvrstijo na pozitivno ali vmesno listo. ZZZS skliče Komisijo za razvrščanje zdravil na listo zdravil zato, da poda ustrezna priporočila, končno odločitev za vključitev pa sprejme ZZZS. Glavno merilo izbora je učinkovitost zdravila, pomembni kriteriji so stroški in stroškovna učinkovitost. Odločitve komisije temeljijo na predstavljenih relativnih terapevtskih vrednosti zdravila in razmerja med stroški in koristmi zdravila izraženega v QALY, prag za sprejem stroškovne učinkovitosti zdravil je 25.000 EUR (Sklep o določitvi mejnega razmerja stroškovne učinkovitosti 2013). V procesu sodelujejo neodvisni strokovnjaki s sistemskim znanjem s področja zdravil (Poslovnik komisije za razvrščanje zdravil na listo 2014). Svojo odločitev objavljajo na spletni strani, njihova ocena pa je strogo zaupna in se ne objavlja.

Medicinski pripomočki in druge zdravstvene tehnologije pa niso ocenjewane, uvedba medicinskih pripomočkov v javno financiranje temelji izključno na pogajanjih o cenah.

3.2 Pregled določanja pravic po državah EU

Na Nizozemskem vlada določi seznam »ključnih« pravic, ki jih morajo zavarovalnice zagotoviti po zakonu, temelječem na priporočilih Nacionalnega zdravstvenega inštituta (*Zorginstituut Nederland*). Večinoma se priporoča vključitev storitev, za katere se po vrednotenju na podlagi dokazov ugotovi, da so stroškovno učinkovite. Vsa zdravila in medicinski pripomočki so ocenjeni, za oceno drugih kategorij (npr. zdravstvene storitve) pa morajo izvajalci pisno zaprositi. Pri oceni intervencije *Zorginstituut* upošteva naslednja štiri merila: nujnost (resnost stanja in sposobnost bolnikov, da zdravljenje plačajo sami), uspešnost, stroškovno učinkovitost in izvedljivost (vključno z upoštevanjem trajnosti). Pri sklepanju pogodb z izvajalci imajo zavarovalnice precejšen maneverski prostor, zato se med zavarovalnicami pojavljajo razlike v vsebini pogodbenih pravic (Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev 2015).

V Nemčiji Zvezna komisija (*Gemeinsamer Bundesausschuss*, G-BA) z direktivo določi ali spremeni seznam pravic, ki so krite preko zdravstvenega zavarovanja. Splošni pristop za kritje storitev se razlikuje po ravneh oskrbe: pri bolnišnični obravnavi se storitve lahko ponudijo (in so stroški povrnjeni), razen če jih G-BA 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 vrednotenju diagnostičnih ali terapevtskih koristi, zdravstvene nujnosti in stroškovne učinkovitosti. G-BA je podprta z znanstveno oceno dokazov koristi za zdravje, 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 tehnologije s seznama (Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev 2015).

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, National Institute for Health and Care Excellence) v Angliji izda smernice za klinično učinkovita zdravljenja, ki jih zagotavlja NHS (National Health System), in ovrednoti zdravstvene tehnologije glede njihove učinkovitosti in še posebej stroškovne učinkovitosti. Člani komisij za vrednotenje zdravstvenih tehnologij v NICE so predstavniki nacionalnega zdravstvenega sistema, predstavniki akademskega sveta, organizacij pacientov in skrbnikov ter farmacevtske industrije. NHS ponudi le pozitivno ovrednotene tehnologije; moč za sprejem končne odločitve pa imajo NHS v Angliji in odbor NHS na Škotskem. Končne odločitve NICE ne temeljijo le na primerjalni stroškovni učinkovitosti, ampak vključujejo tudi druge dejavnike. NICE lahko uporabo tehnologije omeji na določeno subpopulacijo, diagnozo ipd. (Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev 2015).

Norveška prav tako nima natančnega seznama pravic. Parlament določi področja oskrbe, ki bodo zajeta v javno financiranem zdravstvenem sistemu, skupaj z merili za delitev stroškov in njeno zgornjo mejo. Potrebo po določenih zdravljenjih, na primer po nenujnih operacijah, določi odgovorni 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, 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 norveških kron ali 60.355 USD na pridobljen QALY). Norveški znanstveni center za zdravstvene storitve 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 (Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev 2015).

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). 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 (Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev 2015).

3.3 Merjenje izidov zdravstvenih storitev

Zdravstveni sistemi pripadajo ljudem. Namen zdravstvenega sistema je izboljšanje zdravja in blagostanja ljudi, večina zdravstvenih sistemov stremi k zniževanju simptomov, minimiziranju nezmogljivosti in izboljševanju kakovosti življenja. Podpirajo nas, da smo duševno in fizično zdravi, da ozdravimo, kadar smo bolni. Kadar ne zmoremo popolnoma ozdraveti, zdravstveni sistemi poskrbijo, da ostanemo v najboljšem možnem zdravstvenem stanju do konca življenja.

V zadnjem desetletju skušajo zdravstveni sistemi po svetu zagotoviti, da so pacienti in skrbniki kar najbolj vključeni v odločanje o zdravstvenih storitvah, o njihovem načrtovanju, izvajanju ter evalvaciji. Paciente želimo postaviti v center zdravstvenega sistema in prav je, da jih v postopke določanja pravic vključimo že na samem začetku. Pacienti namreč želijo biti vključeni, njihovo mnenje pa lahko pozitivno vpliva na zdravstvene usluge in zdravstvene delavce. Kljub vsem naporom vključevanja pacientov v vse faze postopkov odločanja pa so odzivi pacientov skeptični – še vedno namreč menijo, da svoje mnenje sicer lahko povedo, le

redko pa je pri končnih odločitvah upoštevano, njihovo mnenje naj bi na končne odločitve imelo le zanemarljiv vpliv.

NICE v Angliji, ki je zagotovo v svetovnem merilu vodilna institucija glede vključevanja različnih deležnikov v procese odločanja o javnem financiranju zdravstvenih storitev, od leta 1999 v svoje procese vključuje paciente in skrbnike kot uporabnike zdravstvenih storitev, vsako leto pa med njimi izvede tudi anketo, kako zadovoljni so s svojim doprinosom in načinom sodelovanja v procesih odločanja. Cilj takega preglednega in vse vključujočega delovanja NICE je dati ljudem priložnost sodelovanja pri razvoju smernic, standardov kakovosti in odločanju o vključevanju zdravstvenih tehnologij v javno financiranje z namenom večjega fokusa in pomena odločitev za zavarovance – predstavniki pacientov in skrbnikov naj bi v procesih odločanja predstavili svoj pogled na bolezen, svoje izkušnje z boleznijo ter naredili smernice in odločitve pacientu bolj prijazne (NICE - National Institute for Health and Care Excellence 2013).

V Evropi že več kot desetletje vemo, da na izdatke za zdravstvo ne smemo gledati kot na stroške, pač pa kot na investicijo. Kljub vsemu se vsakodnevna zdravstvena politika še vedno marsikje osredotoča predvsem na stroške in njihovo obvladovanje, kar je zagotovo potrebno, ni pa bistveno. Če so izdatki za zdravje res investicija, nas zanima donos na investicijo. V primeru investicije v zdravstvo je donos zdravje. Zgleda pa, kot da nas vrednost, ki jo prinaša vložek oz. investicija, bore malo zanima. Medtem ko v nekaterih ekonomskih sektorjih vrednost investicije uspešno in natančno merimo, smo na področju zdravstva v tem oziru zelo neprevidni in nenatančni. Faz evalvacije večinoma ni, izdelane in natančne metodologije za merjenje zdravstvenih izidov pa večinoma ne uporabljamo. Če ne poznamo izidov zdravstvenih storitev, ima to posledice – finančnih spodbud v sistemu ne moremo pravilno naravnati na najbolj učinkovite zdravstvene storitve, ki prinašajo največjo vrednost za zdravje.

Merjenje zdravstvenih izidov ni enostavno, države se ga večinoma lotevajo postopno. Priporočljiv pristop je preko pilotnih projektov merjenja zdravstvenih izidov na izbranem spektru prioriternih zdravstvenih posegov. Slednje je smiselno izbrati glede na nacionalno patologijo, obseg storitev ter izbranih izvajalcih. Tako je možno vzpostaviti varne podatkovne baze, skrbnika za sprotno čiščenje in analizo podatkov za redno poročanje pred nacionalnimi in strateškimi projekti. Vzpostavljeno merjenje zdravstvenih izidov na nacionalni ravni omogoča vpogled v kakovost, varnost in učinkovitost izvedenih zdravstvenih storitev na nacionalni ravni, kakor tudi primerjavo med posameznimi izvajalci. Z uporabo mednarodno

primerljivih orodij nam izmerjeni izidi omogočajo primerjavo učinkovitosti izvajalcev na mednarodni ravni in sproti vpogled v zdravstveno stanje splošne populacije ter posameznih skupin pacientov, za katere izide merimo. Z dodatnimi analizami nam izmerjeni izidi omogočajo vpogled v vpliv obremenjenosti zdravstvenih timov na izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Merjenje zdravstvenih izidov omogoča pacientom vpogled v koristnost posameznih zdravstvenih posegov in tehnologij. Omogoča jim izbiro izvajalca, saj lahko vidijo rezultate zdravstvenih posegov.

Trenutno najbolj razširjena metodologija, ki primerja vrednosti različnih zdravljenj z njihovimi stroški, je metodologija pridobljenih QALY. Kakovostna prilagojena leta življenja so leta v polni kakovosti, ki jih pridobimo in preživimo zaradi zdravljenja. Izračunamo jih na način, da oceno kakovosti zdravstvenega stanja zmnožimo z leti, ki jih dobimo po zdravljenju. Preference do zdravstvenih stanj ali njihovo koristnost ali njihovo vrednost ocenimo na lestvici od 0 (smrt) do 1 (najboljše možno zdravstveno stanje, ki si ga lahko zamislimo). Nekatera zdravstvena stanja imajo tudi negativno vrednost v primeru, da jih ocenimo kot slabša kot smrt. Če skušamo prikazati na primeru, si zamislimo, da se nahajamo v zdravstvenem stanju A, ki je ocenjeno z vrednostjo 0,4. Na razpolago imamo dve terapiji – če pustimo vse ostale stvari nespremenjene (stroške, število let, možnosti zdravljenja) – in nas prva terapija zdravljenja popelje v zdravstveno stanje B, ki je ocenjeno z vrednostjo 0,8, druga terapija pa v zdravstveno stanje C, ki je ocenjeno z vrednostjo 0,9, se bomo seveda odločili za drugo terapijo, saj se naše zdravstveno stanje izboljša bolj kot s prvo terapijo. Končni izračun oz. odločitev, katero zdravljenje je bolj primerno, je torej poleg vseh drugih dejavnikov odvisno tudi od ocene koristnosti zdravstvenih stanj. Seveda obstajajo zdravljenja, kjer se koristnost s terapijo ne spremeni zelo, zato v takih primerih uporabljena metodologija ni smiselna; uporabna je predvsem takrat, ko zdravljenje v veliki meri vpliva predvsem na kakovost življenja oz. kadar pridobljenih let življenja ne preživimo v polnem zdravju.

3.4 Subjektivne mere kakovosti življenj

Relativna prioriteta, ki jo pripišemo različnim vrstam zdravljenja ali storitvam, zaradi zahtev javnosti po sodelovanju v odločanju v zdravstvu v določeni meri sloni na preferencah oz. na koristnosti ali vrednosti, ki jo ljudje pripišejo različnim zdravstvenim stanjem (primer je lahko paliativna oskrba v primerjavi z intenzivno nego). Poleg objektivnega in strokovnega vrednotenja zdravstvenih stanj se tako v ospredje postavlja subjektivno vrednotenje oz.

vrednotenje zdravstvenih stanj s strani bolnikov oz. potencialnih bolnikov, tj. javnosti (Joyce 1999).

Zdravstveno stanje posameznika kot sistem različnih komponent se (še) ne da meriti s preprostim kazalcem oz. indeksom. Zato si moramo pomagati z drugačnimi pokazatelji zdravja oz. njegove odsotnosti. Stroka je razvila koncept, ki podaja informacijo o tem, kakšna je posameznikova subjektivna ocena lastnega zdravja. Različne vrste teh uporabljajo mnogi raziskovalci zdravstvenega stanja prebivalstva, saj (ob običajnih pristranskostih v poročanju, ki se jim je težje izogniti) vključujejo oceno tako psihične kot fizične komponente človekovega zdravja (Prevolnik Rupel in drugi 2005). Tako pridobljene subjektivne ocene so se izkazale kot zelo dobre mere posameznikovega zdravstvenega stanja in njegove blaginje ter kot napovedovalec smrtnosti tudi takrat, ko se iz modelov izloči vpliv drugih pomembnih spremenljivk (Ettner 1996). Subjektivna ocena zdravstvenega stanja se izogne pasti pristranskosti zunanjega ocenjevalca, omogoča merjenje vpliva zdravljenja na celotno zdravstveno komponento kvalitete življenja in ni nujno manj informativna kot klinična ocena fizične prizadetosti. Bolniki znajo pravilno oceniti svojo fizično prizadetost, hkrati pa večjo težo pri oceni dajejo manj otipljivim dejavnikom zdravja, kot sta npr. duševno stanje in vitalnost. Zdravniki, ki jim je dobro poznan običajen potek bolezni, po drugi strani navadno ne znajo oceniti celotne kvalitete življenja posameznika in se osredotočajo bolj na fizično manifestacijo bolezni (Rothwell in drugi 1997). Po drugi strani Luft meni, da bolniki sicer podcenjujejo svoje splošno fizično stanje in precenjujejo svojo delovno zmožnost, vendar naj ta pristranskost, razen pri duševnih boleznih, ne bi pomembno vplivala na rezultate analize. Izkaže se, da so razlike med oceno zdravstvenega stanja, kot ga določi zdravnik in kot ga oceni bolnik, povezane s tem, koliko bolezensko stanje respondenta omejuje (Luft 1978).

3.4.1 Subjektivno merjenje kakovosti življenja

Literatura navaja obstoj vsaj 800 različnih dimenzij kakovosti življenja in poskusov njihovega merjenja. Raziskovalci so te dimenzije razvrstili v dve kategoriji: objektivno in subjektivno. Subjektivna dimenzija kakovosti življenja je definirana kot sposobnost posameznika, da deluje znotraj različnih vlog družbenega življenja, medtem ko v objektivno dimenzijo spada ekonomski status posameznika, ki vpliva na dostopnost do zdravstvenih storitev in posledično prav tako vpliva na posameznikovo kakovost življenja (Cheung Chung 1997).

Z zdravjem povezana kakovost življenja (HRQOL) predstavlja večplastni koncept. Ponuja priložnost nasloviti kompromis med dolžino in kakovostjo posameznikovega življenja. Z zdravjem povezana kakovost življenja se nanaša na oceno trenutnega ali bodočega

zdravstvenega stanja in trajanja življenja, ki je povezano z oslabitvami, določenimi funkcionalnimi stanji, percepcijami in družbenimi priložnostmi, na katere imajo vpliv tako bolezni, poškodbe, oskrba, kot tudi politika. Z zdravjem povezana kakovost življenja predstavlja kombinacijo med absolutnim zdravjem, percepcijo aktualnega ali potencialnega zdravstvenega stanja in med invalidnostjo. Sestavljena je iz kliničnih in družbeno vedenjskih faktorjev in, kot pravita Gift in Atchison, se razlikuje od splošne kakovosti življenja, ki pomeni širok termin, za katerega je značilno, da nadomešča tiste elemente, na katere zdravje vpliva. Kakovost življenja je pogosto pogojena s posameznikovimi izkušnjami, kot so zaposlitev, revščina, življenjski pogoji, prihodek ipd., ki odražajo blagostanje in zadovoljstvo s vsakodnevnim življenjem. Ena izmed širokih konceptualizacij predstavlja kvantiteto in kakovost življenja skozi 5 različnih domen: priložnost/vzdržljivost, percepcija zdravja, funkcionalna stanja, invalidnost/bolezni in trajanje življenja. Vrednost teh domen se skozi življenje spreminja (Gift in Atchison 1995).

Zdravje pomeni splošno vrednoto in je ključni dejavnik za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika ter skupnosti kot celote. Zato zdravje in skrb zanj nista le interes posameznika, temveč odgovornost celotne družbe. Zdravja še ni mogoče neposredno kvantitativno meriti, zato se uporabljajo posredni kazalniki in subjektivno doživljanje zdravja. Za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva se med drugim uporabljajo tudi povprečno pričakovano trajanje življenja, leta zdravega življenja, obolevnost, smrtnost, prehranjevalne navade in subjektivno ocenjevanje zdravja (Vrabič Kek 2012).

Subjektivno vrednotenje zdravstvenih stanj se v zadnjem desetletju v vedno večji meri uporablja pri določanju kakovosti življenja populacije. Uporablja se pri izračunu QALY v analizah stroškov in koristnosti. Te analize so v kar nekaj državah priporočljive ali pa že celo obvezne pri sprejemanju odločitev o financiranju novih zdravstvenih programov, opreme ali zdravil; vplivajo torej na razporejanje omejenih sredstev za zdravstvo, kar posledično vpliva na razvoj zdravstva (Rupel Prevolnik in Ogorevc 2009).

Danes številne študije, ki se nanašajo na izide zdravljenja in intervencije, vključujejo določeno vrsto merjenja kakovosti življenja – ne glede na to, ali gre zgolj za ocenjevanje simptomov in fiziološke funkcionalnosti ali za širši koncept, ki vključuje tudi psihološko blagostanje, zadovoljstvo z življenjem, družbeno podporo ipd. V primerjavi s prvimi študijami, ki so se ukvarjale z merjenjem kakovosti življenja, so študije dandanes bolj umerjene na pacienta (Bowling 1999). Ocena kakovosti življenja povezana z zdravjem je pomembna pri klinični obravnavi in bi zato morala biti uporabljena za celovit pristop pri

zdravljenju (Thyberg in drugi 2015). Posploševanje ni možno, vendar se nakazuje, da je najmočnejša povezava med emocionalno-socialnimi vidiki kakovosti življenja povezana z zdravjem in zadovoljstvom ob stikih in komunikaciji z zdravstveni strokovnjaki (How in drugi 2009).

Zbiranje informacij o posameznikovih subjektivnih ocenah poteka skozi različne metode družboslovnega raziskovanja. Pogosto se v subjektivnih analizah kakovosti življenja uporablja t. i. pristop »področja življenja« (*domains of life approach*), med katera sodijo: materialno blagostanje, intimnost, produktivnost, varnost, emocionalno blagostanje, skupnost in zdravje. McCrea in drugi pa razpravljajo tudi o t. i. »urbanih« domenah kakovosti življenja, kjer je potrebno znotraj okvirov dojemanja kakovosti življenja razlikovati med kakovostjo življenja, ki izvira iz urbanega okolja (npr. soseska, skupnost, regija) in kakovostjo življenja, ki jo posameznik doživlja v urbanem okolju (gre za zadovoljstvo z vsemi področji v življenju: npr. službo, družbenimi odnosi, zdravjem, sosesko). Znotraj tega gre za povezavo med objektivnimi dimenzijami urbanega okolja in posameznikovo percepcijo urbanega okolja. Pri samoocenjevanju lahko govorimo o psihološkem procesu, saj se posameznikove preference oz. percepcije kakovosti življenja močno povezujejo z njegovim zadovoljstvom do posameznega vidika življenja. Zadovoljstvo znotraj teh področjih se nato pogosto uporablja za napovedovanje globalne/splošne ocene življenja (McCrea in drugi 2011).

Samooцена zdravja kot mnenjski kazalec velja za enega močnejših kazalcev zdravja, saj je močno povezana z objektiviziranimi kazalci zdravja in življenjskimi razmerami prebivalstva. Čeprav gre za subjektivno oceno, je ta nekakšna zmes posameznikovega videnja družbenih, bioloških in psiholoških dimenzij zdravja in posameznik vanjo, na sebi lasten način, vključuje elemente: medicinske diagnoze, njenega trajanja, silovitosti in simptomov, funkcionalnih zmožnosti, zaznave blagostanja in sposobnosti soočanja z življenjskimi situacijami, osebni odnos in optimistično/pesimistično naravnost ter lastno skrb za zdravje. Z omenjenimi kazalci torej »merimo« zdravje posameznika, družbene skupine ali celotne populacije. Ti kazalci kažejo porazdelitev zdravstvenih sredstev ter zdravstveni standard v posamezni državi (Javornik in Korošec 2003).

Nekateri raziskovalci so sicer skeptični do kazalnikov, ki so usmerjeni v pacienta (npr. do samoporočanja o zdravstvenem stanju in percepcije blagostanja), kljub temu pa se večina strinja, da je subjektivno merjenje izrednega pomena; zato postaja tudi vedno bolj popularna oblika merjenja, saj sta pacientovo zadovoljstvo in počutje veliko boljša kazalnika v primerjavi s statističnimi podatki, ki prikazujejo, kako bi se naj pacient v dani situaciji počutil.

Klinični kazalniki zato v tem kontekstu ne zadoščajo več za učinkovito merjenje kakovosti življenja (Bowling 1999).

Primerjalna analiza je potrdila statistično pomembne razlike med vrednotenji pacientov in splošne javnosti na štirih zdravstvenih dimenzijah: mobilnosti, običajnih dejavnostih, bolečinah ali nelagodju, in tesnobi ali depresiji. Za bolnike so zapleti povezani z mobilnostjo in običajnimi dejavnostmi manj problematični, kot problematične namreč izpostavljajo težave povezane z bolečino/tesnobo, največji odmik pa so težave povezane s tesnobo/depresijo. Na osnovi analize ni argumentov v prid uporabi preference splošne populacije v sistemu odločanja novih tehnologij. Vključitev bolnikov v proces vrednotenja zdravstvenega stanja bi vplivala na razdelitev sredstev za zdravstveno varstvo, zato je izredno pomembno vključiti preference bolnikov kot edine veljavne in merodajne. Odmik od preferenc splošne populacije na bolnikove bi spremenila prednostne naloge. Zdravljenje zdravstvenih težav, ki večinoma vplivajo na mobilnost bi prejela manj sredstev, prioriteta bi bila dodeljena zdravljenju za bolezni, pri katerih izstopa bolečina/neudobje in zlasti anksioznost/depresija (Ogorevc in drugi 2016). Na samooceno zdravstvenega stanja, glede na vrsto študij in poročil, vplivajo tako izobrazba, starost, določena kronična stanja in bruto družbeni prihodek (BDP) (Szende in Williams 2004; Williams 2005; Klemenc-Ketiš in drugi 2011).

