

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**KRITIČNA PRESOJA CENOVNO USMERJENEGA JAVNEGA
NAROČANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV S STRANI
IZVAJALCEV ZDRAVSTVENIH STORITEV**

Ljubljana, november 2025

LIZA TRUPEJ

IZJAVA O AVTORSTVU

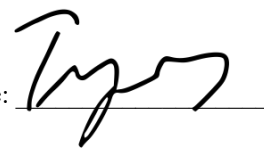
Podpisana Liza Trupej, študentka Univerze v Ljubljani Ekonomske fakultete, avtorica predloženega dela z naslovom Kritična presoja cenovno usmerjenega javnega naročanja medicinskih pripomočkov s strani izvajalcev zdravstvenih storitev, pripravljenega v sodelovanju z mentorico prof. dr. Petro Došenović Bonča

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo pisnih del UL EF, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo pisnih del UL EF;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Univerze v Ljubljani Ekonomski fakulteti v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi;
11. da sem preverila verodostojnost informacij, ki izhajajo iz zapisov na podlagi uporabe orodij umetne inteligence.

V Ljubljani, dne 14. 11. 2025

Podpis študentke:



POVZETEK

Magistrsko delo obravnava sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev. Kljub zakonskim možnostim za vključevanje meril kakovosti praksa še vedno temelji predvsem na najnižji ceni, kar lahko vodi v slabšo kakovost oskrbe in dolgoročno neučinkovitost. V teoretičnem delu so predstavljeni pravni okvir javnega naročanja in koncept na vrednosti temelječih nakupov, ki vključujejo kakovostne in klinične izide kot merila. Empirični del temelji na enajstih globinskih intervjujih z različnimi deležniki – predstavniki bolnišnic, strokovnih združenj, pacientov in zdravstvenih zavodov. Analiza razkriva ključne pomanjkljivosti trenutnega sistema, kot so pomanjkanje kadrov, preobremenjenost, pomanjkljiva standardizacija in nezadostno vključevanje kakovosti. Na podlagi ugotovitev delo ponuja priporočila za bolj kakovostno usmerjen sistem, ki vključno uvedbo modela VBP, okrepljeno institucionalno podporo, digitalizacijo postopkov ter aktivnejšo vlogo pacientov pri odločanju.

KLJUČNE BESEDE: javno naročanje, kakovost v zdravstvu, medicinski pripomočki, na vrednosti temelječi nakupi

CILJI TRAJNOSTNEGA RAZVOJA



ABSTRACT

The master's thesis examines the system of public procurement of medical devices in Slovenia from the point of view of healthcare providers. Despite the legal possibilities of incorporating quality criteria, practice still largely relies on the lowest price, which may lead to poorer quality of care and inefficiency in the long term. The theoretical part presents the legal framework of public procurement and the concept of value-based purchasing, which includes quality and clinical outcomes as criteria. The empirical part is based on eleven in-depth interviews with different stakeholders – representatives of hospitals, professional associations, patients, and healthcare institutions. The analysis reveals key weaknesses of the current system, such as staff shortages, overwork, poor standardisation and lack of quality integration. Based on the findings, the thesis offers recommendations for a more quality-oriented system, including the introduction of a VBP model, enhanced institutional support, digitisation of procedures and an active role for patients in decision-making processes.

KEY WORDS: public procurement, quality in healthcare, medical devices, value-based purchasing

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



KAZALO

1	UVOD	1
2	SISTEM JAVNEGA NAROČANJA V SLOVENIJI.....	4
2.1	Opredelitev javnega naročanja.....	4
2.1.1	Zakonodajni okvir javnega naročanja.....	5
2.1.2	Namen, načela in širši družbeni cilji javnega naročanja	7
2.2	Pravna podlaga javnega naročanja.....	8
2.2.1	Nacionalne smernice in priporočila	10
2.2.2	Postopki v javnem naročanju.....	10
2.2.3	Merila za oddajo javnega naročila.....	12
3	NA VREDNOSTI TEMELJEČI NAKUPI.....	14
3.1	Opredelitev pojma in osnovni koncept na vrednosti temelječih nakupov.....	14
3.1.1	Razlika med tradicionalnim sistemom javnega naročanja in modelom na vrednosti temelječih nakupov	16
3.1.2	Namen, cilji in ključni elementi modela na vrednosti temelječih nakupov.	17
3.2	Vpliv na vrednosti temelječih nakupov na odnos med zdravstvenimi izvajalci in dobavitelji.....	21
3.3	Možnosti implementacije in nadaljnjega razvoja na vrednosti temelječih nakupov	23
3.3.1	Primeri dobrih praks implementacije in uporabe modelov na vrednosti temelječih nakupov	25
3.3.2	Pomen uvajanja modela na vrednosti temelječih nakupov v Sloveniji	27
4	ANALIZA STALIŠČ DELEŽNIKOV O OBSTOJEČEM SISTEMU JAVNEGA NAROČANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV V SLOVENIJI.....	27
4.1	Način zbiranja podatkov in metodologija	28
4.2	Analiza in prikaz rezultatov raziskovalnega dela	31
4.2.1	Prilagajanje javnih naročil določenim ponudnikom in njihov vpliv	31
4.2.2	Pomanjkanje standardizacije in nacionalnega registra medicinskih pripomočkov	33
4.2.3	Omejeno vključevanje meril kakovosti	34
4.2.4	Pomanjkanje znanja, kadra in podpore pri javnem naročanju.....	35
4.2.5	Prevladovanje cene pred dolgoročno vrednostjo.....	37
4.2.6	Testiranje kot nadomestilo za merila kakovosti	38

4.2.7	Digitalizacija in administrativne ovire	39
4.2.8	Slaba izraba skupnih javnih naročil	40
4.2.9	Korupcija in netransparentnost.....	42
4.2.10	Zgledi iz tujine	43
4.2.11	Klinična stroka kot ključni akter ali ovira.....	44
4.2.12	Praktične omejitve uvedbe modela VBP.....	45
4.2.13	Zakon omogoča, praksa preprečuje.....	46
4.3	Pregled ključnih ugotovitev po skupnih tematikah in deležnikih.....	48
5	DISKUSIJA	50
5.1	Odgovori na raziskovalni vprašanji.....	50
5.2	Refleksija raziskovalnega pristopa in usmeritve za nadaljnje raziskovanje	52
6	SKLEP	53
	SEZNAM KLJUČNE LITERATURE	54
	LITERATURA IN VIRI	55
	PRILOGE	1

KAZALO TABEL

Tabela 1: Javna naročila glede na predmet naročanja in merila za izbor.....	14
Tabela 2: Seznam intervjuvancev in njihovo področje delovanja.....	30
Tabela 3: Pregled ključnih ugotovitev po tematskih sklopih in deležnikih	48

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike izvajalcev zdravstvenih storitev	2
Priloga 2: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za organizacije pacientovih pravic	3
Priloga 3: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike strokovnih gospodarskih združenj	4
Priloga 4: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike strokovnih organizacij javnih zavodov	6
Priloga 5: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike proizvajalcev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov	8

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško

ACO – (angl. Accountable Care Organizations); organizacije, odgovorne za integrirano zdravstveno oskrbo

CMS – (angl. Centers for Medicare and Medicaid Services); ameriška agencija, ki določa kazalnike kakovosti

EU – (angl. European Union); Evropska unija

HCAHPS – (angl. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems); vprašalnik o zadovoljstvu pacientov

KPI – (angl. Key Performance Indicators); kazalniki uspešnosti

NaVTeZ – na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava

PREM – (angl. Patient Reported Experience Measures); kazalniki izkušenj pacientov

PROM – (angl. Patient Reported Outcome Measures); kazalniki, ki jih ocenjujejo pacienti sami

RS – Republika Slovenija

VBP – (angl. Value-Based Purchasing); na vrednosti temelječi nakupi

VfM – Value for Money

ZJN-3 – Zakon o javnem naročanju

ZJNPOV – Zakon o javnem naročanju na področju obrambe in varnosti

ZPVPJN – Zakon o pravnem varstvu v postopkih javnega naročanja

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

Danes si kot družba želimo zdravstva, usmerjenega k zagotavljanju najboljših možnih izidov za paciente ter zdravstva, ki je učinkovito in uspešno. Pri tem imajo medicinski pripomočki ključno vlogo, saj neposredno vplivajo na kakovost zdravstvenih storitev.

V slovenskem zdravstvenem sistemu se javna zdravstvena dejavnost izvaja prek javne zdravstvene mreže, ki jo sestavljajo javni zdravstveni zavodi in zasebni zdravstveni izvajalci s koncesijo (Ministrstvo za zdravje, 2023).

Javno naročanje je v tem kontekstu pomemben mehanizem za zagotavljanje stroškovne učinkovitosti pri nakupu blaga in storitev (RS - Ministrstvo za zdravje, 2016). Izvajalci, zavezani k javnemu naročanju, kot so bolnišnice in zdravstveni domovi, se financirajo prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (RS - Ministrstvo za zdravje, 2016). Javno naročilo je pravno definirano kot pisna in odplačna pogodba med naročnikom in gospodarskim subjektom, ki vključuje gradnje, dobavo blaga ali izvajanje storitev (Ministrstvo za javno upravo - Direktorat za javno naročanje, 2022). Sistem javnega naročanja je zasnovan tako, da zagotavlja preglednost in namensko uporabo teh sredstev ter služi kot mehanizem za obvladovanje stroškov pri zdravstvenih izvajalcih.

V skladu z Zakonom o javnem naročanju (ZJN-3), Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US, 100/22 – ZNUZSZS, 28/23 in 88/23 – ZOPNN-F, morajo naročniki pri izbiri ponudbe upoštevati ekonomsko najugodnejšo ponudbo, kar lahko pomeni, da naročilo temelji na ceni ali stroških, ki upoštevajo celotno življenjsko dobo proizvodov, ali na najboljšem razmerju med ceno in kakovostjo (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015). Slednje omogoča, da se poleg cene upoštevajo tudi merila, ki naslavljajo kakovost, kot so tehnične lastnosti, trajnost, okoljski in socialni vidiki (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015).

Kljub možnosti uporabe merila kakovosti se v praksi javna naročila medicinskih pripomočkov pogosto oddajajo zgolj na podlagi najnižje cene, kar vodi k nakupu pripomočkov, ki ne zagotavljajo nujno najvišje kakovosti ali dolgoročne učinkovitosti. Ta ugotovitev izhaja iz preliminarne pregleda razpisnih dokumentacij, ki so objavljene na Portalu javnih naročil Republike Slovenije.

Uporaba meril kakovosti ne pomeni zgolj znižanja stroškov, temveč omogoča tudi boljše izide zdravljenja. Kakovostni medicinski pripomočki prispevajo k večji učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenih storitev, saj omogočajo boljše izide, krajši čas okrevanja in zmanjšanje zapletov pri pacientih. Na ta način je zagotovljeno, da so javna sredstva porabljena na način, da se z danimi vloženi viri dosega čim večje izboljšanje zdravja prebivalstva (Gerecke in drugi, 2020).

Model financiranja zdravstvenih storitev, ki spodbuja izvajalce k zagotavljanju kakovostne oskrbe, torej na vrednosti temelječi nakupi (v nadaljevanju VBP) – izboljšuje zdravstvene izide pri pacientih in zmanjšujejo celotne stroške v zdravstvu (Definitive Healthcare, 2024). Ta pristop izboljšuje zdravstvene izide in izkušnje pacientov ter zmanjšuje celotne stroške v zdravstvu (Definitive Healthcare, 2024). VBP pomeni, da so plačila izvajalcem povezana s kakovostjo in učinkovitostjo oskrbe, ki jo zagotavljajo. V nasprotju z običajnim sistemom plačila po storitvah, kjer se izvajalce plačuje glede na obseg izvedenih storitev, VBP spodbuja izvajalce k doseganju boljših izidov pri pacientih ter k ustvarjanju splošne vrednosti oskrbe (Blumenthal in Jena, 2013).

Model VBP spodbuja zdravstvene delavce k uvajanju učinkovitejših načinov zdravljenja, kar vodi do boljših izidov za paciente. Ima širok vpliv na različne deležnike v zdravstvenem sistemu, tako na paciente, izvajalce zdravstvenih storitev kot tudi ponudnike medicinskih pripomočkov. Za paciente to pomeni dostop do kakovostnih in funkcionalnih pripomočkov, prilagojenih njihovim potrebam. Poleg tega se izboljša dostopnost teh pripomočkov po standardiziranih cenah, kar zmanjšuje tudi finančno obremenitev izvajalcev zdravstvenih storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), 2024).

Namen magistrskega dela je raziskati, zakaj je sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji cenovno usmerjen kljub zakonskim možnostim za vključevanje meril kakovosti.

V magistrskem delu bom poskušala odgovoriti na sledeči raziskovalni vprašanja:

- Kaj so ključne pomanjkljivosti trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov?
- Kako bi lahko izboljšali sistem javnega naročanja, da bi bil le-ta bolj osredotočen na kakovost?

Cilji magistrskega dela so:

- analizirati slovensko zakonodajo, raziskati zakonodajne okvire in določbe, ki urejajo javno naročanje medicinskih pripomočkov,
- kritično presoditi obstoječi sistem javnega naročanja z vidika različnih deležnikov,
- preučiti primere dobrih praks iz tujine ter analizirati tuje modele javnega naročanja, kjer uspešno vključujejo vidik kakovosti pri medicinskih pripomočkih,
- oblikovati priporočila za izboljšave, pripraviti konkretne predloge za uvedbo sistema javnega naročanja, ki upošteva tudi kakovost,
- predlagati načine implementacije, razviti korake za uvedbo izboljšav v slovenski sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov.

Pri raziskovanju ključnih pomanjkljivosti trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov sem uporabila kombinacijo primarnih in sekundarnih virov. V teoretičnem delu magistrskega dela sem uporabila deskriptivno, analitično in primerjalno metodo.

Analizirala sem relevantno zakonodajo in predpise, preučila javno dostopna poročila ter znanstvene in strokovne članke. Pri tem sem kritično ovrednotila obstoječe prakse in identificirala ključne pomanjkljivosti sistema javnega naročanja. Analizirala sem tudi prakse v tujini, da sem lahko bolje razumela različne pristope v zagotavljanju kakovosti pri javnem naročanju medicinskih pripomočkov. V empiričnem delu sem uporabila kvalitativno raziskovalno metodo – globinske intervjuje z različnimi deležniki, ki so neposredno ali posredno vključeni v sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov. Govorila sem z dvema predstavnikoma organizacij pacientov, s tremi predstavniki zdravstvenih ustanov – bolnišnic, z dvema predstavnikoma strokovnih združenj, ki si prizadevajo za uvedbo sodobnih tehnologij, etično delovanje, izboljšanje zakonodaje in zdravstvenega sistema, s predstavnico strokovne organizacije javnih zavodov in drugih pravnih oseb, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, z dvema predstavnikoma dobaviteljev oziroma proizvajalcev medicinskih pripomočkov ter s predstavnikom zavoda, ki zagotavlja učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja in obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Globinski intervjuji so mi omogočili poglobljen vpogled v celoten sistem iz različnih perspektiv. Na podlagi te kritične presoje sem oblikovala predloge za vzpostavitev učinkovitejšega in kakovostno usmerjenega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov.

Pri pripravi magistrskega dela sem orodja generativne umetne inteligence (npr. Perplexity in ChatGPT) uporabljala kot podporo v različnih fazah raziskovalnega procesa in pisanja. Tako pri seznanjanju s temo, kot tudi pri oblikovanju besedila. Z njihovo pomočjo sem preoblikovala osnutke, izboljšala slog in koherentnost ter preverila ali so določeni deli besedila razumljivi. V pomoč so mi orodja bila pri oblikovanju vprašanj za globinske intervjuje. Vse pridobljene informacije in predloge sem dosledno preverila s pomočjo strokovne literature in lastne presoje.