Poročilo EuroQol skupine iz leta 2004 navaja, da na samooceno zdravstvenega stanja v veliki meri vpliva bruto družbeni prihodek (BDP). Države z višjim BDP-jem so poročale o manj težavah znotraj dimenzij mobilnosti in samooskrbe. Prav tako so države z višjim BDP-jem označile boljše zdravstveno stanje na vizualni analogni lestvici EQ VAS. Na zaznavo zdravstvenega stanja pa vpliva tudi višina izobrazbe (Szende in Williams 2004).

O vplivu na samooceno zdravstvenega stanja govori tudi Williams, ki pravi, da:

- samoocena zdravja na VAS lestvici upada z leti,
- samoporočana bolečina in neugodje naraščata z leti, medtem ko anksioznost in depresija z leti upadata in
- na posameznikove ocene vplivata tako starost kot izkušnja z boleznijo (Williams 2005).

To potrjuje slovenska študija Klemenc-Ketišev in drugih, ki ugotavlja, da so imeli vpliv na nizko samooceno zdravstvenega stanja v Sloveniji: primarna ali poklicna izobrazba, višja starost, povišan krvni pritisk, revmatične bolezni, bolezni povezano s hrbtenico, potrto/tesnoba, obisk urgence v zadnjem letu, hišni obisk družinskega zdravnika v zadnjem letu (Klemenc-Ketiš in drugi 2011).

V EU-27 je v letu 2009 ocenilo svoje splošno zdravstveno stanje za najmanj kot dobro v povprečju 68 % oseb, Slovenija pa se je po vrednosti tega kazalnika uvrstila na 7. mesto, torej spada pod povprečje EU-27. Odstotek zadovoljnih s svojim zdravstvenim stanjem je bil najnižji v Latviji in na Portugalskem (v vsaki po 48 %), najvišji pa na Irskem (več kot 83 %) in v Združenem kraljestvu (skoraj 80 %) (Vrabič Kek 2012).

3.4.2 Metoda merjenja preference

Eden izmed osredotočenj zdravstvene ekonomike predstavlja ravnovesje oz. kompromis med omejenimi sredstvi, ki so na voljo, in potrebo skupnosti po zdravstvenih storitvah oz. zdravju. Analiza stroškovne učinkovitosti, ki sicer predstavlja enega izmed temeljev ocenjevanja zdravstvene tehnologije, ne vključuje vseh zdravstvenih in »ne-zdravstvenih« rezultatov (tj. stroškov in koristi). Nekateri ekonomisti s področja zdravja so poskušali nadgraditi tovrstno metodo, medtem ko so se drugi lotili alternativnih metod. Ena izmed alternativnih metodologij se imenuje metoda preferenčnih tehnik oz. metoda merjenja preferenc. Cilj te metodologije so tako zdravstveni kot »ne-zdravstveni« izidi (tj. stroški in koristi), metodologija pa vključuje: kvalitativno analizo, t. i. »conjoint« analizo in metodo kontingenčnega vrednotenja (tj. koliko so posamezniki za posamezno dobro/storitev pripravljeni plačati) (Bridges 2003).

Metode merjenja preference, v primerjavi z analizo stroškovne učinkovitosti:

- so bolj celostne in se lahko usmerijo na vse relevantne vidike zdravstvene intervencije, vključno s procesom oskrbe; s tem, ko zajamejo večjo širino, postanejo bolj relevantne za deležnike, vključene v intervencijo (tj. paciente, zdravnike in politične odločevalce);
- se osredotočajo na individualne lastnosti znotraj intervencije, kar pomeni, da omogočajo primerjavo med intervencijami, opredeljujejo izboljšave in nove intervencije;
- ne potrebujejo domnev glede preferenc tveganj, ampak se osredotočajo na percepcijo tveganj vsakega posameznika oz. družbe;
- so dobro podprte s strani ekonomske teorije. To jim omogoča boljšo konceptualno privlačnost in lažje pojasnjevanje politikom ter zdravnikom;
- temeljijo na perspektivi blaginje. Pacientove preference postavljajo v osrčje analize (Bridges 2003).

Glede na interdisciplinarno naravo zdravstvene ekonomike so znotraj nje kvantitativne analize pogosto uporabljene. Njihova uporaba pa je še vedno zelo omejena; ovire obstajajo zaradi pomanjkanja prepoznavnosti in razumevanja tehnik. Kvalitativne

metode ciljajo na razumevanje posameznika ali skupine in lahko delujejo v točno določenem okolju. Uporabljajo neposredno opazovanje, intervjuje in fokusne skupine za ustvarjanje empiričnega opazovanja. Pomagajo raziskovalcem pri raziskovanju vzročnosti in interakcije z namenom obrazložitve osebnega in družbenega vedenja (Bridges 2003).

Conjoint analiza poskuša izmeriti preference na način, da mora anketiranec izbrati med različnimi scenariji. Če ima posameznik na voljo dve izbiri, lahko izbere tisto, ki mu je bližje, ali pa tudi izbere obe kot enakovredni možni izbiri. Tovrstne metode predstavljajo osrednji interes znotraj zdravstvene ekonomike. Izkazale so se kot veljaven napovedovalec resničnih odločitev. Za razliko analize stroškovne učinkovitosti so conjoint analize izredno fleksibilne. Kljub temu pa zahtevajo natančno in pazljivo načrtovanje. Izvajajo se preko anket ali intervjujev – odvisno od sposobnosti posamezne osebe in občutljivosti intervencije (Bridges 2003).

Metoda kontingenčnega vrednotenja oz. metoda pripravljenosti plačevanja poskuša oceniti vrednost medicinske intervencije iz perspektive posameznega pacienta ali družbe. Namen metode je preveriti maksimalni znesek, ki ga je pacient pripravljen plačati za ustrezne zdravstvene storitve (Bridges 2003).

Se pa omenjene tri metode, tako kot analiza stroškovne učinkovitosti, srečujejo z izzivi znotraj treh političnih konceptov oz. vprašanj, ki so povezani s/z: sposobnostjo financiranja, pristranskostjo v smeri statusa quo in endogenimi preferencami. Kljub temu pa so omenjene metode mnogo bolj transparente v primerjavi z analizo stroškovne učinkovitosti (Bridges 2003).

3.4.3 Preference v ekonomski analizi

Preference so v ekonomsko analizo vnesene v obliki koristnosti ali vrednot. Merjenje preferenc temelji na Von Neumannovi in Morgensternovi teoriji racionalnega odločanja v pogojih negotovosti, ki jo imenujemo tudi teorija koristnosti. Teorija se je razvila kot del teorije iger. Njun model je normativen, opisuje namreč, kako naj bi se racionalen posameznik odločal v pogojih negotovosti. V določenih okoliščinah se posamezniki resnično obnašajo po predpostavkah tega normativnega modela, čeprav se velikokrat ne (Loomes 1991). Bell in Farquhar sta postavila izhodiščne aksiome, ki definirajo racionalno obnašanje v pogojih negotovosti in so naslednji:

1. Preference obstajajo in so tranzitivne: posameznik je lahko pri izbiri med možnimi izidi y in y' indiferenten, lahko preferira izid y ali pa preferira izid y' . Če so možni trije izidi y , y'

in y'' in posameznik preferira y proti y' ter y' proti y'' , preferira tudi y proti y'' ; podobno je, če je posameznik indiferenten med y in y' ter med y' in y'' , je indiferenten tudi med y in y'' .

2. Neodvisnost: aksiom neodvisnosti pravi, da so preference med x_1 in x_2 nespremenjene, če obema postopkoma (x_1 in x_2) na enak način dodamo postopek x_3 . Posameznik bo tako indiferenten med dvema dvostopenjskima postopkoma. $x_1p + (1-p)x_3$ je tako dvostopenjski postopek y in $x_2p + (1-p)x_3$ je dvostopenjski postopek y' . Ker obe kombinaciji dveh postopkov vodita do x_3 z enako verjetnostjo $1-p$, se posameznik odloča o zanj boljšem postopku izključno na osnovi izbire (oz. svojih preferenc) do postopkov x_1 in x_2 .
3. Kontinuiteta preferenc: Če imamo tri izide, pri čemer je x_1 preferiran proti x_2 , ki je preferiran proti x_3 ($x_1 > x_2 > x_3$), obstaja verjetnost p , pri kateri je posameznik indiferenten med izidom x_2 , ki se zgodi z gotovostjo ali pa določen postopek, sestavljen iz izida x_1 , ki se zgodi z verjetnostjo p in izida x_3 , ki se zgodi z verjetnostjo $1-p$: $x_2 \sim (1-p)x_3 + px_1$ (Bell in Farquhar 1986).

Osnovne aksiome in teorijo so raziskovalci kasneje še dopolnjevali in razširili. Na prelomu stoletja je Vilfredo Pareto ugotovil, da je ordinalno merjenje koristnosti zadostno za merjenje preferenc. Še kasneje sta Debreu in Arrow podkrepila teorijo, da je kardinalno merjenje koristnosti nepotrebno, nemerljivo in da najbrž sploh ni mogoče.

V osnovi obstajata dve skupini načinov merjenja kakovostno prilagojenih let življenja, obe skušata vse vidike zdravja zajeti v eni sami meritveni lestvici (Williams 1987, 1995, 1996). Najbolj enostaven način so lestvične mere, kjer skušajo pacienti na lestvici od 0 do 1 ovrednotiti svoje zdravje. Lestvične mere so enostavne in se v ekonomskih raziskavah največ uporabljajo, čeprav svoje teoretične podlage nimajo v ekonomiji. Drugi načini so metode izbire, kamor kot dve najbolj pogosto uporabljani metodi sodita metoda naključnega izbiranja in metoda časovne izmenjave.

Merjenje preferenc zdravstvenih izidov je časovno zelo zahtevno in kompleksno. Merjenju se lahko izognemo z uporabo predhodno izmerjenih preferenčnih sistemov oz. instrumentov. Obstajajo številni instrumenti za merjenje preferenc, vsak priporoča svojo metodo merjenja (VAS, TTO, SG, PTO), zajema različno število različnih kategorij in ima različne priporočene uporabe. Le trije preferenčni sistemi imajo že vnaprej določene vrednosti zdravstvenih stanj: QWB, HUI in EQ-5D (Ubel in drugi 2000; Kind in Dolan 2005).

3.4.4 Preferenčni sistemi in instrumenti

HRQOL postaja vedno bolj pomembno za vrednotenje učinkovitosti zdravstvenih intervencij in ocenjevanje zdravja populacije. Preferenčni instrumenti, kot podskupina meritev z zdravjem povezane kakovosti življenja, dovoljujejo primerjavo splošnega zdravstvenega stanja znotraj populacije in so zelo primerni ter uporabni znotraj ekonomskih analiz. Primerni so za uporabo znotraj kliničnih študij in nepogrešljivi pri izračunavanju QALY (Moock in Kohlmann 2008).

Zdrava leta življenja se lahko merijo z različnimi merskimi pristopi. Večina teh pristopov ne zagotavlja enotne numerične vrednosti, pomembne za količinsko določitev preferenc, uporabnosti in vrednotenja, povezanih s kakršnokoli vrsto zdravstvenega stanja. Običajno se takšne vrednosti da pridobiti zgolj skozi neposredno merjenje z uporabo različnih tehnik (npr. časovni kompromis ali time trade-off – TTO) ali pa skozi uporabo večparameterskih preferenčnih instrumentov za merjenje zdravstvenega stanja, kot je npr. instrument EQ-5D. Prednost preferenčnih instrumentov se nahaja v empirično pridobljenih preferencah, ki domnevno izražajo oceno ali željo populacije, v povezavi z različnimi zdravstvenimi stanji. Poleg tega dovoljujejo merjenje ocene zdravstvenega stanja z minimalnimi vložki, kar pa ne velja za neposredno merjenje (McDonough in Tosteson 2007; AHRQ 2012).

Uporaba preferenčnih instrumentov je priporočljiva pri izračunavanju QALY in pri analizi stroškovne uporabnosti zdravstvenih intervencij, saj odražajo relativno vrednost, ki jo ljudje pripisujejo življenju v različnih zdravstvenih stanjih. Preferenčni instrumenti opredelijo pacientovo z zdravjem povezano kakovost življenja kot eno končnih števil več-parameterskih zdravstvenih stanj, na način uporabe odziva na generični profil zdravstvenega stanja. Vsako posamezno zdravstveno stanje je povezano z oceno preferenčnega instrumenta na lestvici od 0 do 1, kjer 1 predstavlja optimalno zdravje, 0 pa pomeni biti mrtev. Uporabljajo se lahko tudi negativne vrednosti, ki pomenijo stanja, opredeljena kot »slabše kot biti mrtev«. Ocena zdravstvenega stanja je določena vnaprej, s pridobitvijo preferenc za zdravstveno stanje, in sicer iz skupnostnega vzorca, ki uporablja, na izbiri osnovano, vrednostno nalogo, kot je npr. TTO. Po izračunu let zdravstveno kakovostnega življenja se ti rezultati vključijo k pričakovanim zdravim letom življenja. Na ta način se pridobi izračun, ki vključuje informacije o obolevnosti in smrtnosti (Langfitt in drugi 2006; Moock in Kohlmann 2008).

Študija Moocka in Kohlmanna nudi primerjavo med 6 različnimi preferenčnimi instrumenti. Primerjali so sledeče instrumente: EQ-5D, 15-D (tj. 15-dimenzionalni model, ki

vsebuje 5 ravni resnosti znotraj posamezne dimenzije), HUI 2 (vsebuje 7 parametrov in 2 do 3 ravni resnosti, odvisno od parametra), HUI 3 (vsebuje 8 parametrov in 5 do 6 ravni resnosti, odvisno od parametra), SF-6D (instrument je bil razvit z namenom, da razširi uporabnost ocen iz instrumenta SF-36; vsebuje 6 dimenzij in 2 do 6 ravni resnosti) in QWB-SA (instrument temelji na različici intervjuja – QWB, ki je najstarejši instrument za izračunavanje QALY; QWB-SA vprašalnik zajema 3 področja: prvi del sprašuje po prisotnosti/odsotnosti kroničnih simptomov ali težav; drugi del ocenjuje 25 različnih vrst akutnih fizičnih simptomov ter 14 različnih vrst duševnih simptomov in vedenj; tretji del pa vsebuje tri različne lestvice – mobilnost, telesna dejavnost in družbena aktivnost). Kljub očitnim površnim podobnostim, se instrumenti v pomembnih vidikih znotraj vsebine in oblike razlikujejo. Njihovi opisni/deskriptivni sistemi ne zajemajo enakih dimenzij fizičnega zdravja, čustvene blaginje in družbenih funkcij. Vprašalniki se razlikujejo po dolžini, številu uporabljenih kategorij posameznega odgovora in posledično po številu zdravstvenih stanj, ki jih opisujejo (Moock in Kohlmann 2008).

Tudi McDonough in Tosteson navajata, da so najbolj široko uporabljeni preferenčni sistemi prav EQ-5D, QWB-SA, HUI in SF-6D. Razvoj določenega sistema/instrumenta naj bi sicer temeljil na 3 korakih: opredelitev zdravja, pridobitev populacijskih preferenc za vso podmnožico zdravstvenih stanj in razvoj ocenjevalnega algoritma za širok spekter zdravstvenih stanj. Tudi McDonough and Tosteson sta v svoji študiji napravili primerjavo med instrumenti. Ker ni natančno določeno, kolikšno mora biti število navedenih zdravstvenih stanj za oceno z zdravjem povezane kakovosti življenja, imajo različni instrumenti različno število teoretično možnih zdravstvenih stanj. EQ-5D jih ima 234, QWB-SA 24.000 in HUI3 972.000. Skupno vsem tem instrumentom je, da ima deskriptivni del instrumenta vpliv na psihometrične lastnosti sistema, vključno z možnostjo, da se lahko zdravstveno stanje meri numerično ter da se odkrijejo pomembne spremembe v zdravju. Netočnost v deskriptivnem delu se lahko odraža v t. i. »stropnem oz. talnem efektu«, v nesposobnosti merjenja ključnih parametrov v zdravju (vprašanje veljavnosti) in nesposobnosti merjenja pomembnih sprememb (odzivnost). Znotraj razvoja preferenčnih sistemov se ocenjujejo zdravstvena stanja, in sicer na določenem, izbranem vzorcu, ki je potem reprezentativen za celotno populacijo. Na podlagi pregleda 23 različnih študij, ki temeljijo na analizi stroškovne uporabnosti, McDonough and Tosteson ugotavljata, da sta HUI in EQ-5D instrumenta najpogosteje uporabljena pri ocenjevanju z zdravjem povezane kakovosti življenja in s tem posledično izračuna QALY (McDonough in Tosteson 2007).

3.4.5 Generične in bolezensko specifične mere kvalitete življenja in njihova uporaba

Pri izboru merskega instrumenta je potrebno biti pozoren na vprašanje, kakšne mere so v danem primeru potrebne za zagotovitev ustreznih podatkov. Na voljo so generične in bolezensko specifične mere kvalitete življenja, v določenih primerih pa se lahko vključijo tudi posamezne področne mere. Bowling trdi, da je brez pomena uporabljati posamezno mero za ocenjevanje zdravstvenega stanja izven povezave z drugimi merami, če uporaba zgolj posamezne mere ne odkrije učinkov zdravljenja ali specifičnih simptomov skozi vprašalnik. V določenih primerih se uporabljajo tudi mere za ugotavljanje resnosti bolezni, pri čemer so bili razviti indeksi resnosti in komorbidnosti, kljub temu pa se zdravniki še vedno pretežno nanašajo na biomedicinske kazalnike. Z zdravniki tesno sodelujejo raziskovalci zdravstvenih storitev, z namenom zagotovitve primerne bolezensko specifičnega izida. Kriteriji za oceno izida so odvisni in se spreminjajo v skladu z različnimi sindromi bolezni. Goligher (Goligher v Bowling 1999) je mnenja, da bi bil univerzalni vprašalnik za pridobitev relevantnih informacij za številna zdravstvena stanja, predolg in prezahteven. Bolezensko specifične mere kakovosti življenja se uporabljajo ne le za zagotovitev jedrnatosti, ampak tudi občutljivosti, včasih sicer majhnih, ampak klinično izredno pomembnih sprememb na področju zdravstvenega stanja in ravneh resnosti bolezni. Različne procedure zahtevajo bolezensko specifične mere kakovosti življenja, kljub temu pa so za merjenje kakovosti življenja znotraj različnih bolezni nekatera temeljna vprašanja skupna. Običajno se domneva, da bodo bolezensko specifične mere kakovosti življenja bolj občutljivi kazalniki pacientovega izida v primerjavi z generičnimi merami. Določene študije pa so dokazale, da bolezensko specifične mere kakovosti življenja ne razlikujejo med oskrbovanimi in neoskrbovanimi pacienti. Zato se v primerih, kjer široko zastavljen bolezensko specifični instrument ni ustrezno razvit, uporablja kombinirani pristop (uporaba bolezensko specifične mere kvalitete življenja skupaj z generičnimi merami) (Bowling 1999).

Mere, ki implicitno ali eksplicitno ciljajo na z zdravjem povezano kakovost življenja, so običajno opredeljene kot širše mere. Običajno obsegajo fizično, duševno in socialno zdravje. Raziskovalci uporabljajo generične mere, z namenom, da dosežejo primerjave z ostalimi stanji, da razširijo izid kazalnikov, obenem pa tudi zaradi počasnega razvoja bolezensko specifičnih vprašalnikov. Slabost generičnih instrumentov je, da niso zmožni opredeliti specifičnih vidikov bolezni, povezanih s posameznim stanjem, ki so hkrati bistveni za izid meritve. Prav zato generični instrumenti vedno potrebujejo dopolnitve s strani bolezensko specifičnih instrumentov, saj le na ta način lahko potem zaznavajo pomembne

klinične spremembe. McKenna (McKenna v Bowling 1999) izpostavlja, da z uporabo bolezensko specifičnih instrumentov lahko povečamo možnost odkritja klinično pomembnih sprememb, kar je bistvenega pomena v kliničnih in politično usmerjenih raziskavah, kljub vsemu pa se generičnim instrumentom ni moč izogniti, vsaj dokler bo zahtevana primerjava med posameznimi skupinami bolezni (Bowling 1999).

Uspešnost kombiniranega pristopa je med drugim razvidna iz Brennanove in Spencerjeve študije, ki se nanaša na zdravje v ustni votlini ter z njim povezano kakovost življenja. Slednjo merita z generičnim instrumentom – EQ-5D in bolezensko specifičnim instrumentom – OHIP-14 (tj. *Oral Health Impact Profile*). Tudi ta avtorja ugotavljata, da se bolezensko specifični instrumenti uporabljajo takrat, ko je potrebno oceniti specifične lastnosti, povezane z boleznijo, medtem ko se genetični instrumenti uporabljajo, ko se pojavi zahteva po primerjavi med različnimi boleznimi (Brennan in Spencer 2004).

Obstaja več vrst generičnih instrumentov, med katere spadajo: EQ-5D, SF-36, kakovost blagostanja (*Quality of Wellbeing* - QWB-SA), Rosser Index, profil bolezenskega učinka (t. i. *Sickness Impact Profile*), Nottinghamski zdravstveni profil (*Nottingham Health Profile*), zdravstveni indeks oz. vprašalnik McMaster (*McMaster Health Index Questionnaire*), 15-D, SF-6D, HUI (*Health Utilities Index*) (Bowling 1999; Moock in Kohlmann 2008).

3.4.6 Generični standardiziran instrument za merjenje zdravstvenih rezultatov EQ-5D

EQ-5D vprašalnik je vprašalnik za kvantifikacijo izražanja koristi zdravstvenih stanj. Če želimo spremembam v kvaliteti življenja, povezani z zdravjem, pripisati vrednost, se je potrebno najprej odločiti, kako bomo opisali zdravje. Da se lahko odločamo o porazdelitvi resursov med različna zdravstvena stanja, jih moramo namreč opisati s takimi kategorijam, da se nanašajo na vsa zdravstvena stanja, da imajo več ravni in s tem lahko tvorijo splošni instrument. Obstaja več mer, ki zadoščajo vsemu navedenemu, najbolj uporabljan instrument v Evropi pa je EQ-5D.