Magistrsko delo se deli na šest poglavij. Po uvodnem poglavju, se v drugem poglavju osredotočim na analitični pregled strokovne literature, zakonodaje, ki ureja področje javnega naročanja ter opišem, definiram in razčlenim sistem javnega naročanja v Sloveniji. Predstavim tudi smernice javnega naročanja ter kako in na podlagi kakšnih meril poteka oddaja javnega naročila. V tretjem poglavju opredelim na vrednosti temelječe nakupe, prednosti ter njihove slabosti in izzive na vrednosti temelječih nakupov. V četrtem poglavju sem raziskala, kako trenutni sistem javnega naročanja vpliva na različne deležnike zdravstvenega sistema – na paciente, izvajalce ter ponudnike medicinskih pripomočkov. Odgovorim na zastavljeni raziskovalni vprašanji, podam predloge za naprej ter opišem prednosti in pomanjkljivosti pristopa, ki sem ga uporabila pri preučevanju izbrane tematike. Magistrsko delo se zaključi s sklepnim poglavjem.

2 SISTEM JAVNEGA NAROČANJA V SLOVENIJI

Javna naročila predstavljajo ključen del gospodarstva v Evropski uniji (v nadaljevanju EU), kar velja tudi za Slovenijo. V Republiki Sloveniji (v nadaljevanju RS) imajo javna naročila pomembno vlogo v gospodarski dejavnosti, saj je bilo v letu 2023 oddanih več kot milijon naročil v skupni vrednosti, ki je presegla devet milijard evrov. Njihov delež v bruto domačem proizvodu je znašal 14,54 %. V letu 2023 se je v Sloveniji izvedlo 2823 javnih naročil, ki glede na predmet naročanja po Enotnem besednjaku javnih naročil (angl. Common procurement vocabulary) spadajo pod medicinsko opremo, farmacevtske proizvode in proizvode za osebno nego. To predstavlja 766.801.333 €, oziroma 19,92 % vseh naročil na splošnem področju (Direktorat za javno naročanje, 2024).

2.1 Opredelitev javnega naročanja

V Sloveniji je sistem javnega naročanja ključno orodje, ki zagotavlja preglednost, odgovornost in učinkovito porabo javnih sredstev. Njegov namen je omogočiti zavezancem za javno naročanje dostop do potrebnih proizvodov in storitev ter hkrati spodbujati konkurenčnost med ponudniki. Postopek javnega naročanja se izvede, kadar naročnik določenih proizvodov ali storitev ne more zagotoviti sam, in kadar vrednost naročila presega zakonsko določene meje. Glavni cilj tega postopka je izbira najugodnejšega ponudnika, ob tem pa se zagotavlja smotrna, pregledna in učinkovita uporaba javnih sredstev (Direktorat za javno naročanje, 2022). Izvajanje javnih naročil je v praksi način, kako država upravlja svoje nabave in določa, katere proizvode in storitve bo kupovala ter pod kakšnimi pogoji. Gre torej za dejansko uresničevanje nabavne politike države, saj prek javnih naročil vpliva na trg, določa prioritete pri porabi javnih sredstev ter posredno oblikuje standarde kakovosti in konkurenčnosti med ponudniki (Basta Trtnik in drugi, 2022).

V skladu s slovensko zakonodajo so naročniki v postopkih javnega naročanja državni organi, organi lokalnih skupnosti in druge pravne osebe javnega prava. Sem se uvrščajo javni skladi, agencije, zavodi in gospodarski zavodi ter pravne osebe, ustanovljene za zadovoljevanje splošnih interesov nekomercialne narave in so večinsko financirane ali pod nadzorom države, lokalnih skupnosti ali drugih javnopravnih subjektov. Sem spadajo tudi javna podjetja, ki izvajajo dejavnosti na infrastrukturnih področjih, ter subjekti, ki opravljajo infrastrukturne dejavnosti na podlagi posebnih ali izključnih pravic, pridobljenih od državnih organov. Poleg teh so dolžne pravila javnega naročanja upoštevati tudi druge osebe, ki sicer niso neposredni zavezanci za javno naročanje, vendar gre za naročila, ki jih subvencionirajo ali sofinancirajo naročniki, pod pogojem, da so izpolnjene določbe 23. člena Zakona o javnem naročanju (v nadaljevanju ZJN-3) (Direktorat za javno naročanje, 2022).

2.1.1 Zakonodajni okvir javnega naročanja

Pravni okvir za javno naročanje v Sloveniji je sestavljen iz več zakonov in predpisov, ki skupaj tvorijo kompleksen sistem. V Sloveniji sistem javnega naročanja urejajo:

- Zakon o javnem naročanju (ZJN-3),
- Zakon o javnem naročanju na področju obrambe in varnosti (ZJNPOV),
- Zakon o pravnem varstvu v postopkih javnega naročanja in njihovi podzakonski akti (ZPVPJN) (Ministrstvo za javno upravo, 2025).

ZJN-3, ki predstavlja temelj, je usklajen z evropskimi direktivami in temelji na ustavnih načelih. Javno naročanje je v Sloveniji urejeno z ZJN-3, sprejetim leta 2015, v veljavi pa od 1. aprila 2016. Predhodnik ZJN-3 je bil ZJN-2, ki je bil v veljavi kar 10 let. Zakon v celoti opredeljuje pravila in postopke, ki se jih morajo držati tako naročniki storitev ali blaga, kot tudi ponudniki. Zakon je bil pozneje dvakrat spremenjen z novelama. Novela ZJN-3A iz leta 2018 je uvedla spremembe, ki poudarjajo zagotavljanje delovnopравnih, socialnih in javnopravnih obveznosti v postopkih javnega naročanja in njihovem izvajanju. Leta 2021 je novela ZJN-3B dvignila mejne vrednosti za uporabo zakona, določila dodatne izjeme pri javnem naročanju, prilagodila pravila o dokazovanju in elektronskem poslovanju ter razjasnila nekatera nejasna določila v zakonodaji (Kranjc, Zakon o javnem naročanju (ZJN-3) s komentarjem, 2022, str. 5). Zadnje preoblikovanje zakona je bilo izvedeno z novelo Zakona o javnem naročanju – ZJN-3D. Med ključnimi novostmi so popolna elektronska komunikacija, razširitev popravnega mehanizma za izključitev ponudnikov, sistem e-Dosje za hitro preverjanje zanesljivosti ter uvedba obveznega obveščanja pri postopkih s pogajanjem brez predhodne objave (Inštitut za javno-zasebno partnerstvo, Zavod Turjak, 2025).

Pravo javnega naročanja ima v Sloveniji že dolgoletno tradicijo, medtem ko je na ravni EU ta tradicija še daljša (Kranjc, Formalnost ni cilj javnega naročanja, 2025). Slovenska zakonodaja o javnem naročanju temelji na direktivah EU. Predvsem na (Vlada Republike Slovenije, 2023):

- **Direktiva 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju in razveljavitvi Direktive 2004/18/ES**, ki določa pravila za postopke javnega naročanja in spodbuja vključevanje malih ter srednje velikih podjetij ter razvoj inovacij.
- **Direktiva 2014/25/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju naročnikov, ki opravljajo dejavnosti v vodnem, energetskem in prometnem sektorju ter sektorju poštne storitve ter o razveljavitvi Direktive 2004/17/ES**, ki ureja javna naročila v sektorju oskrbe z vodo, energijo, transportom in poštnimi storitvami.

Te direktive so ključne pri oblikovanju nacionalne zakonodaje, saj uvajajo enotna pravila in postopke v celotni EU ter pospešujejo čezmejno sodelovanje. Novosti, ki jih direktivi urejata (Ferk P., 2017):

- **Poenostavitev postopkov:** nova pravila omogočajo uporabo prožnejših mehanizmov, kot je konkurenčni dialog, namenjen zahtevnejšim in bolj kompleksnim projektom. Poleg tega je bilo uvedeno partnerstvo za inovacije, ki javnim naročnikom omogoča dolgoročno sodelovanje z zasebnimi subjekti za razvoj novih rešitev, pri čemer je cilj ustvariti inovativne izdelke, storitve ali gradnje.
- **Družbena in okoljska odgovornost:** javne naročnike zavezuje, da pri izbiri ponudnikov upoštevajo standarde trajnosti, spoštujejo socialne pravice ter spodbujajo okolju prijazne rešitve. Prav tako spodbuja uporabo meril kakovosti pri izbiri najugodnejše ponudbe, kar omogoča prehod od tradicionalnega načela najnižje cene k iskanju najboljšega razmerja med kakovostjo in stroški življenjskega cikla oziroma ceno.
- **Povečana vloga malih in srednje velikih podjetij:** uvedeni so bili ukrepi, kot so razdelitev velikih naročil na manjše sklop. S tem se podjetjem omogoča večjo konkurenčnost. Direktiva prav tako predvideva zmanjšanje administrativnih bremen in poveča dostopnost postopkov za širši krog ponudnikov.
- **Digitalizacija postopkov:** direktiva spodbuja uporabo elektronskih orodij v vseh fazah, za zagotavljanje preglednosti, učinkovitosti in dostopnosti postopkov. Elektronsko komuniciranje postaja standard.

Celovite spremembe, ki jih uvaja Direktiva o javnem naročanju, tako prispevajo k bolj strateškemu in družbeno odgovornemu izvajanju javnih naročil, hkrati pa krepijo vlogo inovacij, trajnostnega razvoja in konkurenčnosti na notranjem trgu (Ferk P., 2017).

Pravno podlago za urejanje sistema javnega naročanja predstavlja tudi slovenska Ustava. Ta zagotavlja načela pravne države, kot so na primer enakost pred zakonom, ki omogoča enake možnosti vsem ponudnikom, transparentnost, ki naročnikom nalaga odprtost postopkov in dostopnost informacij, ter varstvo človekovih pravic, kar vključuje pravico do učinkovitega pravnega sredstva v primeru kršitev (Ministrstvo za javno upravo, 2023). Poleg krovnega ZJN-3, so v pravno podlago javnega naročanja vključeni tudi drugi zakoni, ki skupaj oblikujejo celovit okvir za upravljanje s proračunskimi sredstvi in zagotavljajo učinkovito izvajanje javnega naročanja v Sloveniji. Nekaj od takih zakonov je (Ministrstvo za finance, 2023; Ministrstvo za gospodarstvo, turizem in šport, 2023; Sektor za transparentnost in politični sistem, 2024):

- **Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leto 2024 in 2025:** določa, kako se proračunska sredstva porabljajo, ter nalaga poročevalcem določene obveznosti pri upravljanju teh sredstev. Ta zakon se sprejme za obdobje dveh let.
- **Zakon o varstvu konkurence:** ta zakon zagotavlja konkurenco med podjetji in preprečuje monopolne prakse, kar je bistvenega pomena za učinkovitost trga javnih naročil.

- **Zakon o dostopu do informacij javnega značaja:** s tem zakonom je omogočen vpogled v postopke javnega naročanja. Zakon spodbuja preglednost pri delovanju javnih organov.

2.1.2 Namen, načela in širši družbeni cilji javnega naročanja

Pri izvajanju dela v javnem sektorju, zlasti na področju javnega naročanja, je ključno, da poleg spoštovanja zakonodajnih in regulativnih zahtev zagotavljamo storitve, ki služijo državljanom in gospodarstvu. V tem procesu je treba vedno zasledovati javni interes, delovati učinkovito, pregledno in etično ter prispevati k dobrobiti celotne skupnosti (Ministrstvo za javno upravo, 2019, str. 4).

Zagotavljanje javnega dobrega mora temeljiti na načelih gospodarnosti, učinkovitosti, uspešnosti, zagotavljanja konkurence med ponudniki, preglednosti postopkov, enakopravne obravnave ponudnikov in sorazmernosti. Le tako je mogoče zagotavljati odgovorno porabo proračunskih sredstev (Ministrstvo za javno upravo, 2019, str. 4).

ZJN-3 natančneje opiše vsa načela, ki jih morajo zasledovati tako naročniki kot ponudniki v sistemu javnega naročanja. Naročniki v javnem naročanju so organi RS, lokalne skupnosti, pravne osebe javnega prava in javna podjetja, ki delujejo na infrastrukturnem področju. Te osebe so ustanovljene za zadovoljevanje splošnih interesov in so večinoma financirane ter nadzorovane s strani države. Naročniki odločajo o porabi javnih sredstev in so odgovorni za zagotavljanje transparentnosti, konkurenčnosti ter javnega interesa v postopkih naročanja (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 9). Na drugi strani izvajalce v javnem naročanju ureja 10. člen ZJN-3, ki določa, da so lahko izvajalci pravne ali fizične osebe, ki izpolnjujejo pogoje za sodelovanje. Naročniki morajo obravnavati vse ponudnike enakopravno, kar spodbuja večjo konkurenco in boljše cene (Sektor za sistem javnega naročanja, 2016). Pomembno je tudi sodelovanje skupin gospodarskih subjektov, ki manjšim podjetjem omogoča dostop do večjih naročil. Kljub temu se mala in srednje velika podjetja pogosto soočajo s kompleksnostjo postopkov ter strogimi zahtevami, kar omejuje njihov dostop (Ferk B., 2019). Za izboljšanje njihove konkurenčnosti bi morali naročniki upoštevati načelo sorazmernosti in omogočiti razdelitev naročil na manjše sklope (Bonorum, 2023). Sistem javnega naročanja ter njegova ureditev temelji na pravičnosti in učinkovitosti, ki jih opredeljuje Pogodba o delovanju Evropske unije. Med njimi so načelo prostega pretoka blaga in storitev, načela gospodarnosti, učinkovitosti in uspešnosti, spodbujanje konkurence med ponudniki, transparentnost postopkov, enakopravno obravnavo ponudnikov ter sorazmernost. Gospodarski subjekti so dolžni spoštovati vse veljavne obveznosti na področju okoljevarstvenih, socialnih in delovnopravnih standardov. Te obveznosti izhajajo iz zakonodaje Evropske unije, nacionalnih predpisov RS, kolektivnih pogodb in mednarodnih predpisov (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 3).

Namen javnega naročanja je predvsem zagotavljanje transparentnosti, učinkovitosti in odgovorne porabe javnih sredstev. V zadnjih letih se javno naročanje razvija v smeri, ki

presega zgolj osredotočenost na ekonomičnost in učinkovitost ter vključuje tudi širše družbene cilje, kot so trajnostno naročanje in spodbujanje inovacij. Bistveno je omogočiti pridobivanje blaga, storitev in gradenj na način, ki spodbuja konkurenčnost med ponudniki ter zagotavlja optimalno razmerje med ceno in kakovostjo (Kranjc, Formalnost ni cilj javnega naročanja, 2025; Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 4; Belavič, 2012; Martinello, 2024):

- **Transparentnost in odgovornost:** javno naročanje zagotavlja, da so postopki izbire dobaviteljev jasni in pregledni. S tem zmanjšamo možnost za korupcijo in druge nepravilnosti. Sistem javnega naročanja sili naročnike k upoštevanju pravil ter s tem krepi zaupanje ljudstva v odgovorno rabo javnih sredstev.
- **Gospodarnost in učinkovita raba sredstev:** z javnim naročanjem dosegamo gospodarno upravljanje in rabo proračunskih sredstev. Z uvajanjem konkurenčnih postopkov silimo ponudnike k zagotavljanju kakovostnejših storitev in blaga za čim nižjo ceno.
- **Podpora inovacijam:** javno naročanje lahko pomembno prispeva pri spodbujanju razvoja, saj omogoča uvajanje novih tehnologij, rešitev in ustvarja nova delovna mesta. S tem pripomore k izboljšanju storitev ter širitvi in napredku trga.
- **Doseganje družbenih ciljev:** širši družbeni cilji javnega naročanja vključujejo trajnostni razvoj z upoštevanjem okoljskih, socialnih in ekonomskih ciljev, spodbujanje inovacij z vključevanjem inovativnosti v postopke, upoštevanje celotnega življenjskega cikla proizvodov za večjo učinkovitost in racionalno uporabo virov ter izboljšanje kakovosti proizvodov in storitev z zagotavljanjem standardov, ki prispevajo k boljšim dolgoročnim izidom.

Načela javnega naročanja, kot so opredeljena v ZJN-3, so naslednja:

- načelo gospodarnosti, učinkovitosti in uspešnosti, opisano v 4. členu,
- načelo zagotavljanja konkurence med ponudniki, opisano v 5. členu,
- načelo transparentnosti javnega naročanja, opisano v 6. členu,
- načelo enakopravne obravnave ponudnikov opisano v 7. členu,
- načelo sorazmernosti, opisano v 8. členu.

Vsebin posameznih načel ne bom podrobneje opisovala. Vlogo načel in njihovo podrobnejšo razlago bom omenjala po potrebi v povezavi z izbranimi temami.

2.2 Pravna podlaga javnega naročanja

Javno naročilo ni zgolj preprost nakup blaga ali storitev. Nabave v javnem sektorju se bistveno razlikujejo od nabav zasebnih podjetij, saj se financirajo iz davkoplačevalskega denarja. Prav zato morajo biti izvedene pregledno ter omogočati enake pogoje za vse zainteresirane gospodarske subjekte, ki so hkrati tudi sami davkoplačevalci. Zaradi tega

javnih naročil ni mogoče prepustiti izključno tržnim mehanizmom – poslovni procesi, ki vodijo do javnih nabav, morajo biti pravno urejeni, nad njimi pa mora biti vzpostavljen ustrezen nadzor. Vse to zahteva sistematično pravno ureditev (Basta Trtnik in drugi, 2022, str. 14).

V skladu z 21. členom ZJN-3 so določeni vrednostni pragovi, nad katerimi se zakon uporablja. Na splošnem področju so pragovi 40.000 € za naročila blaga, storitev ali projektne natečaje, 80.000 € za naročila gradenj in 750.000 € za socialne in posebne storitve. Na infrastrukturnem področju so pragovi višji: 50.000 €, 100.000 € in 1.000.000 €. V javnem naročanju naročniki v zdravstvu spadajo pod splošno področje, saj se v tem sektorju ne uporablja infrastrukturni prag, kar pomeni, da so pragovi enaki kot na splošnem področju. Naročniki v zdravstvu morajo torej upoštevati te vrednostne pragove pri izbiri postopka javnega naročanja. Po drugi strani pa 22. člen ZJN-3 opredeljuje obveznosti naročnikov glede objave javnih naročil. Objava naročil na portalu javnih naročil je obvezna, kadar vrednost naročila presega določene pragove (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015). V zdravstvu je to odvisno od vrste postopka, ki ga naročnik izbere. Najpogosteje uporabljena postopka v zdravstvu sta odprti postopek, ki omogoča široko konkurenco ter naročilo male vrednosti, ki je poenostavljen postopek, primeren za manjša naročila do vrednosti 140.000 €. Naročniki morajo pri objavi upoštevati določene zakonodajne zahteve, ki omogočajo transparentnost in nadzor nad porabo javnih sredstev.

Pogoji za sodelovanje, opredeljeni v 76. členu ZJN-3, določajo, da morajo ponudniki izpolnjevati ustrezne pravne, finančne in strokovne zahteve za sodelovanje v postopkih javnega naročanja (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015). V zdravstvu so posebni pogoji, da morajo biti ponudniki vpisani v register dobaviteljev medicinskih pripomočkov pri Javni agenciji RS za zdravila in medicinske pripomočke. Naročniki pogosto uporabijo tudi zahtevo, da morajo biti ponudniki vpisani v poslovni register (AJPES) ali poklicni register, ki se vodi v državi članici, kjer ima ponudnik sedež. Ta zahteva velja za vse dejavnosti in ni usmerjena le na zdravstvene dejavnosti. Te zahteve zagotavljajo, da imajo ponudniki ustrezne kvalifikacije za nabavo medicinskih izdelkov in izvajanje storitev v zdravstvu.

Razlogi za izključitev gospodarskih subjektov iz postopkov javnega naročanja, določeni v 75. členu ZJN-3, so enaki za vse sektorje, vključno z zdravstvom. Subjekti se izključijo, če so vpleteni v kazniva dejanja, kot so terorizem, trgovina z ljudmi, goljufije, podkupovanje ali če ne izpolnjujejo davčnih in drugih finančnih obveznosti. Določba zakona omogoča, da se subjekt izogne izključitvi, če pravočasno poravna obveznosti in predloži ustrezno dokumentacijo. Tudi v zdravstvu je ta postopek enak, kar zagotavlja poštenost in preglednost postopkov ter preprečuje sodelovanje nezakonitih subjektov v naročilih (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015).

Posebnost v javnem naročanju v zdravstvu je skupno javno naročanje, kjer več naročnikov sodeluje z namenom doseči nižje cene. Ta pristop omogoča boljše izkoristke javnih sredstev

in večjo konkurenčnost med ponudniki. Skupno naročanje omogoča naročnikom večjo kupno moč ter boljše pogoje pri izvajanju naročil, ponudnike pa sili k znižanju cen (Ministrstvo za javno upravo, 2021).

Pri sprejemanju odločitev o oddaji javnega naročila 90. člen ZJN-3 določa, da mora naročnik obvestiti vse kandidate in ponudnike o odločitvi v petih dneh po oceni ponudb. Po oceni in preverjanju ponudb mora naročnik sporočiti končno odločitev, vključno z razlogi za zavrnitev neuspešnih ponudb in prednostmi izbrane ponudbe. V zdravstvu, kot tudi v drugih dejavnostih, mora naročnik pri obveščanju upoštevati zakonodajo, ki omogoča zaščito zakonitosti, javnega interesa in poslovnih skrivnosti. Poleg tega mora naročnik omogočiti pravno varstvo, kar zagotavlja, da so postopki izvedeni v skladu z zakonodajo in da je vsem ponudnikom zagotovljen pravičen dostop do postopkov (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015).

2.2.1 Nacionalne smernice in priporočila

V slovenskem sistemu javnega naročanja ima pomembno vlogo tudi Direktorat za javno naročanje, ki deluje pod okriljem Ministrstva za javno upravo. Direktorat za javno naročanje skrbi za učinkovito upravljanje, razvoj in podporo sistema javnega naročanja v Sloveniji. Njegova glavna naloga je zagotavljanje, da javno naročanje poteka pregledno, učinkovito in skladno z zakonodajo. Pri tem pripravlja predpise s področja javnega naročanja ter usklajuje slovenska pravila z evropskimi in mednarodnimi standardi. Poleg tega se ukvarja z analitiko in svetovanjem, kjer pripravlja analize, mnenja ter nudi pomoč naročnikom pri zahtevnih postopkih (Ministrstvo za javno upravo, Direktorat za javno naročanje, 2025).

Direktorat za javno naročanje v okviru svojega delovanja pripravlja tudi smernice in priporočila za naročnike. Imajo pripravljene smernice, ki sicer temeljijo na ZJN-3, za več področij, kot so arhitekturne in inženirske storitve, gradnje, informacijske rešitve, storitve čiščenja, priporočila za naročanje živil. Za vsako od omenjenih področij je pripravljen dokument, kjer je skrbno in natančno zapisano, kako naj naročnik ugotavlja potrebe, pripravi specifikacije, merila za oddajo, pogoje za sodelovanje, kako naj izbere najbolj primeren postopek. V smernicah navajajo tudi primere dobrih praks (Ministrstvo za javno upravo, 2025). Za javna naročila na področju zdravstva in medicinskih pripomočkov, ki so ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe, žal še vedno ni oblikovanih nikakršnih smernic ali priporočil. To pogosto vodi v osredotočenost na ceno namesto na kakovost.

2.2.2 Postopki v javnem naročanju

Postopki za oddajo javnih naročil so pomembni elementi zakonodaje, ki zagotavljajo transparentnost, konkurenčnost in enakopravnost pri porabi javnih sredstev. Naročniki imajo na voljo več postopkov, med katerimi izbirajo glede na naravo, kompleksnost in vrednost

naročila (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 39). Izbira, kateri postopek oddaje javnega naročila bo izbran, je odvisna izključno od naročnika, pri čemer mora upoštevati zakonodajne omejitve.

ZJN-3 določa:

- odprti postopek, pojasnjen v 40. členu ZJN-3,
- omejeni postopek, pojasnjen v 41. členu ZJN-3,
- konkurenčni dialog, pojasnjen v 42. členu ZJN-3,
- partnerstvo za inovacije, pojasnjen v 43. členu ZJN-3,
- konkurenčni postopek s pogajanjem, pojasnjen v 44. členu ZJN-3,
- postopek s pogajanjem z objavo, pojasnjen v 45. členu ZJN-3,
- postopek s pogajanjem brez predhodne objave, pojasnjen v 46. členu ZJN-3,
- postopek naročila male vrednosti, pojasnjen v 47. členu ZJN-3.

Pri večini teh postopkov je ključno, da naročnik objavi povabilo k sodelovanju v skladu s pravili in prek določenih objav, na primer z obvestilom o javnem naročilu. Pri javnih naročilih na infrastrukturnem področju pa zakon omogoča uporabo še dodatnih oblik objav, kot sta periodično informativno obvestilo ali obvestilo o vzpostavitvi kvalifikacijskega sistema (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 39). V nadaljevanju bom podrobneje predstavila posamezne, najpogostejše v praksi uporabljene postopke.

V Sloveniji se v javnem naročanju uporabljajo različni postopki, pri čemer se izbira ustreznega postopka prilagaja glede na ocenjeno vrednost naročila in druge okoliščine. Dva najpogostejše uporabljena sta odprti postopek in naročilo male vrednosti. V zdravstvu se pri nabavi medicinske opreme in pripomočkov najpogostejše uporabljata odprti postopek in postopek naročila male vrednosti. Odprti postopek omogoča najširšo konkurenco in enostavnost, hkrati pa v največji meri uresničuje cilje in temeljna načela javnega naročanja (Turk, 2017). Naročnik z objavo povabila omogoči vsem gospodarskim subjektom, da v določenem roku oddajo ponudbe, nato pa izbere najugodnejšega ponudnika, upoštevajoč načelo gospodarnosti. Minimalni rok za oddajo ponudb je 35 dni, vendar se lahko skrajša na 15 dni, če je bilo predhodno objavljeno informativno obvestilo z vsemi potrebnimi informacijami. V nujnih primerih se lahko določi krajši rok, ki pa ne sme biti krajši od 15 dni (ZJN-3, 2015, čl. 40). Postopek naročila male vrednosti ne zahteva objave obvestila o javnem naročilu v Uradu za publikacije EU. Gospodarski subjekti lahko oddajo ponudbe na podlagi povabila, postopek pa lahko vključuje tudi pogajanja, če je to navedeno. Naročnik lahko zahteva dokazila o izpolnjevanju zahtev s pomočjo enotnega evropskega dokumenta v zvezi z oddajo javnega naročila ali drugih izjav. Naročnik v tem postopku ni dolžan preverjati navedb ponudnikov, razen če obstajajo utemeljeni dvomi. Prav tako ni treba upoštevati običajnih rokov za dodatne informacije ali podaljšanje roka za prejem ponudb (ZJN-3, 2015, čl. 47).

Ne glede na vrsto postopka je merilo za oddajo ponudbe v javnem naročanju pogosto ekonomsko najugodnejša ponudba. K temu spodbuja tudi trenutna zakonodaja. To pomeni, da lahko naročnik izbere bodisi najnižjo ceno bodisi kombinacijo cene in drugih meril, kot so kakovost, tehnične prednosti, okoljski in socialni vidiki, stroški življenjskega cikla izdelka ter izkušnost osebja. V teoriji ta pristop omogoča, da se pri nabavi medicinske opreme upošteva tudi kakovost izdelkov, vendar analiza razpisnih dokumentacij kaže, da se v praksi naročila še vedno najpogosteje oddajajo izključno na podlagi najnižje cene, pri čemer se dodatna merila redko uporabljajo ali pa imajo zanemarljivo težo v končni odločitvi. Razlogi za takšno prakso so lahko različni. Ker zakonodaja dopušča uporabo različnih meril, vendar jih ne predpisuje kot obvezna, dopušča naročnikom, da izberejo pot (za njih) najmanjšega tveganja – izbiro najcenejše ponudbe.

Povezave med vrsto postopka in tem, ali je pri določenem postopku pogosteje uporabljeno zgolj cenovno merilo ali tudi merilo kakovosti, trenutno ne morem jasno opredeliti. Tako pri odprtem postopku kot pri postopku naročila male vrednosti se naročila praviloma oddajajo na podlagi najnižje cene, ne glede na kompleksnost ali dolgoročne posledice izbire.

2.2.3 Merila za oddajo javnega naročila

ZJN-3 določa, da mora naročnik javno naročilo oddati na podlagi ekonomsko najugodnejše ponudbe, pri čemer se ta lahko določi na podlagi cene, stroškov ali pristopa stroškovne učinkovitosti – izračun stroškov v življenjski dobi (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 84). Javna naročila je treba oddajati na podlagi objektivnih meril, ki zagotavljajo transparentnost, enakopravnost in učinkovito konkurenco (Sektor za sistem javnega naročanja, 2016). Ekonomsko najugodnejša ponudba lahko vključuje tudi najboljše razmerje med ceno in kakovostjo, ki se ocenjuje na podlagi meril, kot so kakovost, tehnične prednosti, okoljski in socialni vidiki, izkušnost osebja, poprodajne storitve ter pogoji in trajanje dobave (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 84).

V nasprotju s prejšnjim zakonom (ZJN-2), ki je omogočal izbiro med najnižjo ceno ali ekonomsko najugodnejšo ponudbo, ZJN-3 predpisuje, da mora biti naročilo oddano na podlagi ekonomsko najugodnejše ponudbe (Sektor za sistem javnega naročanja, 2016). Zakon izrecno prepoveduje uporabo zgolj cene kot edinega merila za določene storitve, kot so razvoj programske opreme, arhitekturne, inženirske in prevajalske storitve. Pri teh naročilih je potrebno vključiti merila, ki upoštevajo socialno odgovorno javno naročanje in zagotavljajo celovito oceno kakovosti. Vsa merila morajo biti sorazmerna, povezana s predmetom naročila in nediskriminatorna, da spodbujajo učinkovito konkurenco (Zakon o javnem naročanju (ZJN-3), 2015, čl. 84). Čeprav bi morala biti merila za kakovost že zdavnaj vključena v javno naročanje medicinskih pripomočkov v zdravstvu, le-ta še vedno ostajajo spregledana.

Četudi trenutna zakonodaja omogoča uporabo dodatnih meril za oddajo javnih naročil, v slovenskem sistemu javnega naročanja ostaja več izzivov, pri čemer je posebej

problematična praksa, da se kot glavno merilo pogosto uporablja najnižja cena. V praksi se večina naročil še vedno oddaja izključno na podlagi najnižje cene. Prav tako je nabor dejavnosti, kjer cena ne sme biti edino merilo, premajhen – teh je namreč le pet. To so storitve izdelave računalniških programov, arhitekturne in inženirske storitve, prevajalske ter svetovalne storitve (Ferk B. J., 2019). Kljub temu, da je to merilo na prvi pogled privlačno zaradi možnosti takojšnjih prihrankov, prinaša številne negativne posledice, ki slabijo kakovost blaga in storitev ter zmanjšujejo učinkovitost celotnega postopka javnega naročanja.

Negativne posledice uporabe merila najnižje cene (Ferk B. J., 2019):

- zmanjševanje kakovosti,
- povečevanje stroškov na dolgi rok,
- omejevanje konkurence.

Oddaja javnega naročila zgolj na podlagi najnižje cene je lahko problematična, saj pogosto vodi k izbiri ponudnikov, ki sicer ustrezajo minimalnim standardom, vendar lahko pri kakovosti ponujenega blaga močno odstopajo. Takšen pristop spodbuja ponudnike, da znižujejo stroške, kar pogosto pomeni tudi zmanjšanje kakovosti blaga ali storitev. Dolgoročno lahko to vpliva na zanesljivost in trajnost proizvodov, povzroči višje stroške popravil ali nadomestitev ter privede do nezadovoljstva uporabnikov. Poleg naštetega, takšen sistem otežuje spodbujanje inovacij in doseganje višjih standardov kakovosti, s tem pa negativno vpliva na celotno vrednost, ki jo naročnik prejme za svoj denar (Bergman in Lundberg, 2013).

Uporaba tako cene kot kakovosti pri izbiri dobaviteljev bi povečala učinkovitost javnih naročil, četudi bi se povečala zapletenost postopka. Vendar pa je metodologija izbire dobaviteljev oziroma oddaje javnega naročila in natančnejše ocenjevanje ponudb, ki se uporabljajo v praksi, pogosto slabo zasnovani. Z uporabo preprostih ekonomskih načel bi lahko znatno izboljšali učinkovitost teh procesov. Ocenjevanje ponudb z najnižjo ceno je načeloma enostavno, se pa v praksi vseeno pojavljajo izzivi pri opredeljevanju učinkovitih minimalnih zahtev glede kakovosti in tehtanju več cen v eno skupno stroškovno merilo. Ocenjevanje ponudb zgolj na podlagi kakovosti, kjer se le-ta meri v več dimenzijah, je še bolj zapleteno, saj meril kakovosti ni mogoče preprosto sešteti. Ključen izziv tako ostaja združevanje kakovosti in cene v eno samo skupno oceno. Pri tem se pogosto uporablja ocenjevanje kakovosti glede na ceno ali obratno, cene glede na kakovost. Dobro zasnovana pravila ocenjevanja ponudb, ki temeljijo na ekonomskih načelih, lahko pomembno prispevajo k bolj učinkoviti in pravični izbiri dobaviteljev (Bergman in Lundberg, 2013).