EQ-5D je generični standardiziran instrument za merjenje zdravstvenih rezultatov, ki ga je razvila in oblikovala EuroQol skupina (EuroQol Group 1990; Rabin in de Charro 2001). Gre za mednarodno interdisciplinarno skupino, ustanovljeno leta 1987, z namenom poglobiti se v tematike, povezane z oceno zdravja (Brooks in drugi 2003). Razvoj EQ-5D instrumenta je podprla EU, in sicer kot del Biomed programa (Brooks in drugi 2003). EuroQol skupina, ki je sprva vključevala le evropske znanstvenike, se je danes razširila na vse kontinente; člani EuroQol skupine tako prihajajo iz Evrope, S Amerike, Azije, Afrike, Avstralije in Nove

Zelandije (Rabin in drugi 2011). Tekom desetletij je EuroQol skupina razvila EQ-5D instrument, kot ga poznamo danes, in je na voljo že v več kot 150 različnih jezikih (Rabin in drugi 2011).

V samem začetku oblikovanja instrumenta in izbiri dimenzij, je bilo potrebno sprejeti kompromis med željo po celovitem instrumentu, ki bo zajel vse mogoče dimenzije, in potrebi po enostavnem instrumentu, ki bo izvedljiv in uporaben v praksi. Prvi korak pri oblikovanju instrumenta je bil torej izbor ustreznih dimenzij. Preden je EuroQol skupina oblikovala EQ-5D vprašalnik, se je poglobila v že obstoječe generične instrumente: *Quality of Well-Being* (Patrick in drugi 1973), *the Sickness Impact Profile* (Bergner in drugi 1976), *the Nottingham Health Profile* (Hunt and McEwan 1980), *the Rosser Index* (Rosser in Kind 1978), *the Health Measurement Questionnaire* (Kind in Gudex 1991) in 15-D (Sintonen 1981). Ko so bile dimenzije identificirane, so bili definirani tudi elementi, ki zajemajo širok spekter resnosti znotraj posamezne dimenzije (Gudex 2005).

Pri oblikovanju instrumenta se je pojavilo tudi vprašanje o semantičnosti. Prvi izziv je bil torej prevod instrumenta v druge jezike, pri tem pa obdržati enak konceptualni pomen znotraj posameznih dimenzij. Za lažje razumevanje izrazov so bila torej oblikovana navodila z obrazložitvijo posameznih izrazov. Ker je EuroQol delovna skupina želela ustvariti razumljiv vprašalnik, se je lotila raziskave o pomenu besed, katere namen je bil pridobiti jasnejše razumevanje ključnih izrazov in besednih zvez znotraj različice instrumenta v angleškem jeziku, saj naj bi to kasneje pomenilo osnovo za ustrezno prevajanje instrumenta v druge jezike. S tem namenom je bila izvedena anketa o pomenu in razumljivosti ključnih besed, v katero so bili vključeni vsi člani EuroQol skupine. Odziv ankete je pokazal širok spekter alternativnih izrazov in nasprotujoče si poglede znotraj posameznih članov skupine (Fox-Rushby 2005).

Sprva je EQ-5D zajemal 6-dimenzionalni deskriptivni sistem: pokretnost (mobilnost), skrb zase (samooskrba), glavna (poglavitna) aktivnost, družbeni odnosi, bolečina, počutje (razpoloženje). Tudi lestvica resnosti znotraj dimenzij se je pri nekaterih dimenzijah razlikovala; nekatere dimenzije so vsebovale zgolj dve lestvici resnosti, druge dimenzije pa tri. Kasneje so kategorije spremenili, tako da jih v sedanji obliki vprašalnika obstaja pet: pokretnost, skrb zase, vsakdanje aktivnosti, bolečina/neugodje in tesnoba/potrnost (Kind 1996). Tako imamo sedaj 5-dimenzionalni sistem funkcionalnega stanja, ki znotraj vseh dimenzij vsebuje 3 ravni resnosti (Kind in Dolan 2005). Ta odločitev je bila tudi uradno ratificirana znotraj EuroQol skupine leta 1990 (Gudex 2005). EuroQol EQ-5D instrument je

sestavljen iz dveh delov, in sicer iz EQ-5D opisnega sistema vprašalnika o funkcionalnem stanju ter EQ vertikalne 20 cm vizualno analogne lestvice za oceno zdravstvenega stanja, t.i. EQ VAS.

Celoten vprašalnik zajema 5 različnih stališč o težavah z gibanjem, o možnosti skrbeti zase, o sposobnosti opravljanja vsakdanjih dejavnosti, o prisotnosti bolečine in o prisotnosti tesnobe ali depresivnosti na dan izpolnjevanja ankete. Vsako posamezno dimenzijo anketiranec oceni na tristopenjski lestvici: določen problem ni prisoten = 0, problem je delno prisoten = 1, problem je močno izražen = 2. Vsak atribut ima tri ravni: ni težav, nekaj težav in hude težave, iz česar je možnih 3^5 oz. 243 možnih zdravstvenih stanj (Rabin in de Charro 2001). K tem stanjem je potrebno dodati še stanji »nezavest« in »smrt«, tako da je vseh zdravstvenih stanj, opisanih z dimenzijami in ravni EQ-5D, 245 vrst teoretično možnih zdravstvenih stanj. Zaradi značilne 3-stopenjske lestvice instrument EQ-5D poimenujejo tudi EQ-5D-3L.

V deskriptivnem delu vprašalnika pacient za vsako izmed 5 dimenzij označi svoje zdravstveno stanje na način, da izbere eno izmed treh ravni intenzivnosti (EuroQol 2013). Iz izpolnjenega deskriptivnega dela vprašalnika izhaja 5-mestna digitalna številka, ki predstavlja raven pacientovega zdravstvenega stanja in se giblje med 11111 in 33333 (Brooks in drugi 2003, 15; Szende in Williams 2004). Vrednosti zdravstvenih stanj so med 0 in 1 ter so dobljene po eni od možnih tehnik za merjenje preference (TTO, SG, VAS ali DCE). Opis stanja 23212 je npr. naslednji: nekaj težav pri hoji, nezmožnost umivanja ali oblačenja, nekaj težav pri vsakdanjih aktivnostih, brez bolečin oz. občutkov neugodja in zmerna tesnoba ali potrtaost. Preferenčne uteži so dobljene na osnovi slučajnega vzorca 3.000 prebivalcev Velike Britanije leta 1995 z metodo časovne izmenjave (Kind in drugi 1998). Dodana je tudi vizualna analogna lestvica EQ-VAS od 0 (najslabše možno zdravstveno stanje) do 100 enot (najboljše možno zdravstveno stanje), t. i. zdravstveni barometer, na kateri anketiranci označujejo oceno svojega zdravstvenega stanja na dan izpolnjevanja ankete. Ta informacija se uporablja kot kvantitativno merilo zdravstvenega izida, iz perspektive samega pacienta (EuroQol 2013).

Razvoj znotraj EQ-5D instrumenta pa je peljal še korak dlje, in sicer se je poleg osnovnega EQ-5D instrumenta (EQ-5D-3L), oblikoval tudi t. i. EQ-5D-5L instrument, za katerega je značilno, da je obdržal 5-dimenzionalno strukturo vprašalnika, prišlo pa je do sprememb znotraj ravni, ki so se razširile iz 3-stopenjske na 5-stopenjsko lestvico. Leta 2005 je bila namreč znotraj EuroQol skupine ustanovljena posebna delovna skupina, katere cilj je bil poglobiti se v metode in izboljšati EQ-5D občutljivost instrumentov ter zmanjšati t. i.

stropni efekt, za katerega je značilno, da se vse posameznike grupira v enake dohodkovne razrede in ne razlikuje med posameznikovimi prihodki. Po temeljiti diskusiji, se je delovna skupina odločila, da ne bo vpeljala sprememb v samo število dimenzij, da pa bo nova oblika vprašalnika EQ-5D vsebovala 5 ravni resnosti znotraj posamezne dimenzije (tj. »1 – nimam težave«, »2 – imam rahle težave«, »3 – imam zmerne težave«, »4 – imam hude težave« in »5 – nisem zmožen/na«) in bo preimenovana v EQ-5D-5L. Nekoliko so bila poenostavljena tudi navodila znotraj vprašalnika in so potemtakem postala uporabniku bolj razumljiva (EuroQol 2013). Iz izpolnjenega deskriptivnega dela EQ-5D-5L vprašalnika izhaja 5-mestna digitalna številka, ki predstavlja raven pacientovega zdravstvenega stanja in se giblje med 11111 in 55555. Instrument omogoča 3125 vrst možnih zdravstvenih stanj.

Vprašalnik EuroQol EQ-5D je zasnovan tako, da ga anketiranci lahko izpolnjujejo sami. Standardizirani vprašalnik EQ-5D, ki je namenjen samo izpolnjevanju in anketiranju po pošti, je danes preveden že v 150 jezikov (Euroqol 2011). Med njimi je tudi slovenski jezik. Vrednosti 245 EQ-5D definiranih zdravstvenih stanj so bile izračunane leta 2011 (Prevolnik Rupel in Ogorevc 2011).

Izračunana lestvica vrednosti zdravstvenih stanj je logično konsistentna, ocene vrednosti pa se zelo dobro prilegajo zbranim podatkom. Zato je primerna za uporabo v ekonomskih, populacijskih in drugih analizah.

Z namenom, da bi preverili, ali je vprašalnik EQ-5D-3L zares razumljiv, je bil izveden preizkus, v katerem je 100 študentov izpolnjevalo omenjeni vprašalnik. Preizkus je bil izveden med študenti, saj naj bi ti predstavljali skupino posameznikov z višjimi kognitivnimi zmogljivostmi in bi tako lahko predpostavljali, da bi se odstotek napak, opažen med študenti, med splošno populacijo izrazil v še večji meri. Po drugi strani pa naj bi skupina študentov predstavljala tudi reprezentativni vzorec za splošno populacijo. Pri izpolnjevanju vprašalnika so študentje lahko upoštevali zgolj že obstoječa pisna navodila, niso pa smeli zastavljati dodatnih vprašanj. Po končani nalogi je 1 % študentov ocenilo, da je vprašalnik zelo težak, 36 % zmerno težak, 65 % študentov je menilo, da je vprašalnik relativno enostaven, 5 % pa da je zelo enostaven. Nekatere študije (npr. Essink-Bot 1990) so pokazale, da so bili podobni rezultati opaženi tudi med splošno javnostjo. Pripombe študentov po končanem izpolnjevanju prav tako nakazujejo, da izpolnjevanje ni bilo enostavno. Predvsem je bilo največ težav zaznati znotraj naloge o vrednotenju, kjer je potrebno 8 že opisanih zdravstvenih stanj oceniti na vizualni analogni lestvici VAS. Sicer je 55 % študentov zatrdilo, da so navodila jasna, 71 % študentov je moralo za lažje razumevanje znova prebrati navodila. Kljub temu, da se je na

prvi pogled naloga zdela težka, pa se je pojavilo le malo napak pri izpolnjevanju vprašalnika, na podlagi česar je bilo tudi zaključeno, da instrument predstavlja enostaven način za pridobitev ocen o zdravstvenem stanju (Busschbach in drugi 2005).

Vprašalnik EuroQol EQ-5D je zanesljiv instrument in dobro razločuje med skupinami z različnim funkcionalnim in zdravstvenim stanjem. Namenjen je opisovanju in ocenjevanju z zdravstvenim stanjem povezane kakovosti življenja in tako, zaradi svoje standardizirano generične narave, dopolnjuje druge instrumente za merjenje kakovosti življenja; meri namreč kakovost življenja na splošno in ne samo ob prisotnosti posameznih bolezni.

EQ-5D je uporaben za širok spekter zdravstvenih stanj in oskrbe, hkrati pa zagotavlja enostaven opisni profil in enotno vrednost indeksa za zdravstveno stanje. Primarno je bil zasnovan za samoizpolnitev s strani pacientov in je idealen za uporabo v poštnem anketiranju, v kliničnem okolju ali preko osebnih intervjujev. Hkrati je enostaven za uporabo (kognitivno ni zahteven) in zahteva zgolj nekaj minut za izpolnitev. Vsa navodila za izpolnjevanje so vključena v sam vprašalnik (EuroQol 2013).

Deskriptivni podatki o z zdravjem povezani kakovosti življenja, ki jih na podlagi samoocene EQ-5D instrument nudi, so potrebni za zapolnitev vrzeli v znanju, povezanim s kakovostjo življenja. Druga, bolj ambiciozna vloga omenjenega instrumenta, pa je zagotovitev tarife socialnih vrednot zdravstvenega stanja, ki se jih skupaj s stroškovnimi podatki lahko uporabi v kontekstu načrtovanja in določanja prioritet v okviru zdravstvenega varstva (Williams 2005).

EQ-5D instrument, zaradi svoje generične narave, ni bil osnovan kot samostojni instrument, ampak je njegov namen uporaba skupaj z drugimi, bolj specifičnimi, orodji, ki se osredotočajo na posebna, specifična področja, znotraj raziskovanja. Brooks pa je poleg generične lastnosti instrumenta kot pomembno lastnost izpostavil tudi razvoj indeksa, ki naj bi dopuščal možnost zagotovitve ocen, ki se nanašajo na z zdravjem povezano kakovost življenja in posledično tudi na leta zdravstveno kakovostnega življenja (Brooks in drugi 2003).

Danes se EQ-5D vprašalnik zelo pogosto uporablja, tako znotraj kliničnih in ekonomskih evaluacij zdravstvenega varstva, kot tudi znotraj populacijskega zdravstvenega anketiranja. EQ-5D velja, po priporočilih Washingtonskega panela stroškovne učinkovitosti v zdravstvu in medicini, tudi za enega najbolj priročnih meritev analiz stroškovne učinkovitosti (EuroQol 2013).

EQ-5D instrument uporabljajo tako multinacionalni kot nacionalni uporabniki. Na mednarodni ravni je ta instrument najbolj v uporabi v farmacevtski industriji in znanstvenih skupinah. Ker gre za enotno, standardizirano obliko vprašalnika, se ga lahko prevede v vse jezike, omogoča pa tudi primerjavo med posameznimi državami. Na nacionalni ravni omenjeni instrument uporablja vrsta deležnikov, na različnih, širokih področjih. Med te deležnike spadajo: splošni zdravniki, bolnišnični eksperti, medicinske sestre in drugi terapevti, raziskovalci znotraj kliničnih praks, odgovorni na področju revizije in zagotavljanja kakovosti, eksperti znotraj javnega zdravja, raziskovalci znotraj zdravstvenih storitev ter vodilni v institucijah zdravstvenega varstva. Poglavitni razlogi za uporabo omenjenega instrumenta so:

- spremljanje zdravstvenega stanja skupine pacientov v različnih časovnih okvirjih (npr. ob napotitvi, sprejemu, odpustu iz bolnišnice in zunajbolnišničnem spremljanju),
- evaluacija in revizija zdravstvenega varstva skozi merjenje sprememb znotraj zdravstvenega stanja pri posameznem pacientu in skupini pacientov,
- ocenjevanje resnosti stanja znotraj različnih časovnih okvirjev,
- zagotovitev relevantnih informacij z namenom razporeditve sredstev znotraj različnih ravni,
- sodelovanje pri zagotovitvi dokazov o zdravstveni učinkovitosti znotraj procesov, kjer morajo biti zdravila oziroma določeni postopki odobreni ter
- ustanovitev ravni populacijskega zdravstvenega stanja, tako na lokalni kot na nacionalni ravni (Brooks in drugi 2003, 15; EuroQol 2013).

Po podatkih EuroQol skupine se EQ-5D instrument v 42 % uporablja v kontinentalni Evropi, v 36 % v Veliki Britaniji, v 18 % v ZDA in Kanadi ter v 4 % drugje po svetu. Uporablja se v različnih vrstah študij, in sicer najpogosteje v študijah z opazovanjem (34 %), v naključnih kontrolnih preizkusih – Random control Trials/RTCs (31 %), znotraj anketiranja (18 %), v 17 % se EQ-5D uporablja v drugih različnih oblikah. Uporablja se na različnih kliničnih področjih, in sicer pri obravnavi: odvisnosti od alkohola, astme, krvne transfuzije, raka na dojki, prostati, debelem črevesu in danki, znotraj presejalnih testov, prehrane, psihoterapije, kajenja, kapi ipd. (EuroQol 2013).

Obstaja mednarodni EQ-5D arhiv baze podatkov, ki vključuje populacijske ankete opravljenih v več državah. Podatkovna baza je strukturirana v standardizirani obliki, z namenom olajšati primerjavo med raziskavami (Szende in Williams 2004).

Za zagotovitev ustreznih ocen o zdravstvenem stanju je pomembno, da so pacienti pri izpolnjevanju vprašalnika dosledni. Dolan in Kind sta ustvarila splošni zaključek, da je delež nedoslednosti višji znotraj poštnege tipa anketiranja, nižji pa znotraj osebnega intervjuja. Na podlagi dveh različnih študij sta tudi ugotovila, da sta faktorja, ki imata velik vpliv na doslednost, tudi starost in izobrazba. S starostjo se nedosledno povečuje, hkrati pa se z naraščajočo stopnjo izobrazbe zmanjšuje.

Podatke, zbrane na podlagi EQ-5D instrumenta, je mogoče predstaviti na več načinov:

- predstaviti rezultate oz. zdravstveni profil iz deskriptivnega sistema,
- predstaviti EQ VAS rezultate kot merilo za splošno samooceno zdravstvenega stanja ali
- predstaviti rezultate iz EQ-5D vrednosti indeksa.

Največja značilnost EQ-5D instrumenta so indeksne vrednosti, ki olajšajo izračun QALY in se uporabljajo pri ekonomskih evaluacijah znotraj intervencij zdravstvenega varstva. Študije, ki neposredno izvajajo preference s strani splošno populacijskega vzorca, z namenom izpeljati nize vrednosti za EQ-5D-5L instrument, so v fazi razvoja v številnih državah: Španija, Nizozemska, Anglija, Nemčija, Kitajska, Kanada, Severna Irska in Škotska, Singapur, Hong Kong. Študije se še vedno odvijajo, zato rezultati še niso na voljo. V vmesnem času je EuroQol skupina organizirala študijo, ki upravlja tako s tristopenjsko kot s petstopenjsko različico EQ-5D instrumenta, s ciljem razviti prehod med EQ-5D-3L vrednostnim nizom in novim EQ-5D-5L vrednostnim nizom. Skupno 3.691 pacientov iz 6 različnih evropskih držav (Danska, Anglija, Italija, Nizozemska, Poljska in Škotska) je izpolnilo tako tristopenjski kot petstopenjski instrument. Po podatkih EuroQol skupine je danes prehod med omenjenimi vrednostnimi nizi mogoč v naslednjih državah: Danska, Francija, Nemčija, Japonska, Nizozemska, Španija, Tajska, Velika Britanija, ZDA in Zimbabve (EuroQol 2013).

EQ-5D je postal široko uporaben instrument za merjenje zdravstvenega stanja. Uporaben je v politiki, saj predstavlja temelj znotraj porazdelitve sredstev. S stališča politike je bolj priporočljivo uporabiti sistem vrednotenja zdravstvenega stanja, ki izhaja iz lokalnih in posledično bolj reprezentativnih preferenc, posebno v državah, ki ne sovpadajo popolnoma s kulturnim kontekstom Z Evrope (Prevolnik Rupel in Rebolj 2000). Instrument EQ-5D je uradno preveden v slovenščino in uporabljen za pridobitev preferenc do zdravstvenih stanj slovenskega prebivalstva (Prevolnik Rupel 2001, 2007).

3.4.7 Uporaba v Sloveniji

EQ-5D instrument je bil leta 2000 preveden v slovenski jezik in je vse od takrat tudi v uporabi (Priloga A). Ker sprva navodila niso bila dovolj jasna v meri, da bi bil vprašalnik v celoti razumljiv, je prišlo do nekaj sprememb, kar pomeni, da sicer nekatere razlike med slovensko in angleško različico vprašalnika zato obstajajo, ni pa prišlo do sprememb v sami vsebini (Prevolnik Rupel in Rebolj 2000).

V aprilu in maju leta 2000 je bila v Sloveniji prvič izvedena študija, ki je temeljila na vprašalniku EQ-5D. S pomočjo tega instrumenta je Slovenija prvič poskušala izpeljati t. i. »utility weight«, tj. stopnjo preference, ki jo ima posameznik oz. družba za določeno zdravstveno stanje. Raziskava je bila izvedena s pomočjo poštne ankete, z naključnim vzorcem 3.000 posameznikov, izbranim iz splošne populacije. Odzivnost je bila nizka, znašala je le 24,4 %, kar je pomenilo, da je celotna raziskava temeljila na vzorcu velikosti 742 oseb, v kateri je sodelovalo 43,7 % moških in 56,3 % žensk (Prevolnik Rupel in Rebolj 2000; Szende in Williams 2004).

Glede na rezultate raziskave je razvidno, da se tako pri moških kot pri ženskah z leti povečujejo težave, povezane s pokretnostjo, kljub vse pa so le redki posamezniki, ki postanejo povsem nepokretni. Glede na primerjavo med spoloma moški do 59. leta v primerjavi z ženskami navajajo večje težave, medtem ko se situacija po 60. letu obrne in večje težave znotraj pokretnosti navajajo ženske (Szende in Williams 2004).

S starostjo je opazen tudi naraščajoči trend znotraj drugih dimenzij, razen pri dimenziji potrtosti/tesnobe, kjer stopnja med rahlo zaznavo potrtosti/tesnobe ter nikakršne zaznave, nekoliko niha glede na starostne skupine. Kljub vsemu je največ zmerne stopnje potrtosti/tesnobe zaznati v starostni skupini nad 80 let (več med žensko populacijo kot moško), medtem ko najvišja stopnja močne potrtosti/tesnobe zaznane v starostni skupini od 50 do 59 let (pogostejše jo občutijo ženske). V starostni skupini nad 70 let ni bilo opredeljene močne zaznave potrtosti/tesnobe (prav tam).

Na področju samooskrbe se je 33,3 % populacije v starosti nad 80 let opredelilo, da nima nikakršnih težav znotraj tega, ostali pa so opredelili nekaj težav. Po primerjavi med spoloma več težav v starostni skupini od 40 do 59 let navajajo moški, medtem ko se situacija po 60. letu zopet obrne.

Vsakdanje aktivnosti brez problema lahko v starostni skupini 50 do 59 let opravlja 57,9 % moških in 59,3 % žensk, medtem ko po 80. letu starosti brez težav to počne le še 25 %

moških in 9,1 % žensk. Ženske po 70. letu zopet navajajo več težav kot moški, za razliko od moških pa navajajo tudi določeno mero nezmožnosti pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.

Kar se tiče stopnje bolečine in neugodja je opaziti, da moški do 39. leta starosti v večji meri navajajo prisotnost zmerne bolečine in neugodja, medtem ko se situacija po 40. letu obrne. Kar se tiče močne/izrazite zaznave bolečine ali neudobja situacija med spoloma zelo podobna, do preobrata pride po 50. letu starosti, ko začnejo ženske navajati večje zaznave izrazite bolečine in neugodja. Moški po 60. letu starosti niso navedli, da bi se v kakršni koli meri srečali z izrazito bolečino ali neugodjem.

Glede na primerjavo dimenzij, je največ zmernih težav v starostnih skupinah od 18 do 29 let (26,8 %) in od 30 do 39 let (35,9 %) zaznati znotraj dimenzije potrnosti/tesnobe. Do spremembe pride po 40. letu, ko je v starostnih skupinah od 40 in 49 (43,1 %), od 50 in 59 (56,9 %), od 60 in 69 (66,3 %) ter od 70 in 79 let (78,1 %) največ zmernih sprememb lahko zaznati znotraj dimenzije bolečine/neugodja, kar pa se obrne po 80. letu starosti, ko se ljudje v največji meri začnejo srečavati z zmernimi težavami zaradi pokretnosti (86,7 %).

Glede na model VAS, si dimenzije, ki imajo največji empirični vpliv na vrednosti hipotetičnega zdravstvenega stanja, sledijo v sledečem vrstnem redu: pokretnost, skrb zase, bolečina/neugodje, potrnost/tesnoba, vsakdanje aktivnosti. Raziskava je prav tako pokazala, da je imela večino sodelujočih v anketi težave pri ocenitvi zdravstvenega stanja »biti mrtev«, saj je bilo po mnenju mnogih nenaravno vrednotiti to stanje kot vrsto zdravstvenega stanja. Na podlagi raziskave so strokovnjaki prišli do zaključka, da bilo namesto poštnega anketiranja primernejše uporabiti osebni intervju (Prevolnik Rupel in Rebolj 2000).

Slovenija je s to raziskavo vključena v mednarodno EQ-5D podatkovno bazo, kar omogoča primerjavo med državami. Glede na poročilo iz leta 2004, v katerem je možno primerjati 15 različnih držav (tj. Armenijo, Belgijo, Kanado, Finsko, Nemčijo, Grčijo, Madžarsko, Japonsko, Nizozemsko, Novo Zelandijo, Slovenijo, Španijo, Švedsko, Veliko Britanijo in Zimbabve), je razvidno, da je največjem deležu težav z zdravstvenim stanjem, glede na petdimenzionalno deskriptivno lestvico, poročala Armenia, ki ji takoj sledi Slovenija (Szende in Williams 2004).

Druga zanimiva raziskava, izvedena v Sloveniji, se je osredotočala na preverjanje stabilnosti in s tem zanesljivosti preferenc slovenske populacije do zdravstvenih stanj EQ-5D med dvema časovnima točkama. Statistični urad Republike Slovenije je v dveh stopnjah izbral naključni vzorec odraslih Slovencev (18 let in več) v letih 2000 in 2005. Vsakič so anketirani vrednotili izbrana zdravstvena stanja izmed 243 (+2) zdravstvenih stanj EQ-5D. Preko

regresijske analize so bile kasneje pridobljene vrednosti za vsa zdravstvena stanja EQ-5D v obeh letih. Po primerjavi neprilagojenih in prilagojenih srednjih vrednosti med skupinama so bile vrednotene tudi razlike v srednjih vrednostih med skupinama po demografski prilagoditvi socialno-demografskih spremenljivk: starosti in spola. Rezultati raziskave so, na podlagi analize vrednosti zdravstvenih stanj, pokazali visoko stabilnost preferenc slovenske populacije do zdravstvenih stanj EQ-5D (Prevolnik Rupel in Ogorevc 2009).

Subjektivno vrednotenje zdravstvenih stanj se v ekonomskih analizah uporablja tudi za določitev, katere zdravstvene tehnologije so bolj ali manj učinkovite od drugih. Ker bi bilo za že tako obsežne in zahtevne študije stroškovne učinkovitosti vsakokratno izračunavanje kakovosti zdravstvenih stanj zelo obremenjujoče, so bile vrednosti zdravstvenih stanj v slovenskem prostoru že izračunane vnaprej, v posebni študiji. V Sloveniji je bila izvedena tudi raziskava, katere namen je bil proučiti vpliv prostora bivanja prebivalstva na vrednosti zdravstvenih stanj. Iz tega sledi, da razlike, ki bi lahko bile posledica kraja bivanja, lahko vplivajo na vrednotenje zdravstvenega stanja. V članku Rupel in Ogorevc uporabita prostorsko analizo samoocen zdravstvenih stanj, definiranih po EQ-5D, na podlagi slovenskega vzorca posameznikov iz leta 2000. Rezultati potrjujejo prisotnost prostorske avtokorelacije, na podlagi česar je vredno sklepati, da je testiranje prostorske odvisnosti v podobnih študijah priporočljivo za zagotovitev vrednostne lestvice zdravstvenih stanj, ki kar najbolj ustrezno predstavlja preference neke populacije (Prevolnik Rupel in Ogorevc 2010).

Klemenc-Ketiš in drugi (2011) so v Sloveniji proučevali z zdravjem povezano kakovost življenja v Sloveniji in ugotovili, da je z zdravjem povezana kakovost življenja slovenskih prebivalcev nižja kot v nekaterih drugih državah. Ugotovitve so bile zbrane na podlagi izvedene poštne ankete z naključnim vzorcem 1.000 odraslih prebivalcev Slovenije. Vprašalnik je vseboval tako demografska vprašanja (spol, starost, stopnja izobrazbe, okolje, življenjsko okolje) kot tudi vprašanja, ki so se nanašala na kronična stanja, zdravstvene storitve, ter EQ-5D instrument za merjenje kakovosti življenja. Odzivnost je bila 41 %, posamezniki pa so največ težav navajali na področju bolečine/neugodja (59,3 %), ki mu sledijo področje pokretnosti (30,4 %), potrnosti/tesnobe (30,3 %), vsakdanjih aktivnosti (29,8 %) in samooskrbe (9 %). O zmernih težavah na vsaj enem področju/dimenziji je poročalo 272 posameznikov, kar znaša 66,3 % v odzivni populaciji. Neodvisni faktorji, povezani s težavami na kateri koli EQ-5D dimenziji, so bili: primarna ali poklicna izobrazba, višja starost, povišan krvni pritisk, revmatične bolezni, bolezni povezano s hrbtenico, potrnost/tesnoba, obisk urgence v zadnjem letu, hišni obisk družinskega zdravnika v zadnjem letu. Razlogi za slabšo z

zdravjem povezano kakovost življenja v primerjavi z drugo evropsko populacijo, so večplastni. Na eni strani ti rezultati lahko odražajo višjo povprečno starost in nižjo povprečno izobrazbeno raven, ki sta bili prisotni v izbranem vzorcu. Po drugi strani pa so rezultati lahko povezani tudi spremembami znotraj zdravstvenega sistema, s katerimi se Slovenija sooča v zadnjih letih. Proces tranzicije in pa svetovna gospodarska kriza sta torej lahko med razlogi, ki vplivajo na percepcijo z zdravjem povezane kakovosti življenja v slovenski populaciji (Klemenc-Ketiš in drugi 2011).

EQ-5D instrument za merjenje z zdravjem povezane kakovosti življenja znotraj slovenske populacije je v uporabi že vrsto let. To, poleg zgoraj navedenih primerov, dokazujejo tudi raziskave kot je npr. raziskava o kakovosti življenja članov koronarnega društva, ki ocenjuje kakovost življenja članov Koronarnega društva Slovenske Istre s pomočjo standardiziranega vprašalnika EQ-5D. Omenjena raziskava omogoča primerjavo med ocenjeno kakovostjo življenja članov društva s kakovostjo življenja splošne populacije v Sloveniji. Študija je pokazala, da je razlika v povprečni stopnji težav med obema populacijama statistično značilna, kar pomeni, da imajo člani Koronarnega društva Istra v povprečju na vseh dimenzijah EQ-5D hujše težave od splošne populacije (Prevolnik Rupel in drugi 2005). Ti rezultati sami po sebi sicer niso presenetljivi, saj že Klemenc-Ketiš in drugi (tako v slovenskem kot v svetovnem merilu) ugotavljajo, da imajo kronična stanja velik vpliv na posameznikovo samooceno kakovosti življenja, sploh če so ta stanja povezana s kronično bolečino ali če izvirajo iz duševnega stanja (Klemenc-Ketiš in drugi 2011).

3.5 Poročanje izidov s strani pacientov

Večina razvitih zdravstvenih sistemov stremi k t.i. pacientralizaciji, kontinuiranemu dvigovanju kakovosti in stalni rasti varnosti. Iskanje ravnovesja med zdravstveno strokovno oceno o prisotnosti in resnosti bolezenskega stanja ter pacientovo samooceno zdravljenja predstavlja poseben izziv. Poročanje izidov s strani pacientov (*Patient-Reported Outcomes Measures* - PROM) je v zadnjih letih uveljavljen način zbiranja informacij o učinkovitosti zdravstvene oskrbe, ki so je deležni pacienti v zdravstvenem sistemu. PROMi omogočajo pridobivanje informacije o pacientovih pogledih na izide zdravljenja. S primerjavo pacientovega zdravja v različnih časovnih intervalih lahko določimo izid zdravljenja, ki ga je bil pacient deležen. Ob podpori vodilnih zdravnikov in vzpodbudi politikov se v zadnjih letih PROMi uporabljajo tudi za oceno in primerjavo izidov zdravljenja pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev. Vendar PROMov ne moremo predstavljati kot “merilce izidov”.

PROME je potrebno ločiti od poročanja izkušenj s strani pacientov (*Patient Reported Experience Measures* - PREM), ki se ukvarjajo s humanostjo zdravljenja, biti dostojno zdravljene ali puščen čakati.

PROM predstavlja par vprašalnikov, ki ju izpolni pacient pred in po opravljenem posegu. S PROM vprašalnikom ocenjujemo eno ali več značilnost, je eno- ali večdimenzionalen. Pri slednjih se proučuje večje število značilnosti preko ločenih lestvic za vsako značilnost. Iz večdimenzionalnih meritev lahko s pomočjo faktorske analize ali preferenčnih metod ustvarimo enotno poročilo (Cambria in drugi 2012). Vprašalniki najpogosteje merijo značilnosti povezane s simptomi in različicami počutja (na primer bolečina, depresije), funkcionalnim statusom (na primer osebna nega, dnevne aktivnosti, mobilnost), zdravstvenega stanja, splošne percepcije zdravja, kvalitete življenja (na primer: bolnikova sposobnost zadovoljevanja potreb in čustveni odziv na njihove omejitve), HRQOL ter poročanje in ocenjevanje zdravstvenih storitev. Z zdravjem povezana kakovost življenja zahteva večinoma večdimenzionalne vprašalnike, ki ocenjujejo kombinacijo vidika oslabitve in bolnikovega zdravstvenega stanja. Pacienti lahko poročajo tudi preko intervjujev, kjer spraševalec pridobiti pacientove poglede in ne uporablja pacientovih odzivov za podkrepitev strokovne presoje ali ocene vpliva na bolnikovo stanje. Tu ne gre za zbiranje kliničnih pogledov, ampak pogledov pacientov na izide zdravljenja.

Na splošno obstajata dve vrsti PROMov: specifični za določene bolezni in splošni. Slednjih je na tisoče in so usmerjeni na simptome ter vplive specifičnih pogojev na funkcionalnost. Splošni PROMi so pomembni za vse vrste bolezni in zdravstvena stanja, upoštevajo splošne vidike, na primer samooskrbo in mobilnost (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 Glavne informacije, pridobljene iz splošnih in za določene bolezni specifičnih vprašalnikov.

Splošni vprašalniki	Za določene bolezni specifični vprašalniki
Informacija o:	Informacija o:
• splošni vidiki samoocenjevanja zdravja in z zdravjem povezane kakovosti življenj, • neprepoznane in nepričakovane zdravstvene težave, • psihosocialne potrebe, • vpliv spremljajočih bolezni in • stranski učinki zdravljenja.	• specifični simptomi in znaki za določeno bolezen, obolenje ali funkcionalno okvaro,
Podatki iz specifični vprašalnikov lahko olajšajo primerjavo med skupinami bolnikov in prebivalcev.	

Vir: Nilsson, Orwelius in Kristenson (2016, 141)

Pogosto se uporabljata obe vrsti, splošni imajo večjo veljavnost in verodostojnost, specifični pa omogočajo primerjave med različnimi pogoji. Za natančnejšo oceno sprememb v kakovosti zdravja se priporoča uporaba komplementarnih vprašalnikov iz obeh kategorij, saj lahko splošni vpliv posamezne bolezni presega specifičen vpliv same bolezni.

Glede na vsebino in namen uporabe lahko vprašalnike razdelimo na sedem osnovnih skupin (NHA HES Online 2013):

1. Vprašalniki, ki so specifični za določeno bolezen, npr. vprašalnik o kakovosti življenja z astmo (AQLQ).
2. Vprašalniki, ki so namenjeni določeni populaciji, npr. merjenje zdravja otrok (CHIP-CE).
3. Vprašalniki, ki se nanašajo le na določeno dimenzijo zdravstvenega stanja, npr. merjenje depresije (Beck Depression Inventory).
4. Generični vprašalniki, ki merijo celovito zdravstveno stanje ne glede na bolezen ali populacijo (SF-36).
5. Individualizirani vprašalniki, npr. Patient Generated Index.
6. Sumarni vprašalniki, npr. Anketa o porabi gospodinjstev; vprašanja, ki se nanašajo na kronične bolezni.

7. Vprašalniki o koristnosti, npr. EQ-5D.

Danes najpogosteje uporabljena sta EQ-5D in SF-36. Ta vprašalnika vsebujeta preference oz. vrednosti, ki jih posamezniki pripišejo določenim zdravstvenim stanjem. Vrednost zdravstvenega stanja se lahko izrazi v eni sami številki, kar omogoča primerjavo med zdravljenji posameznih zdravstvenih stanj. To lahko uporabimo tudi v ekonomskih analizah za izračun QALY. Te mere so po navadi zelo široko opredeljene, saj morajo zajeti vsa zdravstvena stanja in so zato tarča kritik v smislu nizke odzivnosti na spremembe v zdravstvenem stanju (Thompson in drugi 2000; Prevolnik Rupel 2003; NHA HES Online 2013).

Spremljanje zdravstvenih izidov mora vključevati kombinacijo dimenzij, od kliničnega pregleda in diagnostičnih postopkov do pacientove samoocene fizičnega ter socialnega počutja in funkcioniranja. Zdravniki z razpoložljivimi podatki o pacientovi samooceni lažje sprejmejo odločitev o spremembi v načrtu zdravljenja, diagnostiki, napotitvi k drugim specialistom in ukrepih za boljše obvladovanje bolezni s strani pacienta (Boyce in Browne 2013; Smith in Street 2013). To je pomembno tako pri kroničnih boleznih kot za večino zdravstvenih posegov. Na primer, pri načrtovanju ortopedske operacije ne moremo njenega izida ocenjevati samo po rentgenski sliki, izjemnega pomena je pacientov podatek o gibljivosti brez simptomov, recimo bolečine. Tak celostni pristop omogoča optimizacijo zdravljenja, omejitev stranskih učinkov bolezni in zdravljenja ter dvig kakovosti življenja. Obenem pa so pacienti bolj opolnomočeni, ker jih izpolnjevanje vprašalnikov vzpodbuja k razmišljanju in zavedanju o njihovem položaju in ker bodo zdravstveni delavci bolj prisluhnili njihovim težavam (Kettis-Lindblad in drugi 2007). PROMi so uporabni tudi za identifikacijo in določitev prednostnih težav, pomembnih za posameznega pacienta, lažjo komunikacijo in izmenjavo kliničnega odločanja, iskanje skritih problemov in določanje skupin rizičnih skupin ali skupin, potrebnih nadaljnjih posegov ali podpore. Pacienti so lahko vprašani o obsegu spremembe v njihovem zdravju po zdravljenju (posamezni prehodni pogoj) in o škodljivih posledicah (zapletih).

Zdravnikova ocena prisotnosti in težavnosti bolezni ter pacientova samoocena zdravja pogosto nista enotni (Chassany in drugi 2006). Zavedati se je potrebno, da obstajajo razlike med poročanimi izidi zdravnikov in pacientov. Tako so pacienti bolečino ocenili višje kot zdravniki, pacienti z boleznijo arterij so določili daljšo klavdikacijsko razdaljo kot zdravniki. Oboje ima pomemben vpliv na način zdravljenja, zato bi morali biti PROMi upoštevani pri simptomatskem zdravljenju odpravljanja bolečine, pa tudi zaradi pravočasnosti zdravljenja pri

periferni arterijski bolezni (Chassany in drugi 2006). Pri oceni škodljivosti radioterapije so pacienti v primerjavi z zdravniki dali večjo težo za večino simptomov. Ocena kvalitete življenja je bolj korelirala z oceno pacientov kot zdravnikov. PROMi so bili statistično zanesljivi in bi morali biti vključeni v oceno novih radioterapevtskih pristopov. Zanesljivost PROMov je podobna kliničnim meritvam kot so diastolični krvi tlak ali vrednost glukoze v krvi (Hanh in drugi 2007). Klinična in laboratorijska ocena je obrazložila le 18 % z zdravjem povezane kakovosti življenja in napovedala 7 % spremembo z zdravjem povezanih izidov s poročanjem s strani pacientov (Christodoulou in drugi 2014).

Uporaba PROMov in vpliv na zgodnejšo diagnostiko in upravljanje bolezni naj bi izboljšala simptome in zmanjšala neželene učinke v primerjavi z zdravjem povezano kakovostjo življenja in socialno blaginjo. Naključne študije o uporabi PROMov v klinični praksi so dokazale izboljšave v procesih, na primer diagnostike, in manj prepričljivo, v samih zdravstvenih izidih. Jasne prednosti so bile dokazane pri zdravljenju depresije (Valderas in drugi 2008). Pravih dokazov o vplivu na spremembe v posameznikovem zdravju, organiziranosti zdravstvenih storitev ali zdravja prebivalstva še ni (Chen in drugi 2013). Uporaba PROMov pri primerjavi uspešnosti zdravstvenih izvajalcev še ni bila dokončno ocenjena.

Posamezni zdravniki in bolnišnice vse pogosteje uporabljajo PROMe, razširjena uporaba v zdravstvenih sistemih pa je v veliki meri omejena na Anglijo, Švedsko, in dele ZDA. Promocija uporabe je potekala različno: v Angliji je bilo njihovo sprejetje posledica vladne želje za javne primerjave učinkovitosti izvajalcev, na Švedskem in v ZDA pa je medicinska stroka vplivala na njihov sprejem z osredotočenostjo na izboljšanje klinične oskrbe posameznih pacientov. Optimalen pristop ne more biti le uporaba podatkov kot meril rezultatov, ampak tudi za učenje in kot podlaga za prepotrebne izboljšave zdravstvenih storitev v kliničnem okolju. Vodilni pri uporabi agregiranih podatkov na organizacijski, regionalni ali nacionalni ravni za oceno in primerjavo izvajalcev ter politično uporabo so v Angliji, kjer je NHS uporabil PROMe kot kazalce uspešnosti izvajalcev ter sredstvo javnega odločanja o njihovi izbiri.

Večja kot je sprememba v vrednosti zdravstvenega stanja, večjo prioriteto v financiranju bo imelo zdravljenje, večja bo torej verjetnost, da bo zdravilo ali medicinski pripomoček ali postopek, ki ga vrednotimo, vključen v financiranje iz javnih sredstev. Koristnosti oz. vrednosti posameznih zdravstvenih stanj so zato izjemnega pomena, saj lahko vplivajo na odločitve o financiranju zdravstvenih programov.

3.6 Poročanje izkušnje s strani pacientov

PREMi spremljajo zadovoljstvo in izkušnje pacientov v povezavi s strukturo (na primer: dostop do storitev, primernost, udobje) ali procesi (na primer stik z osebjem, dostopnost do informacij). PREMi merijo izide kot pacientovo oceno izidov, torej zadovoljstvo z izidi zdravljenja (Hudak in Wright 2004) in niso kot PROMi, ki merijo izide kot pacientov opis trenutnega statusa in omogočajo opis simptomov ter zdravstvenega stanja kot izid opravljene zdravstvene obravnave. PREMi se ukvarjajo s humanostjo in dostojnostjo zdravljenja.

Obstajajo številni vprašalniki v okviru PREMov, ki merijo posamezne ali skupinske pristope. Pogosto posamezni raziskovalni projekti ali bolnišnice celo razvijejo lastne vprašalnike, kar pa omejuje mednarodno primerjavo. Včasih se enodimenzionalni PREM vprašalniki o izboljšanju ali poslabšanju po opravljenem zdravljenju uporabljajo za določanje veljavnosti različnih PROMOV (Lloyd in drugi 2014).

Na zadovoljstvo pacientov vplivajo pričakovanja, ki so odvisna od želja, osebnosti in predhodnih izkušenj s sistemom zdravstvenega varstva in zdravljenja (Revicki 2004). Povezava med zadovoljstvom in zdravjem bolnika obstaja, a vzročnost ni dokončno pojasnjena: pozdravljen pacient je bolj zadovoljen, vendar pa lahko zadovoljni pacienti postanejo bolj zdravi (Black in drugi 2014). S ciljem zmanjšanja tega vpliva naj bi se paciente spraševalo o specifičnih izkušnjah in ne zgolj o zadovoljstvu (Jenkinson in drugi 2002). S postavljanjem specifičnih vprašanj lahko pridobimo uporabnejše predloge za izboljšave. Znano je, da ob merjenju zadovoljstva na splošno pogosto dobimo visoko stopnjo zadovoljstva, ker vprašani pogosto prezrejo občasne neprijetne izkušnje pri oblikovanju globalne ocene (Haas 1999). Zato je potrebno paciente vprašati o zadostnosti prejetih informacij in ne o zadovoljstvu z informacijami na splošno. Prav to naj bi bile glavne omejitve PREMov.