Pogostost uporabe merila najnižje cene za oddajo ponudb, prikazujejo tudi podatki v Statističnem poročilu o javnih naročilih, oddanih v letu 2023, pripravljenem na Direktoratu za javno naročanje. Podatki v Tabeli 1 so sicer predstavljeni za vsa področja nakupa blaga, vendar je vseeno razviden trend in pogostost uporabe merila najnižje cene pri oddaji javnega

naročila. Merilo cena je bilo uporabljeno v 90 % vseh oddanih naročilih, gledano na število oddanih naročil in na vrednost naročil (Direktorat za javno naročanje, 2024).

Tabela 1: Javna naročila glede na predmet naročanja in merila za izbor

Predmet	Merila	Št. naročil	Pogodbena vrednost	Delež v št. istovrstnih naročil	Delež v vrednosti istovrstnih naročil
Blago	Cena	9.597	2.459.010.911	90,48 %	94,30 %
	Ekonomsko najugodnejša ponudba	1.010	148.588.337	9,52 %	5,70 %
	Skupaj	10.607	2.607.599.248	100,00 %	100,00 %

Vir: Direktorat za javno naročanje (2024).

3 NA VREDNOSTI TEMELJEČI NAKUPI

V kontekstu zdravstvenih sistemov, ki se soočajo z naraščajočimi izdatki, staranjem prebivalstva ter vedno večjimi pričakovanji pacientov in ostalih deležnikov, postaja potreba po uspešnejši in bolj trajnostni porabi sredstev vse bolj izrazita. Tradicionalni sistemi javnega naročanja, ki temeljijo predvsem na oddaji naročil po merilu najnižje cene, pogosto ne zagotavljajo optimalne uspešnosti za paciente in zdravstveni sistem kot celoto. Zato se vse bolj uveljavlja pristop na vrednosti temelječih nakupov (angl. Value – based purchasing, v nadaljevanju VBP), ki preusmerja pozornost z izključno stroškovne učinkovitosti na celotno vrednost, ki jo proizvod ali storitev prinaša – tako z vidika izidov kot tudi z vidika dolgoročnih ekonomskih učinkov. Gre za koncept, ki se tesno povezuje s širšimi načeli vrednosti v zdravstvu in odpira nove možnosti za strateško, kakovostno in trajnostno javno naročanje.

3.1 Opredelitev pojma in osnovni koncept na vrednosti temelječih nakupov

VBP predstavlja nov pristop v zdravstvu, ki se odmika od tradicionalnih načinov plačila za posamezne storitve (angl. fee-for-service payment model). Namesto tega se osredotoča na sistem, kjer se zdravstvene izvajalce plačuje glede na kakovost in vrednost zdravstvene oskrbe, ki jo nudijo. Ta model poudarja pomembnost izidov zdravljenja, zadovoljstva pacientov in celotne uspešnosti ter hkrati skrbi za boljše upravljanje stroškov. Cilj je izboljšati kakovost zdravstvenega varstva, hkrati pa ohraniti stroške pod nadzorom (Greiner Bio.One, 2025).

VBP model predstavlja sistem plačevanja zdravstvenih storitev, pri katerem izvajalci ne prejema plačila zgolj glede na obseg opravljenih storitev, temveč tudi na podlagi njihove kakovosti in uspešnosti. Ključna načela VBP vključujejo: kakovost pred količino, pacient je v središču oskrbe in stroškovna učinkovitost. Model VBP postavlja kakovost pred količino,

saj se razlikuje od tradicionalnega sistema »plačila za storitev«, ki izvajalce spodbuja k večjemu številu posegov, ne glede na njihovo nujnost ali uspešnost. Namesto tega model VBP plačuje glede na doseganje boljših zdravstvenih izidov za paciente. Poudarek tega pristopa je tudi postavljanje pacienta v središče oskrbe. Poudarja pomen pacientovih izkušenj in zadovoljstva, spodbuja njihovo aktivno sodelovanje pri odločitvah o zdravljenju ter daje prednost preventivi pred zgolj zdravljenjem bolezni. Povrh tega model VBP prispeva k večji uspešnosti, saj s povezovanjem finančnih spodbud z dejanskimi zdravstvenimi izidi stremi k zmanjševanju nepotrebnih stroškov v zdravstvu. To vključuje preprečevanje zdravniških napak, odpravo nepotrebnih preiskav ter izboljšanje usklajenosti oskrbe oskrbe (Damberg in drugi, 2014, str. 1).

Model VBP ima ključno vlogo v sistemih, kjer so že uvedli programe za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe (Definitive Healthcare, 2024). VBP v zdravstvu je ključen pri izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe ob hkratnem nadzoru stroškov. Predstavljajo odmik od tradicionalnega modela plačevanja po storitvah proti sistemu, kjer se izvajalce plačuje glede na njihovo uspešnost pri doseganju določenih kazalnikov kakovosti in uspešnosti. Glavni cilj teh programov je spodbujati boljšo oskrbo in optimizirati zdravstvene vire, pri čemer se izvajalce spodbuja k zmanjševanju nepotrebnih stroškov in hkrati k zagotavljanju visokokakovostnega zdravljenja. Model VBP vključuje različne mehanizme plačevanja, kot so plačila po uspešnosti, svežnji plačil za celotne epizode oskrbe ter plačila po svežnjih (angl. bundled payments), ki izvajalcem dodeljujejo določeno odgovornost za skupne stroške in izide za paciente. S tem se ustvarja večja motivacija za uspešno delovanje zdravstvenih ustanov. V članku je poudarjeno, da so programi, ki vključujejo močne finančne spodbude v kombinaciji z nefinančnimi podporami, običajno uspešnejši pri doseganju zelenih učinkov. Ključna nefinančna podpora vključuje analizo podatkov, tehnično pomoč in izboljšave infrastrukture, ki izvajalcem pomagajo prilagoditi delovanje novim zahtevam in izboljšati upravljanje oskrbe (Pandey in drugi, 2023).

Čeprav so programi plačevanja glede na vrednost, zasnovani z namenom izboljšanja kakovosti in obvladovanja stroškov, njihova uspešnost ni vedno enotna. Dolgoročni učinki modela VBP so še vedno predmet raziskav, vendar trenutne ugotovitve nakazujejo, da so programi, ki zagotavljajo uravnoteženo kombinacijo finančnih in nefinančnih spodbud, bolj uspešni. V prihodnje bo ključno nadaljnje raziskovanje, ki bo pomagalo opredeliti najboljše prakse in zagotoviti, da bodo VBP modeli dejansko prispevali k bolj kakovostnemu in vzdržnemu zdravstvenemu sistemu (Pandey in drugi, 2023).

Kljub temu, da se koncepta VBP in na vrednosti temelječa zdravstvena obravnava (angl. value-based healthcare; v nadaljevanju NaVTez) pogosto uporabljata v podobnem kontekstu, med njima obstaja pomembna razlika. NaVTez predstavlja širši strateški okvir, katerega cilj je izboljšanje zdravstvenih izidov glede na porabljena sredstva – torej zagotavljanje večje vrednosti za pacienta. Osredotoča se na kakovost, uspešnost in pacientovo izkušnjo skozi celoten proces zdravstvene oskrbe (AETNA, 2024). VBP pa je ožje usmerjen model znotraj tega okvira, ki se nanaša na načine financiranja oziroma

plačevanja storitev ali proizvodov glede na doseženo vrednost, ne zgolj na ceno (University of Southern California, 2023). Povezanost med njima je torej v tem, da VBP predstavlja enega ključnih orodij za uresničevanje ciljev NaVTez, saj s finančnimi spodbudami podpira kakovostno, uspešno in k pacientu usmerjeno zdravstveno obravnavo.

3.1.1 Razlika med tradicionalnim sistemom javnega naročanja in modelom na vrednosti temelječih nakupov

Prehod s tradicionalnega pristopa naročanja, ki se osredotoča zgolj na ceno, na model, ki temelji na vrednosti, prinaša pomembne spremembe v načinu zagotavljanja in plačevanja zdravstvenih storitev. S tem, da postavi kakovost pred količino, si model VBP prizadeva izboljšati izide zdravljenja, povečati usklajenost oskrbe in na dolgi rok ustvariti trajnostnejši zdravstveni sistem, ki bo prinesel koristi tako izvajalcem kot tudi pacientom. Ker se ta model še naprej razvija, ima potencial za odpravo številnih neučinkovitosti, ki trenutno pestijo zdravstveni sistem. Ta prehod je del širšega gibanja, ki si prizadeva izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe, obenem pa učinkovito obvladovati stroške. V nadaljevanju so predstavljene glavne razlike med obema modeloma naročanja oziroma plačevanja (Lindquist, 2024; Brown, 2025; Riley, 2024; Damberg in drugi, 2014; O'Malley in drugi, 2024; Pandey in drugi, 2023):

- **Vrste spodbud:** tradicionalni model naročanja, ki temelji na ceni, se osredotoča na finančne spodbude, ki so povezane tudi z obsegom opravljenih storitev. Izvajalci prejmejo plačilo za vsako obravnavo, ne glede na to, kako nujna je bila ali kakšni so bili izidi. To pogosto vodi v povečanje števila obravnav, saj izvedba večjega obsega storitev poveča prihodke izvajalcev. Po drugi strani pa model VBP povezuje finančne spodbude s kakovostjo zagotovljene oskrbe. Izvajalci so plačani za dosego določenih zdravstvenih izidov in za izpolnjevanje predpisanih kazalnikov kakovosti.
- **Struktura plačila:** v tradicionalnem modelu plačevanja, ki temelji le na ceni, se plačila običajno izvajajo po principu "plačilo za storitev", kar pomeni, da ponudniki prejmejo plačilo za vsako posamezno opravljeno storitev. To lahko vodi v izvajanje nepotrebnih preiskav in postopkov, saj ni mehanizmov za preprečevanje prekomerne uporabe storitev. Model VBP uporablja drugačne plačilne modele, kot so plačila po svežnjih ali glavarinski modeli plačila (angl. capitation models). Pri čemer izvajalci prejmejo vnaprej določen znesek za vse storitve, povezane z določenim zdravljenjem ali stanjem. To spodbuja izvajalce, da zagotavljajo uspešno in kakovostno oskrbo, hkrati pa obvladujejo stroške in izboljšujejo zdravstvene izide. Ta pristop zmanjšuje možnost nepotrebnih storitev in spodbuja bolj celostno ter stroškovno učinkovito zdravstveno oskrbo.
- **Koordinacija oskrbe:** tradicionalno naročanje, ki temelji na ceni, je pogosto fragmentiran pristop, kjer je komunikacija med izvajalci in z izvajalci omejena. To pomanjkanje usklajenosti lahko privede do nekoherentne oskrbe, kjer pacienti opravijo odvečne preiskave ali zdravljenje, brez da bi imel kdo celovit pregled nad njihovo zdravstveno zgodovino. Nasprotno pa model VBP spodbuja timsko delo pri

zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Izvajalci so motivirani za uspešno sodelovanje in komunikacijo, kar zagotavlja bolj usklajeno oskrbo med različnimi zdravstvenimi okolji. Ta pristop zmanjšuje število nepotrebnih posegov in izboljšuje celovitost ter kakovost zdravstvenega varstva, hkrati pa zagotavlja, da je oskrba bolj usmerjena k potrebam pacientov.

- **Merjenje uspeha:** v tradicionalnem modelu naročanja, ki temelji na ceni, se uspešnost meri predvsem glede na količino opravljenih storitev in ustvarjene prihodke. Pri tem je malo poudarka na dejanskih izidih zdravljenja ali kakovosti uporabljenih pripomočkov, kar pogosto vodi do slabših izkušenj pri oskrbi in manj optimalnih zdravstvenih izidov. Nasprotno pa se pri nakupih, ki temeljijo na vrednosti, uspešnost ocenjuje na podlagi jasno določenih kazalnikov kakovosti. Ti vključujejo zdravstvene izide pacientov, varnostne kazalnike ter stopnjo zadovoljstva pacientov. Programi, ki temeljijo na tem modelu, pogosto uvajajo sistem ocenjevanja uspešnosti, kjer doseženi izidi neposredno vplivajo na višino povračil za izvajalce, s čimer jih spodbujajo k zagotavljanju boljše in uspešnejše oskrbe.
- **Dolgoročni cilji:** dolgoročni cilji tradicionalnega naročanja, ki temeljijo le na ceni, so pogosto usmerjeni v čim večje zagotavljanje storitev in povečevanje dobičkonosnosti ponudnikov. Ta pristop lahko nenamerno povzroči višje skupne stroške zdravljenja, ne da bi se hkrati izboljšali zdravstveni izidi pacientov. Nasprotno pa je glavni cilj modela VBP izboljšanje zdravstvenih izidov pacientov ob hkratnem nadzoru stroškov. Model VBP se osredotoča na dobro počutje pacientov in preventivno oskrbo, kar zmanjšuje potrebo po kasnejših cenovno dragih posegih. S tem pristopom model VBP spodbuja trajnost in uspešnost sistema zdravstvenega varstva, hkrati pa zagotavlja, da so potrebe pacientov v središču pozornosti.

3.1.2 Namen, cilji in ključni elementi modela na vrednosti temelječih nakupov

Model VBP je zasnovan za spodbujanje boljše kakovosti zdravstvene oskrbe in izboljšanje zdravstvenih izidov pacientov s finančnimi spodbudami za izvajalce, ki dosegajo visoko raven uspešnosti. Njegov cilj je prehod od tradicionalnega modela plačevanja po storitvah, ki plačuje količino postopkov, k modelu, ki plačuje glede na klinično uspešnost, zmanjšanje stroškov in boljše izide za paciente. Model VBP lahko prispeva k večji uporabi preverjenih smernic, boljši koordinaciji oskrbe in uvedbi tehnoloških inovacij. Vendar so njegovi učinki v praksi odvisni od kakovosti izvedbe programa, prilagodljivosti izvajalcev in značilnosti obravnavanih pacientov. Kljub temu, da predstavlja pomemben korak v reformi financiranja zdravstva, zahteva stalne prilagoditve, da bi bil uspešen za vse skupine (Damberg in drugi, 2014)

Model VBP spodbuja izvajalce k skladnosti s kliničnimi smernicami, boljši koordinaciji oskrbe in večji osredotočenosti na pacienta. Plačila so vezana na izvajanje strokovno priporočenih praks, kot so ustrezno predpisovanje zdravil, preventivni pregledi in obvladovanje kroničnih bolezni. Posledica je standardizirana in varnejša oskrba, ki

zmanjšuje napake in izboljšuje izide. Ključen poudarek modela je tudi na pacientovi izkušnji, ki se meri s pomočjo anket, kot je na primer vprašalnik o zadovoljstvu pacientov s kazalci kakovostne zdravstvene obravnave v bolnišnicah (angl. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; v nadaljevanju HCAHPS). Zadovoljstvo pacientov je pomembno merilo uspešnosti izvajalcev in vključuje dejavnike, kot so kakovost komunikacije, empatija zdravstvenega osebja ter dostopnost storitev. Boljša obveščenost, preglednost in dostop do informacij omogoča pacientom večjo vključenost v zdravljenje, kar spodbuja soudeležbo pri sprejemanju odločitev in prispeva k boljšim zdravstvenim izidom. Boljša obveščenost in dostopnost storitev (vključno s telemedicino) povečujeta vključenost pacientov v zdravljenje. Vključeni so tudi varnostni kazalniki, kot so preprečevanje okužb, nadzor nad predpisovanjem zdravil in zmanjšanje padcev, kar spodbuja izboljšanje protokolov in usposabljanje osebja. Model vključuje tudi uporabo naprednih tehnologij – umetna inteligenca, analitika podatkov in telemedicina omogoča prepoznavanje pacientov z večjim tveganjem ter pravočasno ukrepanje. Tako se izboljšuje kakovost oskrbe, zmanjšujejo zapleti in stroški (Damberg in drugi, 2014). Ključno je merjenje zdravstvenih izidov, saj omogoča objektivno in subjektivno oceno kakovosti. Sistem temelji na jasno določenih kazalnikih, ki pokrivajo klinične izide, zadovoljstvo pacientov in uspešnost oskrbe, ter so povezani z višjimi ali nižjimi povračili. Ta pristop spodbuja izvajalce k stalnim izboljšavam in večji odgovornosti (Lindquist, 2024; CMS.gov, 2024). Poleg kliničnih izidov je pomembna tudi celostna pacientova izkušnja. Merjenje zadovoljstva in vključevanja pacientov v zdravljenje dodatno krepi kakovost oskrbe in spodbuja izvajalce k pristopu, osredotočenemu na pacienta. VBP spodbuja tudi preventivo in dolgoročne zdravstvene izide, kar prispeva k boljšemu zdravju prebivalstva in razbremenitvi zdravstvenega sistema (Pandey in drugi, 2023).