4 Poročanje izidov s strani pacientov: študij primerov Velike Britanije in Slovenije

4.1 PROM v Angliji

V Angliji so bili PROMi vpeljeni s ciljem izboljševanja zdravstvene oskrbe s promocijo treh pristopov:

- podpora klinikom pri izvajanju zdravstvene oskrbe osredotočene na bolnika,
- ocenjevanje in primerjava kakovosti izvajalcev ter
- zagotavljanje podatkov za ocenjevanje kliničnih praks in zdravstvene politike.

Na nacionalni ravni so PROMe prvič uvedli leta 2008 za prostovoljno oceno pacientk pred in po odstranitvi dojke (mastektomija) ter rekonstrukciji dojke (The NHS Information Centre 2011). Od 1. aprila 2009 dalje morajo PROMe obvezno poročati vsi izvajalci, javne in zasebne bolnišnice ter neodvisne zdravstvene ustanove, ki obravnavajo paciente v okviru NHS. Izvajalci poročajo PROMe vsaj za enega od štirih elektivnih kirurških posegov: zamenjava kolka, zamenjava kolena, operacija varikoznih ven in operacija kile (Health and Social Care Information Centre). Proces se uspešno nadaljuje s širitvijo seznama posegov. Od leta 2013 dalje so tako dodali še koronarno revaskularizacijo.

Pacienti prostovoljno izpolnjujejo vprašalnike v specialistični ambulanti ob načrtovanju posega ali na dan sprejema. Odgovarjajo na vprašanja o socialno-demografskem statusu, trajanju težav, splošnem zdravju, spremljajočih boleznih in morebitni reoperaciji. Ob tem izpolnijo tudi specifičen PROM za bolezni (*Oxford Hip Score* (OHS), *Oxford Knee Score* (OKS) oziroma *Aberdeen Varicose Vein Score* (AVVS)) in splošni PROM (EQ-5D in EQ-VAS). Pacienti drugič izpolnijo vprašalnik nekaj tednov po operaciji, pri čemer lahko pismeno odstopijo od izpolnjevanja drugega vprašalnika. Vsi pacienti, ki odgovorijo na prvi vprašalnik, dobijo drugi vprašalnik po pošti tri mesece po operaciji varikoznih ven in kile, oziroma šest mesecev po operativni zamenjavi kolka ali kolena. V kolikor ne odgovorijo na povabilo, so pozvani še enkrat. Izjemno pomembno je, da so v Angliji PROMe vključili v bolnišnični karton pacientov, kar omogoča kombinirano spremljanje, razširi in olajša analize (NHS Choices).

4.1.1 Rezultati PROM na nacionalni ravni v Angliji

Rezultate eksperimentalnih analiz predoperativnih podatkov so pričeli mesečno objavljati od aprila 2010, pooperativne od septembra 2010 dalje. Januarja 2012 so eksperimentalne analize zamenjale uradne, ki so javno dostopne na spletni strani Health and Social Care Information Centre. Poročila vsebujejo agregirano število pacientov z izboljšanim, poslabšanim ali nespremenjenim zdravstvenim stanjem glede na primerjavo stanja pred in po operaciji za vsak poseg. Rezultate prikazujejo po različnih izvajalcih, regijah, demografskih skupinah, spolu in statusu pacientov. V prvih dveh letih je bilo vključenih 329.000 pacientov ali 68 % vseh operiranih. Pred načrtovanim posegom se je odzvalo 80 % pacientov za operacijo kolka in kolena, 60 % za operacijo kile in 50 % za operacijo varic, po izvedenih posegih pa se je odzvalo 85 % pacientov po operaciji kolka in kolena, 75 % pacientov po operaciji kile in 65 % pacientov po operacij varic (Health and Social Care Information Centre).

Vključitev v bolnikov karton je omogočila poglobljene analize, usmerjene v potrebo po ponovni operaciji in komplikacijah.

V obdobju med 2010 in 2011 so bolniki operirani zaradi varic ven po AVVS vprašalniku v 83,1 % navedli izboljšanje, v 8,0 % po operaciji ni bilo problemov v primerjavi z 0,1 % pred operacijo.

Analiza PROMov z EQ-5D med aprilom 2011 in marcem 2012 je pokazala znižanje deleža pacientov s težavami v mobilnosti (od 72,7 % pred na 39,6 % po operacijah), samooskrbo (od 31,3 % na 17,1 %), vsakodnevno aktivnostjo (od 73,8 % na 44,1 %), bolečino (od 90,3 % na 51,7 %) in anksioznostjo (od 33,5 % na 19,8 %). Povprečno izboljšanje zdravja po EQ-5 indeksu se je gibalo med 0,087 in 0,416 v odvisnosti od vrste posegov. Mobilnost in aktivnost sta se bolj izboljšali pri ortopedskih operacijah glede na splošno kirurgijo. Pri mobilnosti je imelo 93,5 % operiranih na kolku in 93,4 % operiranih na kolenu težje probleme, medtem ko je le 19,4% oziroma 25,9 % operiranih zaradi kile oziroma varic imelo težave z mobilnostjo. Težave z aktivnostjo je imelo 94 % operiranih na kolku in 91 % operiranih na kolenu, medtem ko je imelo le 27,4 % oziroma 27,7 % pacientov, operiranih zaradi kile oziroma varic, težave z mobilnostjo (Health and Social Care Information Centre).

Sprememba v kvaliteti življenja spremljana z EQ-5D med 2012 in 2013 je pri operiranih zaradi kile pri 41,9 % pokazala izboljšanje pri bolečini in le pri 6,9 % poslabšanje. Pri ostalih petih dimenzijah praktično ni bilo sprememb, tako je na primer kar 84,7 % poročalo enako mobilnost. Pri operacijah kolkov se je bolečina zmanjšala pri 73,7 %, pacientov pogosteje pri tistih pri primarni operaciji v primerjavi s ponovno operiranimi pacienti (75,5 % v primerjavi s 53,3 %). Pri

52,3 % se je izboljšala mobilnost, pri 59,4 % vsakodnevna aktivnost in 38,4 % samooskrba, seveda bolj pri pacientih s prvo kot ponovno operacijo. Pri operacijah kolena se je bolečina zmanjšala pri 60,0 %, pogosteje pri tistih pri primarni operaciji v primerjavi s ponovno operiranimi pacienti (60,7 % v primerjavi s 47,9 %). Pri 45,3 % se je izboljšala mobilnost in pri 46,2 % vsakodnevna aktivnost, seveda bolj pri pacientih s prvo kot s ponovno operacijo. Pri operacijah varic se je bolečina zmanjšala pri 40,6 % (Health and Social Care Information Centre).

Analiza demografskih karakteristik med letom 2012 in 2013 je pokazala, da responderji naraščajo do starosti med 65 in 74 let, nato ponovno upadajo. Neresponderji so bili procentualno pogosteje moški (44,8 %) kot ženske (37,8 %). Več kot dve tretjini pacientov za operacijo kolka (68,9 %) oziroma kolena (67,9 %) je izpolnilo vsaj preoperativni vprašalnik. Pri pacientih za operacijo kile oziroma varic ven pa manj kot polovica (44,9 oziroma 34,7 %). V povprečju so bolniki, ki so izpolnili oba vprašalnika poročali boljše predoperativno stanje kot tisti, ki so izpolnili le preoperativni vprašalnik (Health and Social Care Information Centre).

Maja 2013 so objavili poročilo o komplikacijah po posegih v letih 2010 in 2011 o ponovni hospitalizaciji oziroma ponovni operaciji na strani prvega posega. Ponovna hospitalizacija je bila potrebna pri 4,9 % oziroma 5,6 % pacientov po operaciji varic ven oziroma kile, ponovna operacija pa je bila potrebna pri 15,0 % oziroma 15,5 % pacientov po operaciji varic ven oziroma kile znotraj 3-mesečnega intervala poročanja. Ponovna hospitalizacija je bila potrebna pri 9,8 % oziroma 7,9 % pacientov po operaciji kolena oziroma kolka, ponovna operacija je bila potrebna pri 3,8 % oziroma 2,8 % pacientov po operaciji kolena oziroma kolka znotraj 6-mesečnega intervala poročanja. Pri komplikacijah po posegu so bili vprašani o alergijah na zdravila, problemih z uriniranjem, krvavitvah in problemi z operativno rano. Med 23,0 % in 32,4% vprašanih je navedlo eno ali več navedenih postoperativnih komplikacij, ki pa so bile bistveno večje pri ortopedskih operacijah kolkov in kolena. Alergije na zdravila je poročalo med 11,9 % pacientov operiranih zaradi varic ven in 36,3 % pacientov po operacijah kolena. Težave z uriniranjem je imelo 6 % pacientov operiranih zaradi varic ven in 39,8 % pacientov po operacijah kolka. Krvavitve je imelo 18,2 % pacientov po operacijah kolka in 51,7 % operiranih zaradi varic ven. Težave z operativno rano je imelo 31,6 % pacientov po operacijah kolka in 58,0 % operiranih zaradi varic ven (Health and Social Care Information Centre).

Julija 2013 je NICE objavil smernice za uporabo novih, manj invazivnih metod pri pacientih z varicami ven. S PROMI so želeli oceniti razlike v izidih pri različnih metodah. Delež operacij varic ven po NICE smernicah od leta 2009/10 je v porastu, predvsem zaradi endotermalnega posega v primerjavi s klasičnim kirurškim pristopom. Med posameznimi izvajalci

se je delež novih metod gibal med 0 in 100 %; pri izvajalcih z večjim številom posegov je bil delež novejših metod višji. Razlika v pridobljenem zdravju se je razlikovala med posegi. Najvišja je bila po klasičnem kirurškem posegu, nato po endotermalnem posegu in najnižja po skleroterapiji. Po drugi strani pa je bilo več postoperativnih komplikacij pri klasični kirurški operaciji, predvsem krvavitav. Pacienti po klasični kirurški operaciji so bili številčnejši responderji. Primerjava PROMov v obdobju 2009/10 in 2014/15 je pokazala počasno in stalno rast v prilagojeni povprečni razliki v zdravju merjeni z EQ-5D ter specifičnimi vprašalniki OHS, OKS in AVVS. Pomembnih trendov rasti pri komplikacijah ni bilo zabeleženih (Health and Social Care Information Centre).

4.1.2 Rezultati PROM na ravni izvajalcev v Angliji

Maja 2015 je HSCIS objavil študijo dobrih prek uporabe PROMov za dvig kakovosti obravnave na ravni posameznih izvajalcev na podlagi nacionalnih poročil 2009/10 do 2013/14 (Health and Social Care Information Centre).

V poročilu za obdobje 2011/12 je *Barnsley Hospital NHS Foundation Trust* negativno odstopal v OHS za primarno zamenjavo kolka. Lokalni obnovitveni program (*Enhanced Recovery Programme*) za operacijo kolka in kolena so analizirali z uporabo PROMov ter sprejeli ukrepe. Vpeljali so lokalne PROMe po 8 tednih in 3 mesecih po odpustu, nadgradili so predoperativno skupinsko pripravo za vadbo z različnimi pripomočki (na primer hoja z berglami), izdelali video za paciente pred operacijo, spremenili seznam vaj v postoperativnem obdobju, zamenjali fizioterapijo v domačem okolju z dodatnim fizioterapevtom v bolnišnici in izobraževalnim tečajem v bolnišnici za vse bolnike 6 tednov po odpustu po operaciji kolka, ter vpeljali telefonski pogovor z bolnikom tri dni po odpustu. V nacionalnem poročilu 2013/14 so napredovali in niso bili več v skupini z negativnim odklonom. PROMe so uporabili kot katalizatorje za spremembe s ciljem izboljšanja kakovosti obravnave in PROM rezultatov.

CircleBath je zasebni ponudnik storitev za zasebne in NHS paciente. Leta 2011 so v CircleBath s pomočjo PROMov nadgradil obnovitveni program za operacije kolka in kolena. V želji po standardizaciji oskrbe so revidirali klinični poti za obe operaciji z vključitvijo dnevnih ciljev med hospitalizacijo (na primer opazovanje vsakih 6 ur, vaje v postelje dan po operaciji, mobilizacija s palico drugega dne), vpeljali opomnike za osebje in tedensko spremljanje doseženega. V poduk o vlogi pacientov in svojcev so vpeljali izobraževalne tečaje dva tedna pred posegom. Standardizirali so kirurški del in anestezijski protokol v obeh kliničnih poteh z uvedbo standarda vgradnih materialov in postopka anestezije. Prav na podlagi PROMov so dodali obisk pri fizioterapevtu 2 oziroma 12 tednov po operaciji kolena oziroma kolka.

Od 2011/12 dalje CircleBath vedno poroča razliko v zdravju pri bolnikih po operaciji kolena po OKS nad državnim povprečjem, od 2012 tudi za paciente po operaciji kolka. Opolnomočenje pacientov na izobraževalnih tečajih in spremenjen protokol obravnave sta vplivala na skrajšanje ležalne dobe pri zamenjavi kolka oziroma kolena za 0,8 (od 3,9 na 3,1 dni) oziroma 0,3 (od 3,4 na 3,1) pri operaciji kolka oziroma kolena od leta 2011/12 do 2013/2014. Preko standardizacije vgradnih materialov so znižali stroške nabave implantov za 290 £ pri kolku oziroma za 600 £ pri kolenu. Z vsemi ukrepi so od 2011/12 do 2013/14 povečali število posegov kolka za 97 (od 180 na 277) in znižali strošek na oskrbni dan za 181 £.

Na podlagi dostopnih podatkov o uvedenih ukrepih so v CircleBath dosegli visoko vrednost za vložena sredstva (*value for money*): ekonomsko (nižja nabavna cena implantov in povprečni stroški na oskrbni dan), uspešnost (nižja povprečna ležalna doba) in učinkovitost (premik nad državno povprečje v razliki v zdravju). Dosegli so boljši izid zdravljenja ob nižji ceni implantov, krajši ležalni dobi in povprečnih dnevnih stroških. PROMi so bili uporabljeni za stalno spremljanje napredka pri uvajanju sprememb za izboljšanje izida obravnave pacienta.

Northumbria NHS Healthcare Foundation Trust redno objavlja strokovne prispevke o spremembah na področju ortopedskih operacij. Baker s soavtorji (Baker in drugi 2012) je povezal PROMe z nacionalnim registrom (*National Joint Registry* (NJR)) in identificiral vgradno protezo s statistično pomembno višje pridobljenim zdravjem v OKS. Konec 2011 so v Northumbria prešli na to protezo in ob nadaljnjem spremljanjem s PROMi ugotovili statistično pomembne višje vrednosti. Pomembne premike so dosegli tudi z drugačnim pristopom k površini pogačice (Baker in drugi 2013) in elektroakuterizacije (Jonbergen in drugi 2011), ki so bili preko analize s PROMi vpeljani v standardno klinično prakso. V poročilu za 2013/14 je bila Northumbria uvrščena v skupino izvajalcev s pozitivnim odklonom. Northumbria je uporabila PROM podatke za posredovanje kliničnih odločitev.

4.1.3 Uporabnost PROM v Angliji

Uporaba PROMov je omogočila bolnikom in zdravnikom boljšo obveščenost in lažjo odločitev o zdravljenju (Stiggelbout in drugi 2012). PROMi olajšajo izbiro izvajalcev za elektivne posege na podlagi poročanja izidov zdravljenja pacientov in ostalih dejavnikov, na primer oddaljenosti od doma, ki prav tako vplivajo na preferenco pacientov (Coulter 2010). PROMi so uporabni tudi pri kliničnih odločitvah in kliničnih raziskavah, niso pa uporabni kot absolutna dejstva (»bolniki z OHS pod 30 bi morali biti operirani«), ker njihova napovedna veljavnost za posameznika ni dovolj močna. Trimesečno spremljanje bolnikov z

osteoartritisom kolka je olajšalo odločitev zdravnikov o izvedbi operacije in določitvi optimalnega termina (My clinical outcomes).

V fazi raziskav, rutinsko spremljanje PROMov zagotavlja podatke o velikem številu pacientov za elektivne posege, kar olajša raziskave o učinkovitosti, in ne uspešnosti, zdravljenja (Baker in drugi 2012). Z vključitvijo generičnih PROMov (kot so EuroQoL EQ-5D) je omogočena izvedba analize stroškovne učinkovitosti. Nenazadnje, zbrani podatki preko PROMov se lahko uporabljajo tudi za vrednotenje zdravstvenih politik ter uvajanja novih načinov zagotavljanja zdravljenja (Chard in drugi 2011) in pravičnosti storitev (Neuburger in drugi 2012). Decembra 2013 so strokovnjaki London School of Hygiene and Tropical Medicine pregledali prek 50.000 pridobljenih vprašalnikov s strani pacientov v prvih treh letih. Po poglobljeni analizi niso našli dokazov za zmanjševanje obsega opravljenih operacij pri posameznem izvajalcu (Caklin 2013).

PROMi so vključeni v redna poročila o zdravstvenih izidih v okviru NHS, kar s pridom uporablja upravni odbor NHS za upravljanje kakovosti ter za oceno produktivnosti zdravstvenega varstva z vključevanjem izidov in kazalnikov kakovosti zdravljenja. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo v svojih letnih poročilih PROMe poročati lokalnim skupnostim, kar jim omogoča poglobljen vpogled v izvajanje zdravstvene oskrbe.

Glavni izzivi so usmerjeni v večjo odzivnost starejših in resneje obolelih pacientov ter v vključitev informacijskih tehnologij za lažje zbiranje in analiziranje podatkov. Ob tem se v Angliji usmerjajo v spremljanje bolnikov z demenco, raziskovanje dolgoročnih pogojev preživetja bolnikov z rakom in inovativnejšim pristopom obravnave pacientov s kroničnimi pogoji na primarne ravni. Glede na to, da obstaja več kot 50 nacionalnih kliničnih revizij, ki so vse (razen ene) usmerjene na poročila klinikov o procesih in izidih, so možnosti za širšo uporabo PROM praktično že na razpolago.

4.2 PROM v Sloveniji

V letu 2009 je ZZZS prvič izvedel nacionalni razpis za zdravstvene programe. Cilj nacionalnega razpisa je bil povečanje dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev z vpeljevanjem konkurence med izvajalce preko nižanja cen ob istočasnem zagotavljanju in merjenju kakovosti zdravstvenih storitev. Posredno se je preko nacionalnega razpisa želelo vzpodbuditi, da bi »denar sledil bolniku«. Izvajalci z večjim dogovorjenim rednim programom in daljšimi čakalnimi seznamami bi lahko pri izračunu ponujene cene upoštevali ekonomijo obsega, dosegli povečanje letnega programa ter preko koncentracije programov

tudi večjo specializacijo izvajalcev. Tako bi nacionalni razpis predstavljal dodatno orodje za racionalizacijo javne zdravstvene mreže in nižjih ali pravih cen storitev.

Izpeljan nacionalni razpis v letu 2009 je povečal dostopnost za štiri razpisane zdravstvene programe, saj je bil opravljenih za 13 % več storitev za enaka sredstva zaradi nižjih ponujenih cen izvajalcev. Učinki nacionalnega razpisa 2009 so predstavljali podlago za nadaljnje aktivnosti ZZZS pri izvajanju nakupovalne funkcij. ZZZS je namreč tudi v letih relativnega pomanjkanja dodatnih finančnih sredstev poizkušal na različne načine povečevati dostopnost zavarovancev do zdravstvenih storitev.

4.2.1 Nacionalni razpis 2010

Na podlagi pozitivnih izkušenj in učinkov nacionalnega razpisa v letu 2009 se je ZZZS odločil ponoviti in nadgraditi razpis leta 2010. ZZZS je v letu 2010 k pripravi nacionalnega razpisa pristopil sistemsko s ciljem nadaljnjega povečevanja dostopnosti na podlagi povečevanja konkurenčnosti med izvajalci zdravstvenih storitev ob istočasnem dvigovanju kakovosti zdravstvenih storitev. Seznam razpisanih programov v letu 2010 so sestavljale naslednje operacije: endoproteza kolka, endoproteza kolena, artroskopija, operacija sive mreže, operacija kile, operacija žolčnih kamnov, operacija ožilja – krčne žile, operacija karpalnega kanala, odstranitev osteosintetskega materiala, lažji posegi ženskega reproduktivnega sistema (ZZZS tiskovna konferenca).

Med temi desetimi razpisanimi programi so bili tudi štirje programi, ki so bili razpisani že v letu 2009. Ponovljeni programi so bile operacije z endoprotezo kolka, operacije kile, operacije ožilja – krčne žile in operacije karpalnega kanala. Sredstva za izvedbo navedenih programov so se zagotovila tako, da se je vsem izvajalcem zdravstvenih storitev znižal načrtovani obseg razpisanih programov v letu 2010 za 30 % (v letu 2009 za 20 %), skladno s tem pa tudi načrtovana vrednost programov. Pri tem so se posameznemu izvajalcu lahko celotna sredstva znižala za največ 3 % glede na skupno planirano vrednost akutne bolnišnične obravnave na letni ravni po veljavnih cenah oziroma za največ 3 % glede na skupno planirano vrednost specialistične ambulantne dejavnosti na letni ravni po veljavnih cenah. Tako se je zagotovila finančna stabilnost izvajalcev zdravstvenih storitev.

Tako določena sredstva za posamezne programe so se na podlagi nacionalnega razpisa za posamezni program namenila najugodnejšim ponudnikom, merili za izbiro ponudnikov pa sta bili cena, ki ni smela biti višja od veljavne cene v času razpisa, in obdobje, v katerem bo izvajalec izvedel program. Vsak prijavljeni izvajalec je moral za program predložiti klinično pot obravnave in spremljanje vsaj treh bistvenih kazalnikov kakovosti.

Na podlagi razpisa je ZZZS skupaj z izbranimi izvajalci uspelo povečati obseg programa na skupni ravni za 6,6 % (povečanje števila obravnav z 12.695 na 13.536) ter realizirati 4,5 % prihranek. Za vseh 13.536 obravnav je ZZZS namenil 14,7 milijonov evrov, če pa bi vse te storitve naročal in kupoval po predhodnih višjih cenah, bi zanj plačal 15,4 milijonov evrov.

Za zdravstvene programe, ki so bili v letu 2010 prvič predmet nacionalnega razpisa, so kazalnike kakovosti definirali izvajalci sami, pri čemer so morali kazalniki kakovost pokriti najbolj kritične faze obravnave bolnikov. Pri opredelitvi kazalnikov kakovosti so se morala upoštevati strokovna merila pred poslovnimi. V kolikor izvajalec ni predložil klinične poti, je moral zagotoviti spremljanje vsaj treh bistvenih kazalnikov kakovosti po mnenju izvajalca. Če se je izvajalec na razpisu prijavil za izvajanje zdravstvenih programov, ki so že bili predmet nacionalnega razpisa v letu 2009, je moral bolnike spremljati po naslednjih kazalnikih kakovosti (prikaz Tabela 4.1).

Tabela 4.1 Kazalniki kakovosti.

A) Operacije krčnih žil:

1. okužba/vnetje rane,
2. bolečina,
3. recidiv,
4. nepričakovani ponovni sprejem,
5. kvaliteta življenja bolnika, merjena z EQ-5D pred in po posegu, v smiselnem časovnem obdobju;

B) Operacije kile:

1. okužba rane,
2. delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze,
3. bolečina,
4. recidiv,
5. kvaliteta življenja bolnika, merjena z EQ-5D pred in po posegu, v smiselnem časovnem obdobju.

C) Operacije kolka:

1. okužba rane,

2. zapleti,
3. delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze,
4. čas do mobilizacije,
5. kvaliteta življenja bolnika, merjena z EQ-5D pred in po posegu, v smiselnem časovnem obdobju;

D) Operacije karpalnega kanala:

1. okužba rane,
2. recidiv,
3. zbujanje bolnika ponoči zaradi odrevenelosti udov,
4. poškodba živcev/žil med operacijo,
5. kvaliteta življenja bolnika, merjena z EQ-5D pred in po posegu, v smiselnem časovnem obdobju.

Za vse bolnike so bile izvedene ocene zdravstvenega stanja pred in po operacij. Rezultate smo primerjali z VAS lestvico. Prav tako smo rezultate primerjali za vse paciente po programih.

Vsi izbrani izvajalci so za pridobljena programa posredovali vse zahtevane podatke, med temi tudi oceno zdravstvenega stanja po VAS lestvici pred in po operacij za tiste programe, za katere so bili izbrani. Za neizbrane programe niso mogli izbrati podatkov, zato so določena polja v tabeli 4.2 in 4.3 prazna.

Pred načrtovanimi operacijami je ocena zdravstvenega stanja prikazana v tabeli 4.2. Za program operacij kil je bilo povprečna ocena zdravstvenega stanja 72,10, minimalno 59,92 IATROS in maksimalno 80,40 Specialistična kirurška ambulanta (SKA) mag. Marko Bitenc. Za program operacij krčnih žil je bilo povprečna ocena zdravstvenega stanja 75,89, minimalno 63,33 SB Celje in maksimalno 95,00 SB Jesenice. Za program operacije kolka je bilo povprečna ocena zdravstvenega stanja 53,40, minimalno 41,46 SB Slovenj Gradec in maksimalno 68,00 Kirurški sanatorij Rožna dolina. Za program operacij karpalnega kanala je bilo povprečna ocena zdravstvenega stanja 64,65, minimalno 60,37 Simed zdravstvo in maksimalno 68,67 Kirurški center Toš.

Tabela 4.2 Ocena zdravstvenega stanja po VAS lestvici pred operacijo po štirih programih in po izvajalcih.

Izvajalec	kile	krčne žile	kolk	karpalni kanal
IATROS	59,92			
SB Izola	68,04	71,58	58,33	
SB Novo mesto	70,42		48	
AVELANA d.o.o.		74,42		
SB Jesenice	76,14	95	59,91	
Estetika Fabjan				64,92
SKA mag. Marko Bitenc	80,4	90,27		
SB Murska Sobota	73,7		47,83	
Kirurški sanatorij Rožna dolina	75,26		68	
SB dr. Franca Derganca Nova Gorica	76,05	73,67	55,83	
Kirurški center Toš	65,33	69,29		68,67
SB dr. Jožeta Potrča Ptuj	75,24			
ZZKVD Izola		71,13		
Simed zdravstvo				60,37
OB Valdoltra			49	
SB Celje		63,33	49,82	
Zdrav splet d.o.o.	73,64			
SB Slovenj Gradec	67,14	76,6	41,46	
Povprečje	72,10	75,89	53,30	64,65

Po načrtovanih operacijah je ocena zdravstvenega stanja prikazana v tabeli 4.3. Ocene zdravstvenega stanja za vse štiri programe so se po operaciji povečale. Za operacije kil je bila povprečna ocena zdravstvenega stanja po operacijah 76,80 ali za 4,70 več kot pred operacijami; minimalno 69,25 Kirurški sanatorij Rožna dolina in maksimalno 92,25 SKA mag. Marko Bitenc. Pri treh izvajalcih je bila ocenjeno stanje po operaciji nižje, v SB Murska Sobota za 1,45, SB dr. Jožeta Potrča Ptuj za 2,74 in Kirurški sanatorij Rožna dolina 5,30.

Za program operacij krčnih žil je bila povprečna ocena zdravstvenega stanja po operacijah 80,07 ali za 4,18 več kot pred operacijami; minimalno 71,67 SB Celje in

maksimalno 96,27 SKA mag. Marko Bitenc. Pri SB Jesenice je bila ocenjeno stanje po operaciji nižje za 20,00.

Za program operacij kolkov je bila povprečna ocena zdravstvenega stanja 68,57 ali za 16,17 več kot pred operacijami; minimalno 45,83 SB Izola in maksimalno 93,92 SB Slovenj Gradec. V SB Izola je bilo ocenjeno stanje po operaciji nižje za 12,50.

Za program operacij karpalnega kanala je bila povprečna ocena zdravstvenega stanja 70,78 ali za 6,13 več kot pred operacijami; minimalno 68,11 Simed zdravstvo in maksimalno 72,83 Kirurški center Toš. Povprečna ocena se je povečala pri vse treh izvajalcih glede na stanje pred operacijami, najmanj pri Kirurški center Toš za 4,17, največ pri Simed Zdravstvo za 7,74.

Tabela 4.3 Ocena zdravstvenega stanja po VAS lestvici po štirih programih in po izvajalcih.

Izvajalec	kile	krčne žile	kolk	karpalni kanal
IATROS	78,97			
SB Izola	75,49	78,83	45,83	
SB Novo mesto	73,67		68,5	
AVELANA d.o.o.		83,04		
SB JESENICE	76,17	75	63,18	
Estetika Fabjan				71,39
SKA mag. Marko Bitenc	92,25	96,27		
SB Murska Sobota	72,25		67,2	
Kirurški sanatorij Rožna dolina	69,96		69,5	
SB dr. Franca Derganca Nova Gorica	80,79	76,53	70,83	
Kirurški center Toš	71,67	83,64		72,83
SB dr. Jožeta Potrča Ptuj	72,5			
ZZKVD Izola		74,08		
Simed zdravstvo				68,11
OB Valdoltra			72,47	
SB Celje		71,67	73,42	
Zdrav splet d.o.o.	77,26			
SB Slovenj Gradec	76,67	85,15	93,92	
Povprečje	76,80	80,07	69,57	70,78

Pričakovanja bolnikov pred operacijo so odvisna od številnih dejavnikov. Pri bolezenskih stanjih so izjemnega vpliva predvsem življenjska ogroženost, spremljajoča bolezenska stanja, tveganja morebitnih zapletov, starost in delovna usposobljenost.

Pri vseh štirih opazovanih programih operacij kil, krčnih žil, karpalnega kanala in kolkov, je življenjska ogroženost izjemno nizka, saj je ogroženost življenja ob morebitni odklonitvi ali neizvedenem posegu zelo nizka. Vsi štirje sklopi operaciji sodijo v tako imenovane načrtovane (elektivne) operacije. Glede na visoko dostopnost do nujnih zdravstvenih storitev v naši mreži javne zdravstvene službe je verjetnost smrtnega izida ali težjega poslabšanja kliničnega statusa ob neizvedeni načrtovani operaciji zanemarljiva.

Pri operaciji kolka so glavne težave bolnikov bolečine, omejena gibljivost in posledično odvisnost od pripomočkov (na primer palica, voziček.) ali pomočnikov (na primer svojci, patronažna služba). Vse težave sodijo v sklop petih dimenzij, njihov obseg pa je odvisen od napredivosti okvare kolka (atroze kolka) in prilagodljivosti posameznika. Artoza kolka sprva prizadene bolnika zaradi bolečine v samem sklepu, kasneje zaradi kompenzatorne drže tudi v drugem kolku, hrbtenici in celo kolenih. Stopnjujoča bolečina ob premikih vpliva na zmanjšano pokretnost, ki jo kompenzatorna drža in posledična okvara tudi v drugih sklepih dodatno poslabša. V kolikor dodamo še visoko starost teh bolnikov s pogostejšimi in spremljajočimi psihiatričnimi ter srčno žilnimi boleznimi srca, se premiki lahko omejijo le na nekaj korakov dnevno. Pripomočki in pomočniki lahko pokretnost povečajo, a obenem negativno vplivajo na potrtnost in sproščenost. Skrb zase je pomembno zmanjšana.

Pri operaciji kile moramo ločiti načrtovano in nujno operacijo. Pri slednji gre za tako imenovano vkleščanje (inkarceracijo) kile, ki je življenje ogrožujoče stanje. Glede na postavljeno mrežo izbranih zdravnikov, dežurne službe in kirurških oddelkov splošnih bolnišnic v Sloveniji dostopnost do hitrega posega ni vprašljiva. Glede na dostopnost načrtovanih operacij kil so težave večinoma zanemarljive, zelo malo vplivajo na pokretnost, skrb zase, vsakdanje aktivnosti, bolečino in potrtnost. Pri ingvinalni kili se bolečina ali omejena pokretnost pojavita le ob izjemno napredovali in obsežni kili. Spremlja ju lahko potrtnost in zaskrbljenosti za izhod posega, otežena skrb zase pa samo zaradi kile ne bi smela nastopiti.

Pri operaciji karpalnega kanala praktično ne poznamo nujne operacije, lahko je ta potrebna v nekoliko krajšem času ob dokazani okvari perifernih živcev po opravljeni EMG (elektromiografija). Bolezen omeji pokretnost prstov oziroma dlani, kar lahko poveča

tesnobo, potrtost, neugodje, a težko vpliva na samostojnost, pokretnost. Lahko jo spremljata bolečina in nelagodje. Bolezen se najpogosteje pojavlja oziroma jo spremlja odvisnost od uživanja alkohola, kar lahko omeji možnost posega zaradi težav pri strjevanju krvi. Glede na možnost pristopa z minimalnim kirurškim posegom ob lokalni anesteziji, ki pa jo opravljajo le nekateri izvajalci, je odprava težav z operacijo praktično dostopna vsakemu.

Krčne žile se pogosteje pojavljajo pri ženskah, poklicih z daljšim stoječim položajem (na primer trgovke) in celo nekaterih družinah. Vodilno težavo predstavlja bolečina, katero intenzivira prisilno ali dolgotrajno stoječ položaj. Pokretnost zaradi same bolezni ni omejena, celo nasprotno, redna hoja je osnovni terapevtski princip ob elastičnih nogavicah. Hoja in posledično krčenje mišic nadomestita insuficienco zaklopk v venah spodnjih okončin, praznjenju krvi iz ven ter črpanju krvi iz ven proti srcu. Zaradi same osnovne bolezni je izražena občasna bolečina v stojećem položaju ali stalna bolečina ob zelo napredovali bolezni, ki jo lahko spremljajo tudi razjede na nogah. Sama pokretnost, skrb zase, neugodje, potrtost ali tesnoba pri osnovni bolezni niso v ospredju, nastopijo pa lahko v izjemno napredovali bolezni ali spremljajočih boleznih. Napredovala stopnja bolezni z vsemi komplikacijami praktično ne more biti razrešena z operativnimi posegi. Napredovalo stanje hitreje nastopi ob pogosto spremljajočih boleznih srca in ožilja ter debelosti. V kolikor dodamo pogosto konzervativno zdravljenje zapletov (kronične razjede) zdravnikov in medicinskih sester se lahko intenzivira bolečina, pojavi se nezadovoljstvo, zniža se pokretnost in omeji skrb zase.

V tabeli 4.4 prikazujemo razlike v oceni zdravstvenega stanja po operaciji v primerjavi z ocenami pred operacijami.

Tabela 4.4 Razlika v oceni zdravstvenega stanja po VAS lestvici po in pred operacijo po štirih programih in po izvajalcih.

Izvajalec	kile	krčne žile	kolk	karpalni kanal
IATROS	19,05			
SB Izola	7,45	7,25	-12,50	
SB Novo mesto	3,25		20,50	
AVELANA d.o.o.		8,62		
SB Jesenice	0,02	-20,00	3,27	
Estetika Fabjan				6,47
SKA mag. Marko Bitenc	11,84	6,00		
SB Murska Sobota	-1,45		19,37	
Kirurški sanatorij Rožna dolina	-5,30		1,50	
SB dr. Franca Derganca Nova Gorica	4,74	2,86	15,00	
Kirurški center Toš	6,33	14,36		4,17
SB dr. Jožeta Potrča Ptuj	-2,74			
ZZKVD Izola		2,95		
Simed zdravstvo				7,74
OB Valdoltra			23,47	
SB Celje		8,33	23,60	
Zdrav splet d.o.o.	3,61			
SB Slovenj Gradec	9,52	8,55	52,46	

Ob treh (dva javna: SB Murska Sobota, SB dr. Jožeta Potrča Ptuj ter zasebni Kirurški sanatorij 5,30), kjer je bila ocenjeno stanje po operacijah kile nižje, izstopajo rezultati po dodatni razliki med javnimi in zasebnimi izvajalci. Vidno izstopa razlika v zadovoljstvu po operaciji med zasebnimi (IATROS, SKA mag. Marko Bitenc, Kirurški center Toš, Zdrav splet d.o.o) in javnim izvajalci (SB Slovenj Gradec SB Izola, SB dr. Franca Derganca Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Jesenice).

Pri vseh programih ugotavljamo visoko statistično značilen rezultat povezave med obsegom posegov in zadovoljstvom. V kolikor je imel izvajalec malo posegov, so bili ljudje malo zadovoljni, z naraščanjem števila posegov je zadovoljstvo rastlo do neke meje, ko se pri zelo velikem številu posegov začenja zadovoljstvo bolnikov upadati (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 Število bolnikov in razlika v oceni zdravstvenega stanja po VAS lestvici po in pred operacijo po štirih programih in po izvajalcih.

	kile		krčne žile		kolk		karpalni kanal	
Izvajalec	Št. bolnikov	Razlika v oceni zdr. stanja	Št. bolnikov	Razlika v oceni zdr. stanja	Št. bolnikov	Razlika v oceni zdr. stanja	Št. bolnikov	Razlika v oceni zdr. stanja
IATROS	121	19,05						
SB Izola	80	7,45	80	7,25	6	-12,5		
SB Novo Mesto	48	3,25			10	20,5		
AVELANA d.o.o.			139	8,62				
SB Jesenice	7	0,02	1	-20	11	3,27		
Estetika Fabjan							133	6,47
SKA mag. Marko Bitenc	114	11,84	26	6				
SB Murska Sobota	20	- 1,45			30	19,37		
Kirurški sanatorij Rožna dolina	23	- 5,30			4	1,5		
SB dr. Franca Derganca Nova Gorica	19	4,74		2,86	6	15		
Kirurški center Toš	3	6,33	14	14,36			6	4,17
SB dr. Jožeta Potrča Ptuj	33	- 2,74	36					
ZZKVD Izola			63	2,95				
Simed zdravstvo							19	7,74
OB Valdoltra					30	23,47		
SB Celje			3	8,33	55	23,6		
Zdrav splet d.o.o.	76	3,61						
SB Slovenj Gradec	7	9,52	75	8,55	13	52,46		

Možna razlaga je v odsotnih strokovnih standardih optimalne obremenitve posameznega tima za določeno dejavnost, specialnost ali storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu. Obstajajo le finančne enote in standardi, ki so nastali pred desetletji in so se nadgrajevali predvsem glede na razpoložljiva sredstva in vplive posameznih strokovnih skupin. Nanje v ničemer niso vplivali medicinska in organizacijska stroka, oziroma pristopi k učinkovitejšim in kakovostnejšim obravnavam. Ob povečevanju programov v zadnjih letih, povečevanju števila

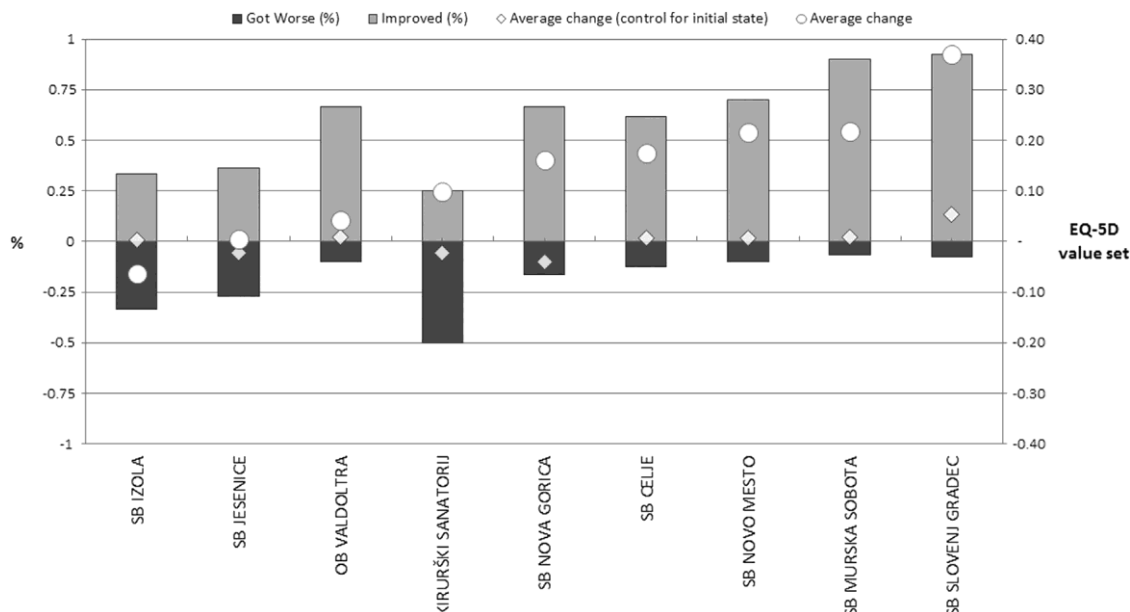
izvajalcev, vključevanju koncesionarjev ter zahtevi po večji učinkovitosti, uspešnosti ter obvladovanju stroškov je danes obremenitev ali produktivnost posameznih izvajalcev zelo velika, razlikuje se tudi do 50 %. Zanesljivo ne smemo zanemariti velikih razlik v organiziranosti dela pri izvajalcih, upravljanju s strokovnim osebjem, zasedenosti operacijskih prostorov in delovnem času. Ko v to okolje postavimo tradicionalnost, pripadnost in potrpežljivost ljudi, so sklepi jasni. Pri optimalnem razmerju organiziranosti, števila operacij na tim v časovnem obdobju (dan, teden, mesec, leto) ter razpoložljivim časom za celovito oskrbo bolnika bi morali biti rezultati najboljši. Pri manjšem številu operacij so negativni vplivi zagotovo potrebna rutiniranost ekipe, omejena stalna dostopnost ekipe, osamljenost bolnika pred in po posegu v zdravstveni ustanovi, težavna pridobitev laičnega mnenja o izkušnjah operirancev. Pri velikem številu posegov zadovoljstvo bolniku zmanjša manjša časovna razpoložljivost tima, obremenjenost tima in večja gneča v sobah.

Slika 4.1 prikazuje delež bolnikov, ki se jim je spremenilo zdravstveno stanje, merjeno z EQ-5D koeficientom, ki ima vrednost med 0 in 1. Največje razlike v spremembah zdravstvenega stanja med izvajalci so bile ugotovljene v programu zamenjave kolka. Največji delež bolnikov, ki so poročali pozitivne spremembe, so zdravili v SB Slovenj Gradcu, največji delež bolnikov, ki je poročal negativne spremembe, pa v kirurškem Sanatoriju Rožna dolina. Pri velikosti spremembe so najslabši rezultat dosegli v SB Izola s povprečnim poslabšanjem zdravstvenega stanja za 0,06 na lestvici od 0 do 1. Pri vseh ostalih je prišlo do povečanja, največ pri SB Slovenj Gradec, za 0,37..

Tukey test je pokazal, da statistično pomembne razlike ($P < 0,05$) obstajajo samo med dvema paroma ponudnikov, in sicer: SB Slovenj Gradec in SB Nova Gorica (0,43) ter SB Slovenj Gradec in SB Jesenice (0,37).

Rezultati linearnega regresijskega modela v primeru programa zamenjave kolka kažejo, da ima velikost ponudnika (merjena v številu postopkov na leto), pozitiven vpliv na spremembe v zdravju. Učinek ni linearen, ampak ima kvadratno obliko, kar kaže, da se pozitiven učinek zmanjšuje s povečevanjem velikosti.

Slika 4.1 Rezultati operacij kolka. EQ-5D, EuroQol 5-dimenzionalni vprašalnik.



Vir: Prevolnik Rupel in Ogorevc (2014, 97)

V nasprotju s programom zamenjave kolka, rezultati drugih programov kažejo bolj raznolike učinke. Pri operaciji kile so povprečne spremembe v zdravju večinoma negativne. Pozitivne povprečne spremembe so vidne le pri 4 od 12 ponudnikov, in sicer: SB Jesenice, SKA mag. Marko Bitenc, ZdravSplet in IATROS. Rezultati statističnega modela kažejo, da je status (javni/zasebni) eden od pomembnih dejavnikov pri pojasnjevanju sprememb v zdravstvenem stanju po operaciji kile, saj kažejo na to, da imajo zasebni status pozitiven učinek (0,096). Statistično pomembne razlike (na ravni 5 %) med ponudniki, prikazane s pomočjo Tukey testa, so pokazale boljše rezultate za IATROS v primerjavi z drugimi ponudniki. Razlike pri drugih ponudnikih so bile sledeče: 0,05 SB Izola; 0,10 SB Novo mesto; 0,12 SB Ptuj; 0,17 SB Murska Sobota in 0,21 SB Jesenice, medtem ko primerjava z drugimi ponudniki ni pokazala ključnih razlik.