Bolnišnice na podlagi povratnih informacij izboljšujejo storitve, komunikacijo in odzivnost (CMS.gov, 2024; Chiu in drugi, 2022). Model povečuje preglednost sistema in omogoča pacientom informirane izbire. Podatki o kakovosti so javno dostopni, kar krepi odgovornost izvajalcev. VBP spodbuja tudi celostno obravnavo – telesno, duševno in socialno – kar vodi k večjemu zadovoljstvu in boljšim izidom (Pandey in drugi, 2023). Pacienti igrajo ključno vlogo pri opredeljevanju vrednosti, saj njihova mnenja vplivajo na kazalnike uspešnosti. Bolj vključeni so v odločanje o oskrbi, izražajo prioritete in aktivno zagovarjajo izboljšave (Woskie in drugi, 2024). Uspešno zdravljenje in kakovostna oprema ostajata ključna elementa pri oceni vrednosti zdravstvenih storitev (Pandey in drugi, 2023). Te ocene imajo neposreden vpliv na uspešnost bolnišnic v programih VBP (Chiu in drugi, 2022). Poleg anket pa se vrednost ocenjuje tudi na podlagi osebnih izkušenj; dejavniki, kot so empatija izvajalcev, jasnost komunikacije in zaznana strokovnost, močno vplivajo na splošno oceno kakovosti oskrbe (Woskie in drugi, 2024). Pacienti kot ključno merilo vrednosti vidijo tudi zdravstvene izide – uspešno zdravljenje, uporaba kakovostne opreme in pripomočkov ter izboljšanje njihovega počutja sta temeljna kazalnika, ki oblikujeta njihovo zaznavanje kakovosti oskrbe (Pandey in drugi, 2023).

Pri nakupih, ki temeljijo na vrednosti, je poudarek tudi na optimizaciji stroškov in učinkovitem razporejanju virov. Model VBP poudarja učinkovito rabo virov s finančnimi spodbudami, vezanimi na dosežene izide. S tem se spodbuja zmanjšanje nepotrebnih postopkov (npr. ponovnih hospitalizacij, neučinkovitih terapij), večja koordinacija oskrbe in celostna obravnava pacienta. Plačila po svežnjih zmanjšujejo podvajanje storitev in razpršenost oskrbe (Brown, 2025). Finančne spodbude, vezane na kakovostne kazalnike, ustvarjajo konkurenčno okolje in motivirajo izvajalce k izboljšavam. Nekateri modeli, kot so Organizacije, odgovorne za integrirano zdravstveno oskrbo (angl. Accountable Care Organizations), omogočajo delitev tveganja in nagrajujejo izvajalce, ki uspejo zmanjšati stroške ob ohranjanju kakovosti (Pandey in drugi, 2023). Vlaganje v informacijsko tehnologijo in napredna diagnostična orodja izboljšuje pretok informacij, zmanjšuje upravne stroške ter omogoča natančno prepoznavanje področij za izboljšave. Poudarek na preventivi in obvladovanju kroničnih bolezni dolgoročno zmanjšuje stroške akutne obravnave (Smithey in Patel, 2024).

Model VBP je v določeni meri odgovor na rastoče stroške zdravstvenega varstva in potrebo po izboljšanju zdravstvenih izidov za paciente. Model VBP temelji na več medsebojno povezanih elementih, ki skupaj določajo njegovo uspešnost in vpliv na zdravstveni sistem. Ti ključni elementi vključujejo merila za ocenjevanje uspešnosti, strukturo spodbud, različne vrste ponudnikov storitev, okvir za določanje standardov uspešnosti ter podatkovno infrastrukturo, ki omogoča spremljanje in analizo izidov. Vsak od teh elementov predstavlja pomembno vlogo pri oblikovanju sistema, ki spodbuja kakovostno, uspešno in stroškovno optimizirano zdravstveno oskrbo. Skupaj prispevajo k ustvarjanju okolja, kjer so izvajalci plačani za doseganje boljših zdravstvenih izidov, hkrati pa se ohranjajo stroški pod nadzorom (Damberg in drugi, 2014).

Osrednji del modela VBP predstavljajo kazalniki uspešnosti (angl. Key Performance Indicators, v nadaljevanju KPI) ter klinični izidi. Ti omogočajo objektivno in sistematično ocenjevanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter njene vrednosti za pacienta. KPI-ji so zasnovani tako, da zajamejo večdimenzionalno sliko zdravstvene oskrbe. Izbira ustreznih kazalnikov ima pomembno vlogo, saj vpliva na ravnanje izvajalcev zdravstvenih storitev in jih usmerja k izboljšanju kakovosti oskrbe. Sem sodijo kazalniki, kot so stroškovna učinkovitost oskrbe, stopnje ponovnih sprejemov, umrljivosti, pogostost zapletov, varnostni dogodki, zadovoljstvo pacientov in skladnost s kliničnimi smernicami (CMS.gov, 2024). V posameznih strokah, kot je na primer radiologija, KPI-ji vključujejo tudi dostopnost storitev, čas trajanja preiskav, delež ustrezno indiciranih preiskav in natančnost poročil (Moreira in Crispim, 2023). Takšni kazalniki ne omogočajo le notranje optimizacije delovnih procesov, temveč tudi primerljivost med izvajalci ter večjo transparentnost zdravstvenega sistema. Ti kazalniki zajemajo različne vidike zdravstvene oskrbe (Damberg in drugi, 2014):

- Procesni kazalniki merijo, v kolikšni meri izvajalci upoštevajo preverjene medicinske smernice in standarde oskrbe. Sem spada npr. delež pacientov, ki so prejeli ustrezno

preventivno oskrbo, skladnost s kliničnimi smernicami ali zdravljenje v skladu s priporočili.

- Kazalniki izidov se usmerjajo na zdravstvene izide za paciente, kot so stopnja smrtnosti po operacijah, zmanjšanje števila ponovnih hospitalizacij ali uspešnost nadzora kroničnih bolezni. Poleg teh, lahko uporabljamo tudi kazalnike, ki jih subjektivno ocenjujejo pacienti.
- Kazalniki izkušenj pacientov (angl. Patient reported experience measures; v nadaljevanju PREM) ocenjujejo zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo, pri čemer upoštevajo dostopnost storitev, kakovost komunikacije z zdravstvenim osebjem in uspešnost koordinacije oskrbe.
- Kazalniki uporabe virov in stroškovne učinkovitosti zajemajo analize stroškov na pacienta, število nepotrebnih diagnostičnih postopkov ter smotrnost uporabe zdravil.

Klinični izidi, ki vključujejo podatke o uspešnosti zdravljenja, zapletih, bolnišničnih okužbah, pravočasnosti oskrbe in dolgoročnih rezultatih, so ključni pri določanju vrednosti, ki jo zdravstvena storitev prinaša pacientu. Plačila izvajalcem v modelu VBP so pogosto neposredno povezana z doseganjem določenih izidov, kar povečuje odgovornost in spodbuja izboljšave (University of Southern California, 2023). Poleg tega so vključeni tudi subjektivni kazalniki izidov, kot so PREM, pridobljeni v anketah zadovoljstva. Ključno vlogo pa imajo tudi kazalniki izidov, poročanih s strani pacientov (angl. Patient-Reported Outcome Measures; v nadaljevanju PROM), ki merijo neposredne zaznave pacienta o svojem zdravju (Tinker, 2025). Delovanje modelov VBP ni mogoče brez zanesljive podatkovne infrastrukture, ki omogoča zbiranje, analizo in povratne informacije o uspešnosti. Ključna vloga elektronske zdravstvene kartoteke (v nadaljevanju EHR), standardiziranih metod zbiranja podatkov in sistemov za povratne informacije je v tem, da izvajalcem omogočajo sprotno prilagajanje strategij in odločanje na podlagi dokazov (Damberg in drugi, 2014). Uporaba standardiziranih metod, vključitev dokazov iz kliničnih preskušanj (angl. Randomized Controlled Trial) ter analiz kliničnih procesov na ravni populacije prispeva k utemeljenim in objektivnim presojam uspešnosti (Selby in drugi, 2018).

Pomembno je poudariti, da kazalniki uspešnosti ne služijo le ocenjevanju preteklega delovanja, temveč usmerjajo izvajalce k stalnemu izboljševanju, skladno z načeli kakovosti in varnosti. S tem model VBP ustvarja okolje, ki spodbuja celostno in pacientu prijazno obravnavo, hkrati pa omogoča boljše razporejanje virov in večjo preglednost v delovanju zdravstvenega sistema.

Modeli VBP temeljijo na finančnih in nefinančnih spodbudah, ki so zasnovane tako, da izvajalce motivirajo k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe. Poleg finančnih spodbud nekateri VBP programi vključujejo tudi nefinančne mehanizme, kot so javna objava rezultatov izvajalcev, kar vpliva na njihov ugled ter tehnična pomoč pri izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe. Med ključne finančne mehanizme sodijo (Damberg in drugi, 2014):

- Plačilo za uspešnost (angl. Pay-for-Performance) – izvajalci prejmejo dodatna plačila ali bonuse, če dosežejo določene cilje na področju kakovosti oskrbe in stroškovne učinkovitosti.
- Model deljenih prihrankov (angl. Shared Savings Programs) – izvajalci sodelujejo v programih, kjer lahko ob izboljšanju oskrbe in znižanju stroškov delijo ustvarjene prihranke. Če pa izidi niso ustrezni, lahko prevzamejo del finančnega tveganja.
- Plačevanje po svežnjih (angl. Bundled Payments) – namesto plačevanja posameznih storitev izvajalci prejmejo enotno plačilo za celotno epizodo zdravljenja, npr. za operacijo in okrevanje. Ta model jih spodbuja k bolj uspešni koordinaciji oskrbe.
- Pavšalna plačila (angl. Global Payments) – ponudniki zdravstvenih storitev dobijo pavšalno plačilo za celotno skupino pacientov, kar jih usmerja k dolgoročnemu izboljšanju zdravja prebivalstva.

Eden ključnih elementov modela VBP so pragovi uspešnosti, ki določajo, ali je izvajalec upravičen do finančne nagrade ali pa ga lahko doleti kazen. Ustrezna določitev pragov uspešnosti ima pomembno vlogo pri spodbujanju izvajalcev k nenehnemu izboljševanju storitev, hkrati pa preprečuje, da bi se osredotočali le na najlažje dosegljive cilje. Ti pragovi so oblikovani na različne načine, pri čemer ločimo absolutne, relativne in mešane pragove. Absolutni pragovi temeljijo na vnaprej določenih standardih kakovosti, kar pomeni, da mora izvajalec izpolniti določena merila, na primer zagotoviti, da vsaj 90 % pacientov prejme priporočeno terapijo, da bi dosegel zahtevano raven uspešnosti. Relativni pragovi pa se določajo na podlagi primerjave med izvajalci, pri čemer se njihova uspešnost ocenjuje glede na dosežke drugih ponudnikov zdravstvenih storitev. Mešani pragovi združujejo elemente obeh pristopov, kar pomeni, da izvajalci niso plačani le za doseganje visoke ravni kakovosti, temveč tudi za postopne izboljšave skozi čas (Damberg in drugi, 2014).

3.2 Vpliv na vrednosti temelječih nakupov na odnos med zdravstvenimi izvajalci in dobavitelji

Preusmeritev tradicionalnega javnega naročanja k nakupom, ki temeljijo na vrednosti, spreminja odnose med bolnišnicami in njihovimi dobavitelji. Danes se bolnišnice ocenjuje na podlagi kazalnikov, kot so izidi zdravljenja, varnostni ukrepi in zmanjševanje stroškov, zato dobavitelji razvijajo inovativne izdelke, zagotavljajo pravočasno in učinkovito dobavo materialov ter sodelujejo pri ustvarjanju stroškovno učinkovitih rešitev. S tem se dobavitelji postavljajo kot ključni partnerji pri doseganju ciljev VBP in prispevajo k visokokakovostni, uspešni in na pacienta usmerjeni oskrbi (Holyk, 2024).

Prehod od tradicionalnega transakcijskega modela k strateškemu partnerstvu spreminja način, kako delujejo relevantni deležniki – bolnišnica in dobavitelji. Namesto da bi se dobavitelji osredotočali zgolj na prodajo izdelkov glede na stroške, se danes vzpostavljajo tesnejša sodelovanja. Cilj teh je doseganje boljših izidov za paciente in zmanjševanje stroškov. V ospredje prihaja zagotavljanje celovitih rešitev, ki temeljijo na kliničnih

potrebah in dokazano uspešnih praksah, ne zgolj prodaja posameznih naprav ali materiala. Zaradi tega je vedno bolj pomembno, da dobavitelji in bolnišnice tesno sodelujejo v dobavni verigi, saj lahko le tako zagotovijo, da je ponudba usklajena s cilji oskrbe, ki temelji na vrednosti (Mangan in Bradley, 2022).

Dobavitelji se morajo prilagoditi novim zahtevam modela VBP tako, da oblikujejo jasne, na dokazih podprte predloge vrednosti, ki kažejo merljive izboljšave zdravstvenih izidov, večjo uspešnost in znižanje stroškov. To pomeni sprejetje pristopa, ki temelji na dokazih in krepi njihove trditve (Mangan in Bradley, 2022). Nekateri dobavitelji sklepajo sporazume o delitvi tveganja, s katerimi se finančna tveganja, povezana z uspešnostjo ali neuspešnostjo izdelkov, delijo med proizvajalci in ponudniki, s čimer se spodbude uskladijo (Duke-Margolis Center for Health Policy Conference Center, 2017). V modelih VBP, kjer je poudarek na kakovosti namesto na ceni, se proizvajalci osredotočajo na dokazovanje vrhunske uspešnosti svojih izdelkov, namesto da bi si konkurirali zgolj s ceno (Matinheikki in drugi, 2024).

Dolgoročna partnerstva med dobavitelji in bolnišnicami prinašajo številne koristi za obe strani. Takšna partnerstva zagotavljajo varnost poslovanja za dobavitelje, bolnišnicam pa omogočajo dostop do uspešnejših izdelkov, kar pripomore k izboljšanju izidov za paciente. Krepijo se tudi odpornosti dobavne verige, saj se gradi na zaupanju in sodelovanju. To je še posebno pomembno v kriznih časih, kot so pandemije ali težave s preskrbo (Mangan in Bradley, 2022). Sodelovalni pristop podpira tudi inovacije v zdravstvu. Omogoči se, da dobavitelji in proizvajalci skupaj iščejo rešitve, ki vključujejo napredne klinične tehnologije, hkrati pa zagotavljajo optimalno uporabo medicinskih pripomočkov in zdravil (Matinheikki in drugi, 2024).

Modeli VBP pomembno prispevajo k spodbujanju inovacij, torej uvajanju novih zdravstvenih tehnologij, saj preusmerjajo pozornost s tradicionalnega, zgolj na ceno usmerjenega pristopa k celovitejšemu vrednotenju, ki vključuje zdravstvene izide, stroškovno učinkovitost ter dolgoročne koristi. Tak pristop motivira proizvajalce, da razvijajo medicinske naprave, ki ne le izboljšujejo izide zdravljenja, temveč hkrati zmanjšujejo skupne stroške zdravstvenega varstva (AdvaMed, 2014). Ključni mehanizmi, ki v okviru modela VBP spodbujajo inovacije, temeljijo na pogodbah, sklenjenih glede na sposobnost izdelka ali rešitve, da doseže zelene zdravstvene izide, ne pa zgolj na podlagi začetne cene. Na ta način je proizvajalcem v interesu razvijati inovativne izdelke, ki pacientom prinašajo boljše zdravstvene izide (Rahmani in drugi, 2021). Model VBP prav tako spodbuja celostno oceno vrednosti, ki vključuje dejavnike, kot so stroški življenjskega cikla ter širše družbene koristi. Zaradi tega se razvijajo naprave, ki morda zahtevajo višje začetne investicije, vendar dolgoročno prinašajo finančne prihranke ali izboljšujejo kakovost zdravstvene oskrbe. Poleg tega VBP spodbuja tudi razvoj integriranih rešitev, ki optimizirajo zdravstvene procese ali odpravljajo nepotrebne postopke, s čimer prispevajo k inovacijam na sistemski ravni (AdvaMed, 2014).