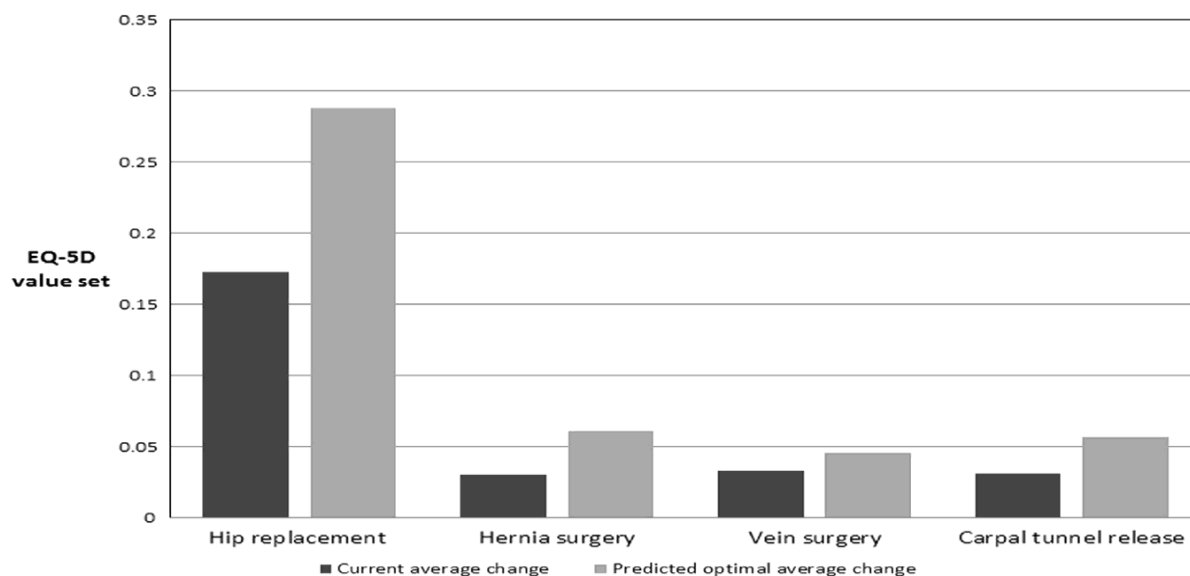
Na področju operacij venskih varic so vsi bolniki SB Jesenice poročali o negativnem učinku na zdravstveno stanje, medtem ko so nekateri ponudniki (SB Celje, SKA mag. Marko Bitenc in Kirurški center Toš) poročali le pozitivne spremembe v zdravstvenem stanju. Povprečna sprememba v zdravju je bila pozitivna skoraj pri vseh ponudnikih, z izjemo SB Jesenice in SB Nova Gorica. Status ali velikost ponudnika nista imela statistično pomembnega vpliva na rezultat. Primerjava povprečnih sprememb v zdravju med ponudniki

je pokazala le eno statistično pomembno razliko med ZZKV Izola in AVELANO, v korist AVELANI, s povprečno razliko 0,036.

Pri operaciji sprostitve karpalnega tunela so vsi ponudniki pokazali povprečno izboljšanje zdravstvenega stanja po operaciji. Vsi ponudniki so bili zasebni, pri čemer je imela njihova velikost pozitiven vpliv na izid. Čeprav je imel SIMED največji delež bolnikov, ki poročajo pozitivne rezultate, je bila njegova povprečna sprememba v zdravstvenem stanju najmanjša, ocenjeni učinek po primerjavi s začetnim zdravstvenim stanjem pa negativen. Kakorkoli, Tukey test ni pokazal statistično pomembnih razlik med povprečnimi rezultati ponudnikov.

Na podlagi rezultatov linearnih regresijskih modelov smo predvideli zdravstvene rezultate v primeru optimalne razporeditve bolnikov – kar pomeni, da bi vsak bolnik obiskal »najboljšega ponudnika«. Najboljši ponudnik je bil izbran na podlagi najvišjega regresijskega koeficienta za vsak izbrani program. Taka primerjava v praksi ni realna, saj en ponudnik ne more obdelati vseh pacientov, prav tako nismo upoštevali geografske in finančne komponente. Vsekakor pa nam primerjava nakazuje smer izdelave smernic kakovosti in standardov dela, ki bi zagotovila določeno raven kakovosti dela med izvajalci in s tem največje možno izboljšanje zdravstvenega stanja. Slika 4.2 prikazuje primerjavo poročanih povprečnih porastov v zdravju, z upoštevanimi predvidenimi rezultati v primeru izbire »najboljšega ponudnika v naši analizi« s strani vseh pacientov.

Slika 4.2 Primerjava povprečnega povečanja zdravja med sedanjo in predvideno "najboljšim" rezultatom. EQ-5D, EuroQol 5 dimenzionalni vprašalnik.



Vir: Prevolnik Rupel in Ogorevc (2014, 98)

Največji absolutni porast je viden pri operaciji zamenjave kolka, kjer se je povprečna sprememba v zdravju iz 0,17 povečala na 0,29, kar je enako relativnem povečanju 66,6 %. Največje relativno povečanje najdemo pri operaciji kile (101,1 %), kjer se je povprečna sprememba v zdravju iz 0,03 povečala na 0,06. V primeru operacije varic ven in sprostitev karpalnega tunela, so bila relativna povečanja 37 % oziroma 84 %. Ugotovljeno je bilo, da bi imela optimalna razporeditev najmočnejši vpliv na bolnike zamenjave kolka. V povprečju bi vsak bolnik po zamenjavi kolka ob izbiri najboljšega ponudnika pridobil 2,25 QALY. Vrednosti ostalih treh postopkov so bile nižje in so prispevale: 0,83 QALY pacientov za operacije kile, 0,36 QALY pacientov za operacije varic ven in 0,78 QALY za bolnike za operacije sprostitve karpalnega tunela. V skupnem bi za vse bolnike ob izbiri najboljšega ponudnika za vse skupni učinek doprinesel dodatnih 1086 QALY oziroma 0,84 na bolnika (Prevolnik Rupel in Ogorevc 2014).

Pomembno je poudariti, da je interpretacija rezultatov na institucionalni ravni samo začetna analiza vzrokov razlik in ne končni zaključek o kakovosti intervencij znotraj dane institucije. Nekateri (ekstremni) rezultati morda niso povezani s kakovostjo dela in procedur, ampak so lahko posledica naključnih vplivov, katerih ni mogoče pripisati nobeni spremenljivki. Boljši vpogled v razlago razlik v kakovosti intervencij bi dala analiza panelnih podatkov, ki pa trenutno ni izvedljiva, saj so na voljo le podatki enega leta.

Rezultati te študije so tako zgolj prvi vpogled v pacientove ocene z zdravstvom povezanih sprememb v njihovem zdravju zaradi medicinskih intervencij v slovenskih bolnišnicah. Pomembno je razumeti, da so bili PROM podatki v Sloveniji zbrani prvič samo za majhno število posegov. Poleg tega kljub skupnim navodilom ni zagotovil, da so bili podatki zbrani s sledenjem enakemu protokolu s strani vseh zgoraj omenjenih izvajalcev, saj kontrole zbiranja podatkov ni bilo.

5 Zaključek - potencialna uporaba v Sloveniji in vzpostavitev datoteke

Države stremijo k vzpostavitvi univerzalnih in vzdržnih sistemov zdravstvenega varstva s postavitvijo pacienta v središče dogajanja, kar izpostavi njegovo vključitev v procese zdravljenja. Vhodi in izhodi zdravstvenega sistema niso več izziv, potrebno je spremljati in meriti zdravstvene izide, torej rezultate opravljenega. Zdravstveni izidi merijo vpliv zdravstvene dejavnosti na ljudi, njihove simptome, delovno sposobnost in preživetje, vključujejo izboljšanje oziroma poslabšanje, stroške oskrbe ter zadovoljstvo vključenih v bolezenski proces. PROMi niso merilci izidov, omogočajo pa vključitev pacientovih pogledov v spremljanje izidov zdravljenja, ki ga je bil pacient deležen pri posameznem ali pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev.

Zato bi bilo potrebno vzpodbuditi zbiranje podatkov s pomočjo modernih tehnologij, odpravljati metodološke ovire pri uporabi, promovirati njihovo uporabo za klinično upravljanje in primerjavo izvajalcev, se usmeriti na bolezni, zdravljenje in izvajalce po nacionalnih prioritetah ter nenazadnje izkoristiti možnost vzpostavitve zdravljenja, zasnovanega na vrednotah, kjer so zdravstvene storitev usmerjene v izid zdravljenja na vložena sredstva (*value for money*) (Porter 2009). PROMi se večinoma usmerjajo na učinkovitost, manj na varnost in izkušnje. Znano je, da slaba varnost (kot na primer zapleti) negativno vpliva na pacientovo percepcijo učinkovitosti zdravljenja (Grosse in drugi 2012).

V vsakem primeru zahteva povezovanje izidov in kakovosti zdravljenja previdnost pred zaključki. Upoštevati je potrebno interval izpolnjevanja vprašalnikov po operaciji in samo razliko v težavnosti obravnavanih bolnikov, na primer po skupinah primerljivih primerov (SPP). V svetu se PROMi poročajo na ravni izvajalca, v določenih primerih, predvsem kirurgiji, pa je za pacienta morda pomembnejši kirurg. Pri kroničnih boleznih je obravnava kompleksna in odvisna tako od primarne kot sekundarne ravni, zato bi morali biti ocenjevani integralno (Coulter 2010). Posebna pozornost pa je potrebna pri uporabi PROMov glede racionalnosti oskrbe. V Angliji so bili podatki iz nacionalnega programa PROMov že napačno interpretirani, saj naj naj ne bi smela biti izvedeno kar 20.000 operacij kol in krčnih žil ter 16.000 vstavitvev protez kolka in kolena (West 2009). Medtem ko so nekateri pacienti ocenili, da niso imeli koristi od operacije, tega žal klinično ni možno zaključiti na podlagi izpolnjenega vprašalnika pred samo operacijo. Prav tak se je potrebno izogibati uporabi

PROMov pri konkurenčnih ponudbah zdravljenja. Zaključki so namreč zelo omejeni, če se upoštevajo le kratkoročni rezultati in zanemarijo vsi dolgoročni vidiki, povezani s samim potekom bolezni (Smith in Street 2013).

V Angliji je vključitev PROMov v bolnikov karton omogočila poglobljene analize, bolnikom in zdravnikom pa boljšo obveščenost in lažjo odločitev o načinu zdravljenja. PROMe so uporabili za spremljanje novih metod zdravljenja, uvajanje za sprememb obravnave za dvig kakovosti in izboljšanje izida obravnave pacientov. Z vključitvijo generičnih PROMov je omogočena izvedba analize stroškovne učinkovitosti. Nenazadnje se pacienti lažje odločajo o izbiri izvajalcev za elektivne posege na podlagi javno dostopnih PROMov. Generični instrument EQ-5D je primeren in uporaben instrument za merjenje izidov zdravstvenih storitev.

Nacionalni razpis ZZZS za določene kirurške posege je v slovenski zdravstveni sistem prinesel pomembne prihranke sredstev, obenem pa omogočil nadzor nad varnostjo in kakovostjo zdravstvenih storitev. Pri tem smo uporabili izračun vrednostnega seta za vsa EQ-5D definirana zdravstvena stanja. Zaradi omejitve ZZZS do dostopa do ostalih podatkov, kot na primer težavnost primerov, ni bilo možno analizirati ostalih kazalnikov. Rezultati analiz EQ-5D so predstavljali zelo dobro zasnovo za nacionalno implementacijo, nikakor pa niso ponujali sklepov o reorganizaciji zdravstvene mreže ali omejevanju obsega storitev pri posameznem izvajalcu. Žal je ZZZS nacionalni razpis zaradi pritiska javnih izvajalcev po dveh letih opustil in danes pri razdeljevanju sredstev ne spremlja izidov zdravljenja ter kakovosti obravnave.

Praktični cilj naloge je vzpostavitev začetnih orodij in podatkovne baze kot osnove za merjenje izidov zdravstvenih storitev s subjektivnimi ocenami posameznikove kakovosti življenja. Potencialni cilj magistrske naloge pa bi bil pregled teoretičnih osnov in metodologije za vzpostavitev celotnega in celovitega sistema merjenja izidov. Tak sistem bi moral predstavljati osrednje orodje promocije izvajalcev, ki izvajajo kakovostne in varne storitve na klinično in stroškovno učinkovit način ter izogibanje izvajalcev s slabo in nekovostno izvedenimi storitvami. Regulator bi tako dobil pomembno orodje za optimizacijo mreže izvajalcev, plačnik za nadgradnjo izbora izvajalcev, nenazadnje bi se državljanu olajšala odločitev o smiselnosti posega in sam izbor izvajalca. Generični EQ-5D bi lahko bil uporabljen tudi pri kliničnih, populacijskih in ekonomskih raziskavah vključevanja komponente kakovosti življenja v izračune ter analize, kar omogoča uradni in validiran prevod vprašalnika. Njegova uporaba v kliničnih in populacijskih študijah lahko poenoti

vrednotenje lastnega zdravstvenega stanja anketirancev. Z uporabo slovenske lestvice zdravstvenih stanj je omogočena preglednost in primerljivost med opravljenimi raziskavami.

V času, ko se v okviru zdravstvene reforme predvideva oblikovanje standardne košarice pravic tudi na osnovi kriterijev stroškovne učinkovitosti, je lestvica odločilnega pomena za odločevalce v zdravstveni politiki, saj bi jim omogočila izračune relativne stroškovne učinkovitosti med primerljivimi tehnologijami. Prav tako bi lestvica v pomoč strokovnim in finančnim poročevalcem Zdravstvenega sveta kot najvišjega svetovalnega organa ministra za zdravje pri odločanju o tem, katere tehnologije vključiti v sistem javnega financiranja in katere ne (Prevolnik Rupel in Ogorevc 2011).

Nenehno in premočrtno stremenje k finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema odmika sistem od nadgrajevanja in določanja realno dosegljivega. Znanstveni dosežki in želje prebivalstva so presegli meje realnega zdravstvenega sistema. Končna točka, ko bi se vsa sredstva namenila za zdravstveni sistem, je imaginarna. Zato je nujno potrebno vgrajevati orodja spremljanja in merjenja izidov zdravljenja in ne le vložkov. Tako bo možen natančnejši vpogled v učinkovitost, uspešnost, kakovost, varnost in nenazadnje potrebnost izvedene zdravstvene storitve.

6 Literatura

AHRQ. U.S. 2012. *Valuation of the EuroQol EQ-5D™ Health States*. Dostopno prek: <http://www.ahrq.gov/legacy/rice/EQ5Dproj.htm> (18. junij 2013).

Baker, Paul, Timothy Petheram, Simon Jameson, Peter Avery, Michael Reed, Paul Gregg in David Deehan. 2012. Comparison of patient-reported outcome measures following total and unicondylar knee replacement. *J Bone Joint Surg Br* 94: 919–27.

Baker, Paul N., David J. Deehan, D. Lees, Simon S. Jameson, Peter J. Avery, P. Gregg in Mike R. Reed. 2012. The effect of surgical factors on early patient-reported outcome measures (PROMS) following total knee replacement. *The Bone & Joint Journal* 94-B (8): 1058–1066. Dostopno prek: <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/94-B/8/1058> (18. februar 2015).

Baker, Paul N., Timothy Petheram, Daniel Downen, Simon S. Jameson, Peter J. Avery, Mike R. Reed in David J. Deehan. 2013. Early PROMs Following Total Knee Anthroplasty – Functional Outcome Dependent on Patella Resurfacing. *The Journal of Anthroplasty* 29 (2): 314 – 319. Dostopno prek: [http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403\(13\)00372-0/fulltext](http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403(13)00372-0/fulltext) (18. februar 2015).

Bell, David E. in Peter H. Farquhar. 1986. Perspectives on Utility Theory. *Operational Research* 34: 179-183.

Black, Douglas. 1994. A doctor looks at health economics. *Office of Health Economics annual lecture*. London: OHE.

Black, Nick. 2013. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ* 2013:f167.

Black Nick, Mira Varaganum in Andrew Hutchings. 2014. Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Quality & Safety* 23: 534–42.

Borins, S. 2002. New Public Management, North American Style. V *The New Public Management: Current Trends and Future Prospects*, ur. K. McLaughlin, S. Osborne in E. Ferlie. London: Routledge.

Bowling, Ann. 1999. *Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement background: the 'quality of life'*. Dostopno prek: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48475/m2s5bowling.pdf> (10. junij 2013).

Boyce, Maria B. in John P. Browne. 2013. Does providing feedback on patient reported outcomes to healthcare professionals result in better outcomes for patients? A systematic review. *Qual Life Res* 22: 2265–78.

Brennan, David S. in John A. Spencer. 2004. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health and Quality of Life Outcomes* 2: 35.

Brezovšek, Marjan in Miro Haček. 2004. *Upravna kultura*. Ljubljana: FDV.

Bridges, John. 2003. Stated preference methods in health care evaluation: an emerging methodological paradigm in health economics. *Applies Health Economics and Health Policy* 2 (4): 213–224.

Brooks, Richard. 2003. Introduction. V Brooks, Richard, Rosalind Rabin in Frank de Charro. The measurement and valuation of health status using EQ-5D: An European perspective. *Netherlands: Kluwer Academic Publishers*: 1–5.

Brooks, Richard in Frank de Charro. 2003. Summary and future EQ-5D work. V Brooks, Richard, Rosalind Rabin in Frank de Charro. The measurement and valuation of health status using EQ-5D: An European perspective. *Netherlands: Kluwer Academic Publishers*: 229–244.

Busschbach, Jan, Dick Hessing in Frank de Charro. Observations on one hundred students filling in the EuroQol questionnaire. V Kind, Paul, Richard Brooks in Rosalind Rabin. EQ-5D concepts and methods. *Netherlands: Springer*: 81–90.

Caklin, Sarah. 2013. PROMs show no evidence of inappropriate surgery. *Health Service Journal*. Dostopno prek: <http://www.hsj.co.uk/news/commissioning/proms-show-no-evidence-of-inappropriate-surgery/5066155.article> (1. maj 2016)

Cambria, Erik, Tim Benson, Chris Eckl in Amir Hussain. 2012. Sentic PROMs: Application of Sentic Computing to the Development of a Novel Unified Framework for Measuring Health-Care Quality. *Expert Systems with Applications* 39: 10533–10543.

Chard, Jane, Maxine Kuczawski, Nick Black in Jan van der Meulen. 2011. Outcomes of elective surgery undertaken in independent sector treatment centres and NHS providers in England: audit of patient outcomes in surgery. *BMJ* 343: d6404.

Chassany, Oliver, Philippe Le-Jeunne, Martin Duracinsky, Marie-Sophie Schwalm in Marc Mathieu. 2006. Discrepancies between patient-reported outcomes and clinician-reported outcomes in chronic venous disease, irritable bowel syndrome, and peripheral arterial occlusive disease. *Value Health* 9: 39–46.

Chen, Jack, Lixin Ou in Stephanie J. Hollis. 2013. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Health Services Res* 13: 211.

Cheung Chung, Man. 1997. A critique of the concept of quality of life. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 10/2: 80-84.

Chow, A, EK Mayer, AW Darzi in Thanos Athanasiou. 2009. Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 146: 435–43.

Christodoulou, Marianna, Paula McCloskey, Nicola Stones, Neil Bayman, Paul A Burt, Abbas Chittalia, Margaret Harris, Lip Wai Lee, Laura Pemberton, Hamid Sheikh, Ric Swindell in Corinne Faivre-Finn. 2014. Investigation of a Patient Reported Outcome tool to

assess radiotherapyrelated toxicity prospectively in patients with lung cancer. *Radiotherapy Oncol* 112: 244–9.

Coulter, Angela. 2010. Do patients want a choice and does it work? *BMJ* 341:c4989.

Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. *OJ C* 146 (22. junij 2006).

Česen, Marjan, Keber, Dušan in Mayer, Janez. 2003. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.

Department of Health and Social Security. 1976. *Sharing resources for health in England: report of the Resource Allocation Working Party*. London: HMSO.

Department of Health. 1989. *Working for patients*. London: HMSO.

--- 1992. *The Health of the Nation: a strategy for health in England*. London: HMSO.

Devlin, Nancy J. in John Appleby. 2010. Getting the Most out of PROMs: Putting Health Outcomes at the Heart of NHS Decision Making. London: King's Fund:1–92.

Dolan, Paul in Paul Kind. 2005. Inconsistency and health state valuations. V Kind, Paul, Richard Brooks in Rosalind Rabin. EQ-5D concepts and methods. *Netherlands: Springer*: 139–146.

Donaldson, Cam in Gavin Mooney. 1991. Needs assessment, priority setting, and contracts for health care: an economic view. *BMJ* 303: 1529–30.

Dunning AJ. 1996. Reconciling Macro and Micro concerns: objectives and priorities in healthcare. In: Health Care Reforms. The will to change. *Paris: Health Policy Studies* (8).

Ettner, Susan L. 1996. New evidence on the relationship between income and health. *Journal of Health Economics* 15: 67–85.

EuroQol. 2013. EQ-5D. Dostopno prek: <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html> (16. junij 2013).

Evans, Robert G. 1987. Public health insurance: the collective purchase of individual care. *Health Policy*, 27 (2): 115–134.

Evropska komisija. 2015. *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU28 Member States (2013-2060)*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf (1. maj 2016).

Ferfila, Bogomil in Polonca Kovač. 2000. *Javne politike in javna ekonomika*. Ljubljana: FDV.

Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald in Andrew Pettigrew. 1996. *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.

Flynn, Norman. 2002. *Public Sector Management*. London: Prentice Hall.

Fox-Rushby, Julia. 2005. First steps to assessing semantic equivalence of the EuroQol Instrument: Results of a questionnaire survey to members of the EuroQol Group. V Kind, Paul, Richard Brooks in Rosalind Rabin. *EQ-5D concepts and methods*. Netherlands: Springer: 35–52.

Frederickson, George in Kevin Smith. 2003. *The Public Administration Primer*. Boulder, CO: Westview Press.

Gift, Helen C. in Kathryn A. Atchison. 1995. Oral Health, Health, and Health-Related Quality of Life. *Medical care* (33) 11: 57–77.