3.3 Možnosti implementacije in nadaljnega razvoja na vrednosti temelječih nakupov

Model VBP prinaša številne prednosti, ki prispevajo k učinkovitejšemu in kakovostnejšemu zdravstvenemu sistemu. Ena ključnih je izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe, s spodbujanjem izvajalcev, da sledijo preverjenim kliničnim smernicam, se osredotočajo na doseganje boljših zdravstvenih izidov ter postavljajo pacienta v središče obravnave. Poleg tega model omogoča učinkovitejšo porabo virov, s finančnimi spodbudami, vezanimi na dejanske izide, zmanjšuje število nepotrebnih postopkov, hospitalizacij in ponovljenih obravnav, kar posledično znižuje skupne stroške zdravljenja. Pomemben vidik je tudi večje zadovoljstvo pacientov. Model spodbuja vključevanje pacientov v proces odločanja o zdravljenju, ocenjuje njihovo izkušnjo in meri zadovoljstvo, kar vodi k bolj celostni, personalizirani in pacientu prijazni obravnavi. Nenazadnje model VBP pomembno vpliva tudi na področje inovacij, saj motivira dobavitelje in proizvajalce k razvoju učinkovitih, kakovostnih in na dokazih temelječih rešitev.

Kljub številnim prednostim modela VBP, se pri njegovi implementaciji pojavljajo različne slabosti in izzivi, ki lahko pomembno vplivajo na uspešnost njegovega uvajanja. Ena izmed osrednjih slabosti je visoka stopnja kompleksnosti pri izvajanju. Uvedba modela VBP zahteva temeljite spremembe v organizacijskih strukturah in delovnih procesih zdravstvenih ustanov. Potrebna je vzpostavitev zanesljive podatkovne infrastrukture. Vzpostavitev takšnih sistemov pa pogosto zahteva znatne finančne in kadrovske vire ter dodatna usposabljanja zdravstvenega osebja (Chee in drugi, 2022). Merjenje zdravstvenih izidov predstavlja poseben izziv, saj zahteva prilagojene in kompleksne metode, ki upoštevajo raznolikost pacientov glede na njihove zdravstvene in socio-ekonomske značilnosti. Potrebno je spremljati izide in zraven tega še vrsto drugih podatkov, ki so v analizi kontrolne spremenljivke. Ti omogočajo, da upoštevamo razlike med pacienti. Uporaba univerzalnih standardov je zaradi tega omejena, kar otežuje primerljivost in pravično ocenjevanje izvajalcev. Poleg tega je pogosto oteženo tudi zagotavljanje točnih in primerljivih podatkov med različnimi zdravstvenimi ustanovami zaradi različnih tehnologij in praks poročanja (Chee in drugi, 2022). Pomembna ovira pri uvajanju modela so tudi človeški dejavniki, predvsem odpor deležnikov. Spremembe, ki jih zahteva model VBP, pogosto naletijo na nezaupanje izvajalcev, ki jih skrbijo potencialna finančna tveganja povezana z novimi plačilnimi mehanizmi. Pogosto ni ustrezno razvitih sistemov nagrajevanja in spodbud, ki bi spodbudili pozitivno naravnost do sprememb. Prav tako pomanjkanje jasne komunikacije o koristih modela zmanjšuje pripravljenost na spremembe (Chee in drugi, 2022).

Poleg navedenega se v praksi pojavljajo še drugi pomembni izzivi. Na regulativni ravni uvajanje modela pogosto otežujejo neustrezni ali zastareli pravni okviri, ki niso prilagojeni novim modelom plačevanja in lahko vodijo v pravne zaplete (Simbo.ai, 2025). Tehnološke ovire vključujejo pomanjkanje interoperabilnih sistemov, neenotne podatkovne baze in ločeno shranjevanje kliničnih ter finančnih podatkov, kar ovira oblikovanje ustreznih informacij in koordinacijo oskrbe (Fission Labs, 2023). Na organizacijski ravni je

implementacija modela VBP pogosto omejena zaradi zastarele infrastrukture, pomanjkanja analitičnih orodij ter neučinkovitih delovnih tokov. Uspešna uvedba modela zahteva jasno strateško vodstvo in aktivno podporo s strani vodstvenih struktur, vendar pa se pogosto pojavlja odpor tudi znotraj samih organizacij (Agilon Health, 2022). Spremembe v načinu dela zahtevajo prehod iz oskrbe, ki temelji na volumnu, k oskrbi, ki temelji na vrednosti, kar terja dodatna znanja, usposabljanja in čas za prilagoditve.

Nazadnje se kot pomemben izziv izkazuje tudi potreba po izobraževanju pacientov. Razumevanje modela, ki temelji na vrednosti in razlikovanje od tradicionalnih plačilnih sistemov sta ključna za aktivno sodelovanje pacientov pri sooblikovanju oskrbe in izboljševanju izidov. Pomanjkanje informacij med pacienti lahko povzroči nezaupanje v sistem, še posebej kadar tradicionalni modeli nudijo bolj osebno ali poznano izkušnjo oskrbe. Kulturne razlike in pričakovanja pacientov lahko dodatno zmanjšajo pripravljenost za sprejetje sprememb (Brown, 2025).

Številni obstoječi primeri dobrih praks vseeno kažejo, da je navedene izzive mogoče nasloviti in da je pričakovati prihodnji razvoj modelov VBP. Pričakuje se, da bo prihodnji razvoj modelov VBP v zdravstvu spremljalo več ključnih trendov, katerih cilj bo izboljšanje izidov zdravljenja, zmanjšanje stroškov in spodbujanje inovacij. Eden od ključnih trendov je hitro širjenje uporabe modela VBP, saj prehod s tradicionalnih plačilnih modelov na tiste, ki temeljijo na vrednosti, postajajo vse bolj pomembni. Ta prehod je podprt z vladnimi pobudami, partnerstvi med plačniki in ponudniki ter regulativnimi spremembami (Werner in drugi, 2021). Tehnološki napredek bo bistven pri razvoju modelov VBP. Napredne tehnologije, kot so analiza podatkov, umetna inteligenca, telemedicina in spremljanje pacientov na daljavo, bodo omogočile boljšo oskrbo in pripomogle k bolj natančnemu prepoznavanju pacientov z visokim tveganjem ter napovedovanju izidov zdravljenja. Digitalne platforme in aplikacije za vključevanje pacientov, bodo pacientom nudile boljše obvladovanje svojega zdravja (Abou-Atme in drugi, 2022). Ponudniki zdravstvenih storitev bodo vse bolj spodbujeni k izboljšanju kakovosti svojih storitev, saj bodo nagrade in financiranje temeljile na doseženih izidih zdravljenja in ne na količini opravljenih storitev. Nadalje bo obravnavanje socialnih dejavnikov, kot so prevoz, prehrana in nastanitev, postalo nujno za doseg boljših zdravstvenih izidov v okviru modelov VBP. Vzporedno z vse večjim sprejemanjem teh modelov se bo širila specializacija na posameznih področjih, kot so nefrologija in onkologija, kjer bodo platforme, ki temeljijo na vrednosti, omogočile boljše pristope. Do leta 2030 se pričakuje povečanje vrednosti podjetij, ki uporabljajo VBP modele, saj naj bi se njihova vrednost povečala iz trenutnih 500 milijard dolarjev na 1 milijardo dolarjev. Prihodnost VBP, bo zaznamoval bolj integriran zdravstveni sistem, ki bo osredotočen na preventivno oskrbo, pristope, usmerjene v pacienta in podporo napredne analitike ter interoperabilnih platform. Na splošno bo ključ do uspeha v sposobnosti združevanja inovativnih tehnologij s celostnimi strategijami oskrbe, hkrati pa bo omogočeno usklajevanje spodbud med deležniki za doseg boljših zdravstvenih izidov ob nižjih stroških (Price, 2024).

3.3.1 Primeri dobrih praks implementacije in uporabe modelov na vrednosti temelječih nakupov

V številnih državah se uporabljajo programi in modeli VBP za izboljšanje kakovosti in uspešnosti zdravstvenega varstva. Spodaj je opisanih nekaj primerov uspešnih implementacij in uporabe modelov v tujini. Urugvaj in Bocvano sem kot primer dobre prakse implementacije in uporabe izbrala predvsem zaradi dejstva, da gre za države tretjega sveta, ki se vseeno uspešno soočata z izzivi v sistemu javnega naročanja. Njun pristop ponuja relevanten vpogled v možnosti uvedbe VBP modela tudi v okoljih, kjer regulativni in institucionalni okvirji še niso popolnoma razviti, kar pa omogoča primerjavo z izzivi, s katerimi se soočajo tudi druge države, vključno s Slovenijo. Primer Kanade in izbrane evropske države sem izbrala zaradi sistematičnega in celovitega pristopa k vrednostno usmerjenem naročanju, ki vključuje jasne cilje, merljive izide ter aktivno vključevanje vseh ključnih deležnikov. Poleg tega omenjene države predstavljajo razvito zdravstveno okolje, kjer so institucionalni pogoji za implementacijo VBP modela dobro vzpostavljeni. S tem pridobimo vpogled v optimalno delujoč sistem in njegove možne prenosljive elemente.

Na Švedskem je Univerzitetna bolnišnica Karolinska (angl. Karolinska University Hospital) objavila javno naročilo za obdobje 14 let za nakup celovite slikovne diagnostike (MRI, CT, ultrazvok), ki je poleg opreme vključevalo tudi vzdrževanje, nadgradnje in podporne storitve. V postopku konkurenčnega dialoga so sodelovali klinični, tehnični in finančni strokovnjaki. Ti so omogočili oblikovanje dolgoročnih tehničnih zahtev. Rezultati pa so vključevali nižje stroške skozi življenjski cikel, višjo kakovost in dodatno vrednost v obliki inovacijskega centra, ki ga je financiral dobavitelj. V Franciji so z uporabo modela VBP v bolnišnici Hospices Civils de Lyon odpravljali težavo pooperativne hipotermije, ki se je pojavljala pri kar 54 % pacientov. Po analizi kirurškega procesa in vključitvi večdisciplinarnega tima so v sodelovanju s ključnimi deležniki razvili rešitev za vzdrževanje telesne temperature. Ponudbe so ocenjevali na podlagi cene (40 %), kakovosti (35 %) in podpore (25 %), rezultat pa je bila zmanjšana pojavnost zapletov in stroškov zdravljenja. V Kataloniji je agencija AQuAS – Catalan (angl. Agency for Health Information, Assessment, and Quality) uporabila model VBP pri nabavi naprav za implantacijo kardioverter-defibrilatorjev. Z uvedbo konkurenčnega dialoga in vključitvijo dodatnih storitev, vključno z spremljanjem pacientov na daljavo, so ocenjevali ponudbe na podlagi skupnih stroškov in pričakovanih kliničnih izidov. Rezultati so vključevali 10 % manj zapletov in ambulantnih obiskov ter večjo učinkovitost oskrbe (APAC Med, 2022).

Bocvana se močno zavzema za uvedbo modela vrednost za denar (angl. Value for Money, v nadaljevanju VfM) v svojem zdravstvenem sistemu in postopkih javnega naročanja, z namenom povečanja uspešnosti, uspešnosti in gospodarnosti, kar je ključno za njen proračun. Pomemben korak je bil sprejem Zakona o javnih naročilih in razpolaganju s premoženjem leta 2001, ki je bil zasnovan za izboljšanje preglednosti, odgovornosti in pravičnosti sistema, kar neposredno vpliva celotno zdravstvo. Bocvana se odmika od modela, ki temelji zgolj na najnižji ceni, in namesto tega vpeljuje sisteme, kot je Sistem o

uspešnosti javnega naročanja (angl. Performance Information Procurement System), ki poudarja dolgoročno vrednost, kakovost in uspešnost. Ta pristop zagotavlja, da so kupljena medicinska oprema in storitve cenovno dostopne in hkrati ustrezajo visokim standardom kakovosti ter trajnosti. Drugi pomemben vidik je učenje iz mednarodnih dobrih praks. Odbor za javna naročila in razpolaganje s premoženjem (angl. Public Procurement and Asset Disposal Board) redno obiskuje države, kot so Južna Afrika, Nova Zelandija in Švedska in preučuje napredne modele javnega naročanja, kar Bocvani pomaga pri vključevanju preizkušenih sistemov za izboljšanje lastne uspešnosti. Na splošno si Bocvana z uporabo sodobnih sistemov javnega naročanja in metodologij stalnih izboljšav prizadeva doseči ravnovesje med nadzorom stroškov in ohranjanjem visokih standardov kakovosti, s čimer želi izboljšati celotno kakovost in uspešnost svojega zdravstvenega sistema (Botlhale, Infusing value for money (VfM) into the public procurement system in Botswana, 2017).

Urugvaj se že vrsto let sooča z izzivom visokih stroškov v zdravstvu in popolno odvisnostjo od uvožene medicinske opreme, saj domača proizvodnja medicinskih pripomočkov praktično ne obstaja. V luči teh izzivov je država pristopila k uvedbi modela vrednostno osnovanega javnega naročanja, da bi zagotovila večjo uspešnost, kakovost in dolgoročno vzdržnost pri nabavi medicinske tehnologije in pripomočkov. Za vse nabave medicinske opreme je bil uveden konkurenčni postopek, ki je poleg običajnih ekonomskih meril vključeval tudi niz kakovostnih in tehničnih zahtev. V sklopu postopka prijave ponudnikov je bilo obvezno predložiti certifikate o kakovosti proizvodnega procesa in proizvodov, tehnično poročilo o lastnostih in delovanju opreme ter izjavo o zagotavljanju vzdrževanja opreme skozi celotno življenjsko dobo. Postopek je vodila Nacionalna enota za upravljanje zdravstvene tehnologije (angl. National Health Technology Management Unit), ki deluje v okviru Ministrstva za javno zdravje. Poleg vzpostavitve preglednih meril je imela pomembno vlogo tudi predhodna komunikacija med državnimi organi in dobavitelji, kar jim je omogočilo boljše razumevanje potreb zdravstvenega sistema ter oblikovanje realnih in izvedljivih zahtev. Z vključitvijo meril kakovosti pri javnem naročanju medicinske opreme in pripomočkov je Urugvaj dosegel pomembne učinke: zagotovil je dostop do kakovostne opreme po konkurenčnih cenah, povečal preglednost in strokovnost postopkov ter izboljšal dolgoročno vzdrževanje medicinske opreme. Primer Urugvaja tako kaže, da je mogoče z uporabo osnovnih načel VBP tudi v državah z omejenimi proizvodnimi kapacitetami zagotoviti racionalno, kakovostno in trajnostno naravnano javno naročanje (APAC Med, 2022).

V Kanadi je bil model VBP uspešno implementiran na primer v bolnišnici Southlake Regional Health Centre v Newmarket-u, Ontario. Ta bolnišnica se je soočala s specifičnim izzivom – skoraj vse pogodbe za kardiološko opremo so potekle hkrati. Predstavljale so pomemben delež (približno 8 %) celotnih bolnišničnih stroškov. V okviru tega izziva so se odločili za celovit in strateški pristop k ponovnem javnem naročilu. V postopku naročanja so opredelili jasne klinične, tehnološke, organizacijske in izkustvena merila ter merljive rezultate zdravljenja. Ključno vlogo je imelo oblikovanje novega okvira odgovornosti, ki je

vključeval specifične garancije za dosežene rezultate zdravljenja, npr. ciljno stopnjo ponovnih sprejemov. Uporabili so postopek konkurenčnega dialoga z izbranimi ponudniki, kjer so bile ponudbe ocenjene po več fazah, z največjim poudarkom na doseganju kakovostnih izidov in kazalnikov uspešnosti. Učinki implementacije modela VBP so bili večplastni. Bolnišnica je dosegla povprečni prihranek v višini 35 %, hkrati pa tudi najmanj 4 % dodane vrednosti na ravni storitev. Poleg finančnih učinkov so bile zabeležene tudi izboljšave v kliničnih procesih, zmanjšana stopnja ponovnih hospitalizacij in skrajšan čas hospitalizacije. Pomemben dejavnik uspeha je bila aktivna vključenost vseh deležnikov – od zdravnikov in bolnišničnega vodstva do pristojnega ministrstva (APAC Med, 2022).