Greene, Meridith E., Ola Rolfson, Szilard Nemes, Max Gordon, Henrik Malchau in Göran Garellick. 2014. Education attainment is associated with patient-reported outcomes: findings from the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Clin Orthop Relat Res* 472: 1868–76.

Grosse Frie, K, Jan van der Meulen in Nick Black. 2012. Relationship between patients' reports of complications and symptoms, disability and quality of life after surgery. *Brit J Surg* 99: 1156–63.

Gudex, Claire. 2005. The descriptive system of the EuroQol Instrument. V Kind, Paul, Richard Brooks in Rosalind Rabin. EQ-5D concepts and methods. *Netherlands: Springer*: 19–27.

Gulácsi, Laszlo, Alexandru M. Rotar, Maciej Niewada, Olga Löblová, Fanni Rencz, Guenka Petrova, Imre Boncz in Niek S. Klazinga. 2014. Health technology assessment in Poland, the Czech Republic, Hungary, Romania and Bulgaria. *Eur J Health Econ*. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24832832> (15. maj 2016).

Haas, Marion. 1999. The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer. *Health Exp* 2: 51–60.

Hahn, EA, D Cella, O Chassany, DL Fairclough, GY Wong in RD Hays. 2007. Clinical Significance Consensus Meeting Group. Precision of health-related quality-of-life data compared with other clinical measures. *Mayo Clin Proc* 82: 1244–54.

Harrison, Anthony, Jennifer Dixon, Bill New in Ken Judge. 1997. Funding the NHS. Can the NHS cope in future. *BMJ* 314: 139–142.

Health & Social Care Information Centre. *Guidance on the routine collection of Patient Reported Outcome Measures (PROMs)*. Dostopno prek: http://www.hscic.gov.uk/media/1537/A-Guide-to-PROMs-Methodology/pdf/PROMs_Guide_V10.pdf (15. maj 2016).

--- *Guide to Patient Reported Outcome Measures (PROMs)*. Dostopno prek: <http://www.hscic.gov.uk/proms-userguide> (15. maj 2016).

--- *Patient Reported Outcomes Measures (PROMs)*. Dostopno prek: <http://www.hscic.gov.uk/proms> (15. maj 2016).

Higgins, J.M. 1991. *The management challenge*. Toronto.

Hočevár, Zvonko. 2015. Health care in transition Slovenia. *ResearchGate*. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/280443873_Health_Care_Systems_in_Transition_Slovenia (1. maj 2016).

Hood, Christopher. 1991. A Public Management for All Seasons?. *Public Administration* 69: spring 3–19.

Hudak, Pamela Lynn in James Wright. 2000. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 25: 3167–77.

Hughes, Owen E. 2003. *Public Management & Administration: An Introduction*. Palgrave Macmillan.

Javornik, Jana in Valerija Korošec. 2003. *Poročilo o človekovem razvoju Slovenija 2002-2003. Človekov razvoj in zdravje*. Ljubljana: UMAR. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/projekti/pcr02-03.pdf (10. junij 2013).

Jenkinson, Crispin, Angela Coulter, S Bruster, N Richards in Tarani Chandola. 2002. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 11: 335–9.

Joyce, C.R.B., Ciaran A. O'Boyle in Hannah McGee. 1999. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Harwood Academic Publishers: 233.

Jönsson B. 1996. Making sense of health care reform. In: Health Care Reforms, the will to change. Paris: *OECD, Health Policy Studies* (8).

Keber, Dušan, Bojana Leskovic in Vesna Kerstin Petrič. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.

Kettis-Lindblad, A., L. Ring, E. Widmark, P. Bendtsen in B. Glimelius. 2007. Patients' and doctors' views of using the schedule for individual quality of life in clinical practice. *J Support Onco* 5: 281–7.

Kickert, Walter J. M., Erik-Hans Klijn in Joop F. M. Koppenjan. 1997. *Network Management in the Public Sector*. London: Sage.

Kind Paul, Richard Brooks in Rabin Rosalind. 2005. *EQ-5D concepts and methods: a developmental history*. Springer: 240.

Kind Paul in Dolan Paul. 1998. Inconsistency and health state valuations. V Kind, Paul, Paul Dolan, Claire Gudex in Alan Williams. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal* 316: 736–41.

Klemenc-Ketiš, Zalika, Mateja Smogavec, Nina Softič in Janko Kersnik. 2011. Health-related quality of life: a population based study from Slovenia. *Cent Eur J Public Health* 19 (1): 7–12.

Kralj, J. 1992. Politika podjetja v tržnem gospodarstvu. *Maribor*: EPF. 1-426.

Langfitt, J. T., B. G. Vickrey, M. P. McDermott, S. Messing, A. T. Berg, S. S. Spencer, M. R. Sperling, C. W. Bazil in S. Shinnar. 2006. Validity and responsiveness of generic preference-based HRQOL instruments in chronic epilepsy. *Quality of Life Research* 15: 899–914.

Lindgren, J. V., P. Wretenberg, J. Karrholm, G. Garellick in O. Rolfson. 2014. Patient-reported outcome is influenced by surgical approach in total hip replacement: a study of the Swedish Hip Arthroplasty Register including 42,233 patients. *Bone & Joint J* 96-B: 590–6.

Lipovec, F. 1987. Razvita teorija organizacije. *Založba Obzorja Maribor*: 1–352.

Lloyd, Helen, Crispin Jenkinson, Monica Hadi, Elizabeth Gibbons in Ray Fitzpatrick. 2014. Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. *Health Qual Life Outcomes* 12: 5.

Long A, Harrison F. 1985. *Health Services Performance. Effectiveness and Efficiency*. Croom Helm. Kent, 1985.

Loomes, Graham. 1991. Evidence of a new violaton of the independence axiom. *Journal of Risk and Uncertainty* 4: 91–108.

Luft, Harold S. 1978. *Poverty and Health: Economic Causes and Consequences of Health Problems*. Cambridge: Ballinger Publishing Company.

Manninen, Marjukka, Arto Ohinmaa, Ikka Winblad, Anne Remes, Petteri Viramos, Eija Liuska in Mirja Hynninen. 2003. Health related quality of life of caregivers of dementia patients. V Prevolnik Rupel Valentina. *20th Plenary Meeting of the EuroQol Group, September 11-44*, Bled, Slovenia.

McCrea, Rod, Robert W. Marans, Robert Stimson in John Western. 2011. Subjective Measurement of Quality of Life Using Primary Dat Collection and the Analysis of Survey Data. *Social Indicators Research Series* 45: 55–75.

McDonough, Christine M. in Anna N. A. Tosteson. 2007. Measuring Preferences for Cost-Utility Analysis: How Choice of Method May Influence Decision-Making. *Pharmacoeconomics* 25 (2): 93–106.

Meier, Kenneth J. 1997. Bureaucracy and Democracy: The Case for More Bureaucracy and Less Democracy. *Public Administration Review* 57 (3): 193 – 9.

Metcalf, Les in Sue Richards. 1991. *Improving Public Management*. London: Sage.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2015. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, Pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev, oktober 2015*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016_porocila_SL/Report__Purchasing_and_Payment_Review_Final_29_Octoboe__2015_FOR_MATTED_SI_R_last_brez_koncna.pdf (1. maj 2016).

--- 2015. *Novi Postopek obravnave vlog za nove zdravstvene programe*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telesa/zdravstveni_svet/postopek_za_vloge/ (1. maj 2016).

Moock, Joern in Thomas Kohlmann. 2008. Comparing preference-based quality-of-life measures: results from rehabilitation patients with musculoskeletal, cardiovascular, or psychosomatic disorders. *Quality of Life Research* 17: 485–495.

My Clinical Outcomes. Dostopno prek: <http://www.myclinicaloutcomes.com/> (1. maj 2016).

Neuburger, J., A. Hutchings, D. Allwood, Nick Black in Jan van der Meulen. 2012. Sociodemographic differences in the severity and duration of disease in patients undergoing hip or knee replacement surgery. *J Public Health (Oxf)* 34: 421–9.

NHA HES Online. *Provisional monthly Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in England: a guide to PROMs methodology*. Dostopno prek: <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=1295> (11. februar 2013).

NHS Choices. *What are PROMs?*. Dostopno prek: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/records/proms/Pages/aboutproms.aspx> (15. maj 2016).

NICE National Institute for Health and Care Excellence. 2013. *Guide to the methods of technology appraisal 2013*: 1–93. Dostopno prek:

<http://www.nice.org.uk/article/pmg9/resources/non-guidance-guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf> (9. februar 2016).

Nilsson, E., Orwelius, L. in Kristenson, M. 2016. Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers (Review). *Journal of Internal Medicine* 279: 141–153.

Ogorevc, Marko in Valentina Prevolnik Rupel. 2010. Razjasnitev razlik pri samooceni zdravstvenih stanj, definiranih po EQ-5D. *Bilt-ekon organ inform zdrav* 26 (2): 52–58.

Organisation for Economic Cooperation and Development. 1990. *Health care systems in transition: the search for efficiency*. Paris: OECD.

Osborn Stephen P. 2006. *Editorial: The New Public Governance?. School of Management and Economics*. Edinburgh University: UK.

Oxfam (2016). An economy for the 1 %. *210 Oxfam briefing paper* 18 January 2016.

Pečar, Zdravko. 1995. *Razvoj menedžmenta v javnem sektorju, II. srečanje upravnih delavcev Slovenije – Pravna država in uprava*. Portorož zbornik referatov. Ljubljana: VUŠ, 127–135.

--- 2001. *Menedžment v javnem sektorju*. Ljubljana: VUŠ.

Pollitt, Christopher in Geert Bouckaert. 2004. *Public Management Reform: A comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.

Porter, Michael. 2009. A strategy for health care reform—toward a value-based system. *N Engl J Med* 361: 109–12.

Prevolnik Rupel, Valentina. Health State Valuations of Patients and the General Public Empirically Compare. *Health Policy*, neobjavljeno.

--- 2007. Vpliv kvalitete življenja na postavljanje prioritet in učinkovitost alokacije sredstev v zdravstvu. *Doktorska disertacija*: 132.

Prevolnik Rupel, Valentina, Dorjan Marušič in Simon Korošec. 2005. Kakovost življenja članov koronarnega društva. *Zdrav Var* 44: 151–160.

Prevolnik Rupel Valentina, Dorjan Marušič in Eva Turk. 2012. Sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in predvidene spremembe. V Vintar Mirko, Maja Klun in Alenka Kuhelj. Primerjalni pogled na delovanje izbranih področij javnega sektorja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za upravo.

Prevolnik Rupel, Valentina in Marko Ogorevc. 2014. Use of the EQ-5D Instrument and Value Scale in Comparing Health States of Patients in Four Health Care Programs among Health Care Providers. *Value in health regional issues* 4 C: 95–99.

Prevolnik Rupel, Valentina, Marko Ogorevc in Dorjan Marušič. 2012. Measuring quality of procedure among providers in four selected health care programmes. *EuroQol Group Scientific Plenary*, September: Rotterdam.

Rabin, Rosalind in de Charro Frank. 2001. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine* 33: 337–343.

--- 2011. EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. Version 4.0. EuroQol Group. Dostopno preko: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-3L.pdf (17. maj 2013).

--- 2011. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 1.0. EuroQol Group. Dostopno preko: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L.pdf (17. maj 2013).

Revicki, D. A. 2004. Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. *Gut* 53 (Suppl. 4): iv40–4.

Rhodes, R. A. W. 1997. *Understanding Governance*. Buckingham: Open University Press.

Roemer, Milton Irwin. 1991. *National Health Systems of the World*. Oxford: Oxford University Press.

Rolfson, O., J. Karrholm, Ludwig Erik Dahlberg in G. Garellick. 2011. Patient-reported outcomes in the Swedish Hip Arthroplasty Register: results of a nationwide prospective observational study. *J Bone Joint Surg British* 93: 867–75.

Rothwell, Peter M. 1997. Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessment of disability in multiple sclerosis. *British Medical Journal* 314: 1580–1583.

Rupel Prevolnik, Valentina in Mateja Rebolj. 2000. The Slovenian VAS tariff based on valuations of EQ-5D health states from the general populations. V Cabasés H., Juan Manuel in Idioa Gaminde I. 17th Plenary Meeting of the EuroQol Group. *Spain: Universidad Publica de Navarra*: 23–45.

Rupel Prevolnik, Valentina in Marko Ogorevc. 2009. Zanesljivost in stabilnost preferenc slovenske populacije do zdravstvenih stanj, definiranih po EQ-5D. *Zdrav Vestn* 78: 633–640.

--- 2012. Slovenska vrednostna lestvica zdravstvenih stanj, definiranih z EQ-5D. *Zdrav Var* 51: 128-140.

Rus, Veljko. 2001. *Podjetizacija in socializacija države*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Knjižna zbirka Teorija in praksa 142.

Rožāns, Edgars. 2015. The Socioeconomic Impact of Economic Freedom. *Humanities and Social Sciences*: 105-125. Dostopno preko: SSRN <http://ssrn.com/abstract=2683493> (1. junij 2016).

Saltman, Richard B., Reinhard Busse in Elias Mossialos. 2002. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. *European Observatory* 231.

Smith, Peter C. in Andrew D. Street. 2013. On the uses of routine patient-reported health outcome data. *Health Econ* 22: 119-31.

Statistical Office of Slovenia. Life expectancy tables. Dostopno prek: http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/32_Umrljivost/20_0L40-trajanje-zivlj/20_05L40-trajanje-zivlj.asp (20. april 2013).

Stiggelbout, A.M., T. Van der Weijden, Martin Petrus De Wit, D. Frosch, F. Légaré, V. M. Montori, L. Trevena in G. Elwyn. 2012. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 344:e256.

Stiglitz, Joseph E., Amartya Sen in Jean-Paul Fitoussi. 2010. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Dostopno prek: http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/stiglitz/doc-commission/RAPPORT_anglais.pdf (1. junij 2016).

Szende, Agota in Alan Williams. 2004. Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. *EuroQol*. Dostopno prek: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Books/Measuring_Self-Reported_Population_Health_-_An_International_Perspective_based_on_EQ-5D.pdf (17. junij 2013).

The EuroQol Group: EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. 1990. *Health Policy* 16: 199–208.

The NHS Information Centre. 2011. *National Mastectomy and Breast Reconstruction Audit 2011*. Dostopno prek: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB02731/clin-audi-supprog-mast-brea-reco-2011-rep1.pdf> (1. junij 2016).

Thatcher, Margaret. 1995. *Downing Street Years*. London: Harper Collins.

Thompson, Sally, Klaus Fichte, Carolin Miltenburger, Tim Higenbottam, Horst Olschewski in Werner Seeger. 2000. Measuring health-related quality of life with the EuroQol EQ-5D instrument in clinical trials of new treatments for pulmonary hypertension. V Cabasés H., Juan Manuel in Idioa Gaminde I. 17th Plenary Meeting of the EuroQol Group. *September Pamplona, Spain*.

Thyberg, Ingrid, Thomas Skogh, Ursula A. M. Hass in Björn Gerdle. 2005. Recent-onset rheumatoid arthritis: a 1-year observational study of correlations between health-related quality of life and clinical/laboratory data. *J Rehabil Med* 37: 159–65.

Tudor Hart, Julian. 1971. *The inverse care law*. *The Lancet*: 405–412.

Turk Ivan. 1987. *Pojmovnik poslovne informatike*. Ljubljana: Društvo ekonomistov Ljubljana.

Ubel, Peter, Jeff Richardson in Paul Menzel. 2000. Societal value, the person trade-off, and the dilemma of whose values to measure for cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 9: 127–136.

Uradni list Evropske unije. *Pogodba o delovanju Evropske skupnosti*. 2012. Dostopno prek: https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c_32620121026sl.pdf (1. junij 2016).

Valderas, Jose M., Anna Kotzeva, M. Espallargues M, G. Guyatt, C. E. Ferrans in Michele Halyard. 2008. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res* 17: 179–93.

Van Jonbergen, H., Vanessa A. Scholtes, A. van Kampen in Rudolf Poolman. 2011. A randomised, controlled trial of circumpatellar electrocautery in total knee replacement without patellar resurfacing. *The Bone & Joint Journal* (93-B (8)): 1054–1059. Dostopno prek: <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/93-B/8/1054> (18. februar 2015).

Vrabič Kek, Brigita. 2012. *Kakovost življenja*. Ljubljana: SURS. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/pub/Kakovost.pdf> (10. junij 2013).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2010. *ZZZS tiskovna konferenca*. Dostopna: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/gradiva.nsf/o/423E47987E1D9A1BC125772800398BCB?OpenDocument> (11. februar 2013).

--- 2013. *Sklep o določitvi mejnega razmerja stroškovne učinkovitosti*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/de161d25a238859cc1257c1d0026d7f9/\\$FILE/Podpisan%20sklep%20ICER.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/de161d25a238859cc1257c1d0026d7f9/$FILE/Podpisan%20sklep%20ICER.pdf) (28. januar 2016).

--- 2014. *Poslovnik komisije za razvrščanje zdravil na listo*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/BDA257750AEAD9A1C12577D80042A379?OpenDocument> (28. januar 2016).

--- 2015. *Poslovno poročilo 2015*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf) (1. maj 2016).

West, Dave. 2009. Unneeded surgery may be costing the NHS millions. *Health Services Journal*. Dostopno prek: www.hsj.co.uk/news/acute-care/unneeded-surgery-may-be-costing-thenhs-millions/5001423.article (1. maj 2016).

Williams, Alan. 1987. Who is to live? A question for the economist or the doctor? *World Hospitals* 1: 3-45.

Williams, Alan. 1995. The measurement and valuation of health. A chronicle. *University of York*: 47.

Williams, Alan. 1996. QALYS and ethics: a health economist's perspective. *Social Science Medicine* 43: 1795–1804.

--- 2005. The EuroQol Instrument. V Kind, Paul, Richard Brooks in Rosalind Rabin. EQ-5D concepts and methods. *Netherlands: Springer*: 1–17.

Žurga, Gordana. 2001. *Kakovost državne uprave: pristopi in rešitve*. Ljubljana: FDV.

7 Priloge

Priloga A: Kratka verzija vprašalnika

EQ-5D EQ VPRAŠALNIK O VREDNOTENJU ZDRAVSTVENIH STANJ

S tem vprašalnikom želimo ugotoviti, kaj ljudje mislijo o zdravju. Opisali bomo nekaj možnih zdravstvenih stanj. Prosimo, da označite, kako dobra ali slaba bi bila ta stanja za osebo, podobno Vam. Zanima nas le Vaše osebno mnenje, pravih ali napačnih odgovorov zato ni.

Najprej Vas prosimo, da na naslednji strani označite, kakšno je Vaše zdravstveno stanje danes. V vsaki od spodnjih skupin treh trditev označite tisti odgovor, ki najbolj ustrezno opiše Vaše počutje na današnji dan.

POKRETNOST

Pri hoji nimam nobenih težav. ☐

Pri hoji imam nekaj težav. ☐

Priklenjen-a sem na posteljo. ☐

SKRB ZASE

Zase poskrbim brez težav. ☐

Pri umivanju ali oblačenju imam nekaj težav. ☐

Ne morem se sam-a umivati ali oblačiti. ☐

VSAKDANJE AKTIVNOSTI (*npr. delo, študij, gospodinjska dela, družina, prosti čas*)

Vsakdanje aktivnosti mi ne povzročajo težav. ☐

Vsakdanje aktivnosti opravljam z nekaj težavami. ☐

Vsakdanjih aktivnosti nisem zmožen-na opravljanju. ☐

BOLEČINA/NEUGODJE

Ne čutim bolečin oz. nimam občutka neugodja. ☐

Pestijo me zmerne bolečine ali občutki neugodja. ☐

Čutim nevzdržne bolečine ali skrajno neugodje. ☐

POTRTOST/TESNOBA

Nisem potrt-a ali tesnoben-na. ☐

Sem zmerno potrt-a ali tesnoben-na. ☐

Sem skrajno tesnoben-na ali depresiven-na. ☐

V primerjavi s svojim splošnim zdravstvenim stanjem v zadnjih 12 mesecih se danes počutim:

boljše ☐

približno enako ☐

slabše

☐

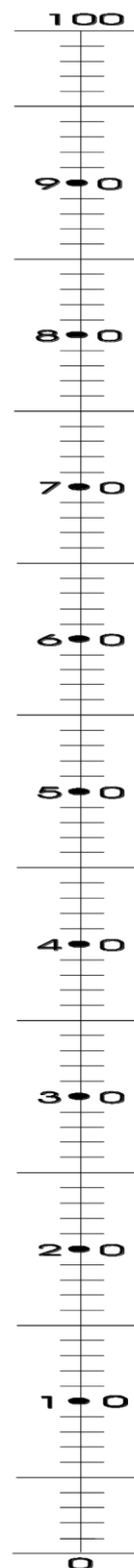
Prosimo, označite le eno izmed trditev.

Da bi Vam pomagali označiti, kako dobra ali slaba so določena zdravstvena stanja, smo izrisali lestvico, podobno termometru. Na njej smo s 100 označili najboljše zdravstveno stanje, ki si ga lahko zamislite, z 0 pa najslabše zdravstveno stanje, ki si ga lahko zamislite.

Prosimo, da na tej lestvici označite, kako dobro ali slabo je po Vašem mnenju Vaše zdravstveno stanje danes. To naredite tako, da od črnega pravokotnika spodaj povlečete črto do tiste točke na lestvici, ki najbolje označuje, kako dobro ali slabo je Vaše zdravstveno stanje na današnji dan.

Vaše
zdravstveno
stanje

Najboljše zdravstveno
stanje, ki si ga lahko
zamislite



Najslabše zdravstveno
stanje, ki si ga lahko
zamislite

7. Ali ste nadaljevali s šolanjem po osnovni šoli?

Da ☐

Ne ☐

8. Ali imate univerzitetno izobrazbo?

Da ☐

Ne ☐

9. Prosimo, da tukaj vpišete karkoli, kar bi pripomoglo k boljšemu razumevanju Vaših odgovorov:_____

10. Ali se Vam je zdelo izpolnjevanje ankete:

• zelo zahtevno ☐

• precej zahtevno ☐

• zahtevno ☐

• precej lahko ☐

• zelo lahko ☐

11. Prosimo, navedite, koliko časa Vam je vzelo izpolnjevanje vprašalnika (v minutah):

Vpišite Vašo pošto številko:

Najlepša hvala za Vaše sodelovanje in pomoč!