3.3.2 Pomen uvajanja modela na vrednosti temelječih nakupov v Sloveniji

Uvajanje modela VBP v slovenski zdravstveni sistem in sistem javnega naročanja predstavlja pomemben strateški korak k večji učinkovitosti porabe javnih sredstev in izboljšanju kakovosti zdravstvene obravnave. Slovenija je na tem področju še v zgodnji fazi, a so se v preteklosti že pojavili prvi poskusi vzpostavitve sistemov, ki bi upoštevali merila kakovosti pri nakupih. Tako je bil leta 2010 v okviru nacionalnega javnega naročila prvič uveden model plačila izvajalcem glede na kakovost izvedenih storitev. Model je bil zasnovan na zbiranju poročil o izidih zdravljenja (na primer pri operacijah kolkov, kile in krčnih žil), vključno z uporabo PROM-ov. Nadaljnje aktivnosti v tej smeri so bile izvedene v letih 2020 in 2021, ko je bila vpeljana uporaba vprašalnika EQ-5D-5L kot orodja za merjenje kakovosti življenja. Dobavitelji medicinske opreme in pripomočkov, ki so želeli sodelovati na javnem naročilu, so morali zagotoviti zbiranje podatkov s pomočjo tega vprašalnika, kar je bilo tudi pogoj za izplačilo storitev (Bernik in drugi, 2022).

Za uspešno implementacijo modela VBP v Sloveniji, je v dokumentu, pripravljenim s strani članov ekspertne skupine za pripravo usmeritev za uvedbo NaVTeZ, predlaganih več ključnih ukrepov. Med njimi so določitev in vključitev meril kakovosti, ki temeljijo na objektivno merljivih izidih zdravljenja, ter oblikovanje pogodb, ki omogočajo finančno ovrednotenje teh izidov – na primer v obliki zadržanega izplačila, dokler dogovorjeni rezultati niso doseženi. Poleg tega je poudarjeno, da je potrebno vključevati paciente v pripravo modelov, da bi ti kar najboljše odražali njihove prioritete in izkušnje. Vzpostavitev takega sistema bi tako predstavljala pomembno orodje tudi pri celostni uvedbi NaVTeZ (Bernik in drugi, 2022).

4 ANALIZA STALIŠČ DELEŽNIKOV O OBSTOJEČEM SISTEMU JAVNEGA NAROČANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV V SLOVENIJI

V tem poglavju je predstavljena analiza stališč deležnikov o sistemu javnega naročanja v Sloveniji, ki vključuje prikaz načina zbiranja in obdelave podatkov, uporabljene

raziskovalne pristope ter utemeljitev izbire sogovornikov. Sledi analiza rezultatov, zbranih na podlagi opravljenih intervjujev z različnimi ključnimi deležniki v sistemu. Ugotovitve so razdeljene po posameznih tematskih sklopih.

4.1 Način zbiranja podatkov in metodologija

Raziskovalni vprašanji sem oblikovala na podlagi pregleda strokovne literature, ki je predstavljena v drugem in tretjem poglavju, analize zakonodajnega okvira ter refleksije o ključnih izzivih v praksi javnega naročanja medicinskih pripomočkov. Pri tem sem izhajala iz namena magistrskega dela – raziskati, zakaj je sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji cenovno usmerjen kljub zakonskim možnostim za vključevanje meril kakovosti. Vprašanji sem zasnovala tako, da sem zagotovila celovito razumevanje problematike in z možnostjo oblikovanja predlogov, temelječih na dejanskih potrebah in izzivih v praksi.

V okviru magistrskega dela sem uporabila kvalitativni raziskovalni pristop, kjer sem kot primarno metodo zbiranja podatkov izvedla enajst delno strukturiranih globinskih intervjujev z različnimi ključnimi deležniki v sistemu javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji. Namen intervjujev je bil pridobiti čim bolj celovit vpogled v pomanjkljivosti sistema in na splošno v celotni trenutni sistem ter raziskati možnosti za uvajanje na vrednosti temelječega javnega naročanja medicinskih pripomočkov.

Globinski intervju je kvalitativna raziskovalna metoda, pri kateri z manjšim številom posameznikov opravimo daljše in podrobnejše pogovore, da bi raziskali njihova stališča, izkušnje in pričakovanja glede določene teme, programa ali situacije. S sogovorniki se tako pogovarjamo o njihovem doživljanju, mnenjih o delovanju in učinkih ter o morebitnih spremembah, ki jih opažajo pri sebi kot posledico sodelovanja. Glavna prednost globinskih intervjujev je, da omogočajo pridobivanje podrobnejših informacij kot na primer ankete, hkrati pa potekajo v bolj sproščenem vzdušju, kjer se sogovorniki navadno počutijo udobneje. Kljub temu imajo tudi nekatere omejitve. Odgovori so lahko pristranski, saj imajo udeleženci osebni interes ali želijo prikazati stvari boljše ali pa slabše kot sicer so. Izvedba, prepisovanje in analiza intervjujev zahtevajo veliko časa. Velikost vzorca je ustrezna, ko se pri različnih sogovornikih začnejo ponavljati iste teme in vsebine (Boyce in Neale, 2006).

Globinski intervju kot metoda mi je omogočila večplastno razumevanje izkušenj, stališč in pogledov intervjuvancev. Intervjuji v mojem magistrskem delu so delno strukturirani, saj sem želela, da sogovorniki čim bolj spontano izražajo svoje mnenje, se čim bolj razgovorijo in predstavijo svoj pogled na sistem. Kljub temu sem pripravila nekaj usmerjevalnih vprašanj, ki so zagotavljala ohranitev fokusa na raziskovalno tematiko.

Sogovornike sem izbrala s točno določenim namenom in ciljem. Pri izbiri sem se osredotočila na posameznike, ki imajo neposredne ali posredne izkušnje s sistemom in lahko zagotovijo vsebinsko bogate vpoglede. Do sogovornikov sem prišla na podlagi priporočil

mentorice, ki mi je zaradi svojega poznavanja področja predlagala posameznike, ustrezne glede na zastavljene raziskovalne cilje. Dodatne kontakte so mi posredovali sošolci, ki so sami vključeni v zdravstveni sistem oziroma so zaposleni v ustanovah, povezanih z javnim naročanjem medicinskih pripomočkov. Poleg tega sem nove sogovornike pridobila tudi s pomočjo že opravljenih intervjujev, nekateri udeleženci so mi predlagali ali vzpostavili stik z drugimi relevantnimi deležniki. Intervjuji so potekali v živo ali prek spletne platforme Zoom, odvisno od možnosti posameznega sogovornika. Pred izvedbo intervjujev sem od vseh sogovornikov najprej pridobila soglasje za sodelovanje v intervjuju za potrebe magistrskega dela. Soglasje so mi podali prek elektronske pošte. Po opravljeni transkripciji intervjujev sem jim besedila poslala v avtorizacijo, s čimer so potrdili njihovo točnost in mi dovolili, da vsebino, ki je nastala na podlagi intervjujev, uporabim za nadaljnjo analizo in obravnavo v magistrskem delu. Intervjuji so potekali v obdobju od 27. marca 2025 do 1. avgusta 2025, natančni datumi posameznih intervjujev pa so navedeni v Tabeli 2 v nadaljevanju. Vsi transkripti in povezana dokumentacija se hranijo v mojem osebnem arhivu. Nato sem zbrane podatke pregledala in analizirala s namenom prepoznati ključne teme, stališča in izzive, povezane z javnim naročanjem medicinskih pripomočkov. Ugotovitve bom v nadaljevanju poglavja analizirala in prikazala po tematskih sklopih, na koncu poglavja pa jih bom strnila v pregledno tabelo, kjer bodo povzeta glavna mnenja in opažanja. Z namenom zagotavljanja anonimnosti vseh sogovornikov so imena in funkcije v raziskavi anonimizirane. Ne glede na dejanski spol intervjuvancev je v besedilu zaradi poenostavitve in zaščite identitete dosledno uporabljena moška slovnična oblika.

V raziskovalni del magistrskega dela sem vključila enajst sogovornikov, ki predstavljajo različne ključne deležnike v procesu javnega naročanja medicinskih pripomočkov. Prva skupina so bili trije predstavniki bolnišnic, ki so v okviru svojega delovnega mesta zadolženi za nabavo medicinskih pripomočkov in so vsakodnevno vključeni v postopke javnega naročanja. Njihova stališča omogočajo vpogled v praktične izzive, s katerimi se soočajo izvajalci zdravstvenih storitev pri zagotavljanju kakovostne in učinkovite medicinske opreme in pripomočkov. Druga skupina sogovornikov sta bila predstavnika gospodarskega, neprofitnega in strokovnega združenja, ki si prizadeva za uveljavitev višjih standardov kakovosti v zdravstvu ter opozarja na pomanjkljivosti trenutne zakonodajne ureditve. Njun pogled prikaže vpliv obstoječega sistema na industrijo in priložnosti za izboljšave z vidika ponudnikov medicinskih pripomočkov. V tretji skupini sta sodelovala predstavnika, ki zastopata interese uporabnikov zdravstvenih storitev - pacientov. Njune izkušnje in pogled sta ključna za razumevanje, kako trenutni sistem javnega naročanja vpliva na kakovost in dostopnost oskrbe za paciente. Eden od sogovornikov je bil predstavnik strokovne organizacije javnih zavodov in drugih pravnih oseb, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, nudi svojim članicam (tj. vsem javnim zdravstvenim zavodom) pravno in ekonomsko podporo ter sodeluje pri izvajanju skupnih javnih naročil. Zaradi svoje vloge ima širši sistemski pogled na izzive, ki jih imajo zdravstveni zavodi pri izvajanju nabavnih postopkov ter na potencialne poti za optimizacijo obstoječih praks. Poleg navedenih skupin sem pridobila tudi stališča predstavnikov dobaviteljev, proizvajalcev in distributerjev

medicinskih pripomočkov, ki se neposredno soočajo z zahtevami in omejitvami obstoječega sistema javnega naročanja. Dodatno sem opravila intervju tudi s predstavnikom zavoda, ki zagotavlja učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja in obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Zavod sicer ni zavezan zakonodaji o javnem naročanju, vendar kot ključni plačnik prav tako sodeluje pri nabavi medicinskih pripomočkov, ki jih nato zdravniki predpisujejo pacientom. Njegov pogled dopolnjuje razumevanje sistema z vidika financiranja, predpisovanja in nadzora nad porabo.

Tabela 2: Seznam intervjuvancev in njihovo področje delovanja

Oznaka	Področje delovanja	Osnovne značilnosti sogovornika	Datum intervjuja
I1	Bolnišnica – o ddelek za nabavo	Vodja oddelka za nabavo, bogate izkušnje s postopki JN in sodelovanjem z dobavitelji	27. 3. 2025
I2	Bolnišnica – oddelek za nabavo	Zadolžen za izvajanje postopkov javnega naročanja medicinskih pripomočkov v večji slovenski bolnišnici	16. 4. 2025
I3	Gospodarsko združenje	Predstavnik neprofitnega združenja ponudnikov medicinskih pripomočkov, aktiven na področju zakonodaje, kakovosti in inovacij v zdravstvu	7. 5. 2025
I4	Gospodarsko združenje	Predstavnik neprofitnega združenja ponudnikov medicinskih pripomočkov, aktiven na področju zakonodaje, kakovosti in inovacij v zdravstvu	7. 5. 2025
I5	Strokovne organizacije javnih zavodov in drugih pravnih oseb, ki opravljajo zdravstveno dejavnost	Predstavnik združenja, ki nudi pravno in ekonomsko podporo zavodom, vključena v skupna naročila	10. 6. 2025
I6	Organizacije pacientov	Aktiven član in predsednik zveze pacientov	11. 6. 2025
I7	Dobavitelj / proizvajalec medicinskih pripomočkov	Odgovorna oseba za pripravo ponudb za javna naročila, izpostavlja težave pri razpisnih pogojih in vrednotenju ponudb	9. 7. 2025
I8	Bolnišnica – oddelek za nabavo	Vodja oddelka za nabavo, bogate izkušnje s postopki JN in sodelovanjem z dobavitelji, pozna praktične izzive iz uporabniške perspektive	10. 7. 2025
I9	Zavod, ki zbira in razdeljuje sredstva zbrana iz OZZ in obv. zavarovanja za dolgotrajno oskrbo	Predstavnik zavoda, odgovoren za področje nabave medicinskih pripomočkov, ki jih predpisujejo zdravniki	10. 7. 2025
I10	Organizacije pacientovih pravic	Zastopnik pacientov, pozna vpliv javnega naročanja na varnost in dostopnost medicinskih storitev	23. 7. 2025
I11	Dobavitelj / proizvajalec medicinskih pripomočkov	Vodja prodaje v podjetju, sodeluje pri oblikovanju ponudb in strateških odločitvah glede oddaje ponudb na javnih naročilih	1. 8. 2025

Vir: lastno delo

4.2 Analiza in prikaz rezultatov raziskovalnega dela

V tem poglavju so predstavljene ugotovitve, ki sem jih pridobila na podlagi tematske analize izvedenih globinskih intervjujev. Tematska analiza je ena najpogostejše uporabljenih metod v kvalitativnih raziskavah, ki omogoča sistematično prepoznavanje, razvrščanje in razlago vzorcev v podatkih. Gre za prilagodljiv pristop, ki ni vezan na eno teoretično izhodišče in se lahko uporablja tako induktivno kot deduktivno. Glavna prednost tematske analize je, da je enostavna za uporabo, hkrati pa dovolj poglobljena, da omogoča podroben vpogled in razumevanje kompleksnih družbenih pojavov. Slabost pa je, da je zaradi velike fleksibilnosti lahko manj ponovljiva, raziskovalci pa so pri interpretaciji močno izpostavljeni lastni pristranskosti (Khalid Ahmed in drugi, 2025). S pomočjo zvočnih posnetkov in sprotne pisanja odgovorov intervjuvancev sem naredila transkriptne zapise. Transkriptni zapisi so bili nato posredovani sogovornikom v avtorizacijo. S sistematično obdelavo zbranih podatkov in vsebin sem opredelila ponavljajoče se kode in teme, ki prikazujejo izkušnje sogovornikov v kontekstu obravnavane problematike. Osredotočila sem se na interpretacijo izpostavljenih tem in njihove umestitve v širši sistem.

Skupne teme, ki sem jih opredelila na podlagi globinskih intervjujev:

- Prilagajanje javnih naročil določenim ponudnikom in njihov vpliv
- Pomanjkanje standardizacije in nacionalnega registra medicinskih pripomočkov
- Omejeno vključevanje meril kakovosti
- Pomanjkanje znanja, kadra in podpore
- Prevelika osredotočenost na ceno pred dolgoročno vrednostjo
- Testiranje kot nadomestilo za merila kakovosti
- Digitalizacija sistema in administrativne ovire
- Slaba izraba skupnih javnih naročil
- Korupcija in netransparentno delovanje
- Zgledi iz tujine
- Klinična stroka kot ključni akter ali ovira
- Praktične omejitve uvedbe modela VBP
- Zakon omogoča, praksa preprečuje

4.2.1 Prilagajanje javnih naročil določenim ponudnikom in njihov vpliv

Praksa oblikovanja javnih naročil v zdravstvu pogosto odraža izrazito neuravnoteženost med formalnimi zahtevami po odprti konkurenci ter dejanskimi mehanizmi odločanja, ki v praksi privilegirajo točno določenega ponudnika. Razpisna dokumentacija je pogosto oblikovana tako, da že vnaprej ustreza enemu proizvajalcu ali dobavitelju – bodisi zaradi pritiskov klinične stroke bodisi zaradi predhodnih dogovorov ali pomanjkanja strokovnega znanja pri pripravi tehničnih specifikacij.

Tako je na primer I1 izpostavil, da: *»Imamo tipičen-šolski primer oligopolne konkurence. Mi (bolnišnica) smo v situaciji, ko malo število ponudnikov obvladuje trg in dela z nami kar hoče; cene postavlja praktično peščica ponudnikov.«* (Intervjuvanec 1). Zdravniki pri tem pogosto vztrajajo pri uporabi točno določenih znamk ali modelov medicinskih pripomočkov, saj so na njih navajeni in jih povezujejo z lastno odgovornostjo do pacientov. To se neposredno odraža v zahtevah, da razpis vključuje specifične tehnične zahteve (dimenzije, materiali, funkcije), ki jih izpolnjuje zgolj en ponudnik. I1 izpostavlja, da: *»imamo na naši strani zdravnike, ki so na nek način vrhunski obrtniki. Navajeni so delati z neko opremo, materialom ..., saj jo uporabljajo dalj časa. Zato je razumljivo, da hočejo točno določene aparate, pripomočke ... Lahko se zgodi, da z nečim, kar kupimo/naročimo, niso navajeni delati; pri uporabi bi lahko imeli tudi resne težave, ker so navajeni na točno določeno opremo in mi pa smo jim kupili nekaj drugega.«* (Intervjuvanec 1). Podobno ugotavlja tudi I8: *»Problem je, ker dobavitelj ve, da je to na njega pisano. Vam povem primer iz prakse; smo razpisali podloge za rane, tega je na trgu zelo veliko, imate vse vrste tega materiala in so določene obloge, ki so bolj specifične, novejša, nadgrajene. Predstavili so nam neko normalno ceno, potem pa je šlo to v javno naročilo in ta opis je bil napisan točno na to oblogo. Mi smo v enem dnevu prišli iz cene na oblogo 9 € na 24 €. Dobavitelj je točno vedel, da je razpis pisan nanj in da lahko samo on to ponudi.«* (Intervjuvanec 8).

Intervjuji kažejo, da ponudniki pri tem ne nastopajo le kot pasivni dobavitelji, temveč aktivno sodelujejo pri oblikovanju razpisnih dokumentacij. Naročniki – pogosto preobremenjene nabavne službe – pri pripravi specifikacij včasih celo neposredno uporabljajo gradivo, ki jim ga pošljejo dobavitelji. I2 je povedal, da: *»Uporabnik pokliče po telefone dobavitelja in reče, da naj mu po mailu pošlje opis njihovega aparata/artikla in dobavitelj pošlje k nam v nabavno službo specifikacijo. S tem pa »zapre« možnost prijave na javno naročilo drugim ponudnikom.«* (Intervjuvanec 2).

Intervjuji razkrivajo, da so ponudniki pogosto tisti, ki aktivno oblikujejo razpisne dokumentacije – bodisi prek neformalnih stikov z naročniki, posredovanja pripravljenih tehničnih specifikacij ali celo svetovanja posameznim oddelkom v bolnišnicah. To poudarja tako I8: *»Če pa se razpiše zelo podrobno opisan material, npr. plenica mora biti točno takšna, točno toliko velika, s takim robom, itd., potem pa seveda smo razpisali razpis na enega dobavitelja. Problem je, ker dobavitelj ve, da je to na njega pisano.«* (Intervjuvanec 8), kot tudi I7: *»V smislu, točno se ve na koga je javno naročilo pisano in drugih ponudnikov ne spustijo zraven. Tudi, če imaš ceno izdelka dobro, se zna zgoditi, vsaj taka je bila moja izkušnja, da je že vnaprej dogovorjeno /.../«* (Intervjuvanec 7). Takšna vloga dobaviteljev močno poruši ravnotežje med trgom in javnim interesom.

Nekatere bolnišnice od ponudnikov celo pričakujejo, da jim pomagajo pripraviti razpisno dokumentacijo. To opaža I11: *»So pa tudi bolnišnice, ki pošljejo seznam izdelkov, ki jih bodo dali v javno naročilo in želijo od nas komentarje katere standarde naj upoštevajo, opise izdelkov oz. tehnične lastnosti. Potem pa oni na osnovi zbranih podatkov večih dobaviteljev*

naredijo tehnične specifikacije. Hkrati želijo imeti tudi cene izdelkov, da lahko ocenijo vrednost javnega naročila in posameznih postavk.» (Intervjuvanec 11).

Dodatno težavo predstavljajo certifikati in standardi, ki jih ponudniki priskrbijo v različnih oblikah. Ponudniki, ki bolje razumejo zakonodajni okvir in postopke, lahko izkoristijo sistemske luknje, medtem ko se manjši ali tuji ponudniki pogosto znajdejo v neenakopravnem položaju. Na to opozarja I3: *»Tukaj se premalo preverja, kadri v javnem naročanju niso dovolj izobraženi glede tega kaj morajo gledati, kako morajo gledati in tudi nimajo časa, da bodo vsak certifikat pregledovali. So jih pa že par ponarejenih odkrili.»* (Intervjuvanec 3), kot tudi I11: *»predvsem vzhodne države vprašajo kaj želite in tako tudi naredijo, kar zadeva certifikate. Tega je sicer vedno manj, včasih je bilo tega veliko. Se pa še vedno najde kakšen certifikat, kjer se vidi, da je samo napisan.»* (Intervjuvanec 11).

Zaradi pomanjkanja znanja in časa pri naročnikih je preverjanje teh dokumentov pogosto pomanjkljivo, kar omogoča manipulacije: *»Kadri v javnem naročanju niso dovolj izobraženi glede tega, kaj morajo gledati, kako morajo gledati, in tudi nimajo časa, da bodo vsak certifikat pregledovali. So jih pa že par ponarejenih odkrili.»* (Intervjuvanec 3 in 4). Podobno opozarja I11: *»Se še vedno najde kakšen certifikat, kjer se vidi, da je samo napisan.»* (Intervjuvanec 11).

Vloga ponudnikov se ne konča pri oblikovanju razpisov, temveč vključuje tudi različne oblike vplivanja – od pritiskov na zdravstveno osebje, da zahtevajo določene izdelke, do mehkejših oblik vpliva, kot so darila, vabila na izobraževanja ali sponzorske donacije oddelkom. I8 pravi, da nanje celo vplivajo: *»Tretji problem pa je pritisk dobaviteljev. Določene zdravstvene osebe ali medicinsko osebje, ko izvedo kdo je pri javnem naročilu zraven, lahko zelo vplivajo nanj, da tisti človek opis napiše na točno določenega dobavitelja in to se zelo težko prepreči.»* (Intervjuvanec 8). Vse to pomeni, da imajo ponudniki pomemben in pogosto premočan vpliv na procese, ki bi morali biti v celoti vodeni s strani neodvisne stroke in javnega interesa.

4.2.2 Pomanjkanje standardizacije in nacionalnega registra medicinskih pripomočkov

Eden ključnih sistemskih primanjkljajev slovenskega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov je odsotnost enotne nacionalne baze podatkov oziroma registra medicinskih pripomočkov. Vsaka bolnišnica uporablja svoje opise, šifre in poimenovanja, kar otežuje primerljivost, nadzor kakovosti in spremljanje cen. V nasprotju z zdravili, kjer obstaja centralizirana baza s kodiranjem, certifikati, terapevtskimi skupinami in jasno določenimi referenčnimi cenami, je področje medicinskih pripomočkov izrazito razdrobljeno, nepregledno in neregulirano. To ugotavlja več sogovornikov. Na primer, I9 meni, da: *»Če bi imeli enoten seznam, kot ga imamo za zdravila, bi to pripomoglo k večji preglednosti in primerljivosti ter verjetno tudi k boljšim cenam in transparentnosti javnega naročanja. Tak seznam bi bil v pomoč tudi ZZS. Na evropski ravni se že vzpostavlja baza EUDAMED, menim pa, da bi tudi nacionalna baza zelo koristila.»* (Intervjuvanec 9). I10 je

mnenja, da: *»bolj pomembno je, to da imamo dejansko seznam vseh zdravil, ki se uporabljajo in so to zelo čvrsti in merljivi parametri, kakšne količine, zakaj, kakšne so sestavine zdravil ... Medtem, ko za medicinske pripomočke, ki se uporabljajo v zdravstvu, takega registra v Sloveniji nimamo. To je ena ključnih pomanjkljivosti.«* (Intervjuvanec 10).

Iz intervjujev je razvidno, da se isti medicinski pripomoček – na primer plenica ali infuzijski sistem – pojavlja pod različnimi imeni, šiframi in opisnimi značilnostmi v različnih zdravstvenih ustanovah. I9 je mnenja: *»da bi nacionalni seznam medicinskih pripomočkov močno izboljšal situacijo. Mi to stalno poudarjamo, da je to zelo pomembno. Danes se ista plenica vodi pod različnimi številkami, kar naročnikom otežuje primerjavo. Če bi imeli enoten seznam, kot ga imamo za zdravila, bi to pripomoglo k večji preglednosti in primerljivosti ter verjetno tudi k boljšim cenam in transparentnosti javnega naročanja.«* (Intervjuvanec 9). To otežuje medsebojno primerjavo cen, kakovosti, pogodb in učinkovitosti, kar zmanjšuje potencial za skupna javna naročila ter povečuje tveganje preplačil.

Vzpostavitev nacionalnega registra bi omogočila večjo transparentnost, lažjo primerjavo med ponudniki in oblikovanje referenčnih cen, s čimer bi se krepil nadzor nad kakovostjo in gospodarnostjo javnih naročil. Hkrati bi bil tak register pomembno orodje tudi za klinično stroko, saj bi lahko hitreje dostopala do specifikacij, certifikatov in kliničnih dokazov o učinkovitosti posameznih izdelkov. Po besedah I8, ki pravi: *»Mi v Sloveniji imamo možnosti kupovanja kvalitetnih medicinskih pripomočkov, imamo možnosti pregleda certifikatov. Ampak zelo čakamo to bazo, ki pravijo da bo postavljena in boš lahko preveril medicinske pripomočke in če imajo ti pripomočki ustrezne certifikate. Vseeno pa je pomembno, da imaš za sabo nek neodvisen inštitut, ki preveri ta medicinski pripomoček.«* (Intervjuvanec 8). Intervjuvanci so večkrat poudarili, da v obstoječem sistemu primanjkuje orodij za presojo kakovosti in da nacionalni register ne bi smel biti le baza podatkov, temveč tudi instrument za krepitev standardizacije in usmerjenost v kakovost celotnega sistema.

4.2.3 Omejeno vključevanje meril kakovosti

Kakovost je pogosto implicitno vključena zgolj v tehničnih specifikacijah. Kljub temu, da ZJN-3 omogoča vključevanje meril kakovosti v ocenjevanje ponudb, se ta možnost v praksi uporablja zelo redko. Takega mnenja je tudi intervjuvanec I3: *»Zakonodaja načeloma kar dopušča vse ta stvari, da se izvajajo. Mislim pa, da se v praksi tega ne koristi toliko kot bi se lahko.«... »Imajo torej vse možnosti, praksa pa je drugačna. Ni znanja, časa in poguma. Poleg tega so tu še kadrovske težave.«* (Intervjuvanec 3). Analiza intervjujev kaže, da je razlogov za to več: pomanjkanje jasnih metodoloških smernic za določanje meril kakovosti, kadrovska podhranjenost v nabavnih službah, previdnost pred revizijami in tožbami ponudnikov ter razmeroma nizka digitalna podpora sistemu javnega naročanja. Na revizijske postopke je opozoril I4: *»Mislim, da je pred parimi leti v Slovenj Gradcu je neko podjetje dalo ponudbo, kjer so bili ponderji (merila za oddajo) porazdeljeni na kakovosti in ceno in*

mislim, da je bila vložena revizija, ker eno podjetje, ki se ni moglo zaradi tega merila kakovosti prijaviti, je podalo revizijo in je razpis padel.» (Intervjuvanec 4).

V večini primerov se kakovost posredno obravnava znotraj tehničnih specifikacij, kar pomeni, da naročnik vnaprej določi določene lastnosti izdelka (npr. materiali, funkcionalnosti), ki jih mora ponudba izpolnjevati. To potrjuje tudi I5: *»Če so jasno in nedvoumno opredeljene tehnične zahteve in kakovost razpisanega artikla, potem veš že vnaprej, da artikli, ki ne izpolnjujejo zahtev, ne bodo ponujeni oz. bodo izločeni iz postopka ocenjevanja ponudb, ker ne ustrezajo z vidika opredeljene kakovosti in tehničnih zahtev. Kvalitetno pripravljene tehnične specifikacije so temelj in osnova za kvalitetne ponujene artikle.«* (Intervjuvanec 5). Ker pa gre pogosto za pogoje »da/ne«, to ne omogoča niansirane ocene kakovosti med ponudniki. Le redko se uporablja točkovanje, kjer bi npr. dodatne funkcionalnosti ali daljša garancijska doba prinašale višjo oceno. Kdaj uporabljajo točkovanje za dodatne funkcionalnosti, pojasni I2: *»Po navadi pri teh aparatih merila temeljijo na tehničnih lastnostih aparata, dodatna tehnična lastnost nekega ponujenega aparata prinese dodatne točke. Če uporabnik tega ne dobi, zaradi tega ne bo nič slabše, če pa uporabnik to dobi pa je na boljšem.«* (Intervjuvanec 2). Podobno pojasni tudi I5: *»Pri nabavi medicinskih aparatov je dodatna merila nekoliko lažje oblikovati, npr. če ima nek UZ specifične funkcije, ki sicer niso nujne, a uporabnikom omogočajo neke dodatne funkcionalnosti, enostavnejše rokovanje..., potem lažje oblikujemo nekaj dodatnih meril. Pri potrošnem medicinskem materialu pa je to zelo težko.«* (Intervjuvanec 5).

Več sogovornikov je izpostavilo, da bi bilo nujno vzpostaviti nacionalne smernice za oblikovanje meril kakovosti, ki bi jih oblikovali neodvisni strokovnjaki iz različnih institucij (npr. klinične stroke, HTA, ekonomisti zdravstva). Tako meni tudi I9: *»V tujini imajo za to področje specializirane urade in ekipe ljudi, ki se ukvarjajo z vrednotenjem zdravstvenih tehnologij (HTA). Poleg tehnologij, so vedno zraven tudi medicinski pripomočki. Poleg finančnih učinkov, kot so prihranki pri zdravljenih ali bolniških odsotnostih, vrednotijo tudi okoljske in socialne učinke. Takšen celovit pristop bi morali prenesti tudi v Slovenijo«* (Intervjuvanec 9).

V praksi to pomeni, da cena ostaja prevladujoče merilo, kar vodi v sistem, kjer je glavni cilj kratkoročna gospodarnost, ne pa dolgoročna učinkovitost in klinična vrednost. I6 je kritičen, da: *»Kdor ve vse o ceni, ne ve nič o vrednosti. Če se fokusiraš preozko, zanemarjaš vse ostale poglede.«* (Intervjuvanec 6). Neupoštevanje meril kakovosti pri ocenjevanju ponudb tako predstavlja eno od največjih ovir za uvedbo na vrednost osredotočenega javnega naročanja.

4.2.4 Pomanjkanje znanja, kadra in podpore pri javnem naročanju

Skoraj vsi intervjuvanci iz sistema javnih naročil medicinskih pripomočkov so poudarili, da so nabavne službe v bolnišnicah izrazito kadrovske podhranjene, preobremenjene in pogosto brez specializiranega znanja za pripravo kompleksnih javnih naročil medicinskih pripomočkov. Velik del bremena javnih naročil nosi majhno število ljudi. Takšen zaključek

je na primer izpostavil I6, ki meni, da: *»je v veliko večji meri problem odsotnosti znanja, odsotnosti sposobnosti in navigacije v tem kompleksnem sistemu. Ljudje so izjemno hitro preobremenjeni in začnejo ubirati poti, ki so včasih namenoma malo bližnjice, lažje.«* (Intervjuvanec 6). V posameznih ustanovah za več kot tisoč artiklov skrbi ena ali dve osebi, to poudarja tudi I2: *»Pri nas v bolnišnici sva zaposleni 2,5 osebi za celo bolnišnico za vsa javna naročila.«* (Intervjuvanec 2). Kar pomeni, da je že osnovno izpolnjevanje formalnosti skrajno naporno, kaj šele poglobljeno vključevanje meril kakovosti, analiza kliničnih učinkov ali ocenjevanje dolgoročne stroškovne učinkovitosti.

Zaradi tega se v praksi pogosto zatekajo k uporabi že obstoječih razpisnih dokumentacij (t. i. »copy-paste« postopki) iz prejšnjih let, pri čemer se pogosto ohranijo tudi neustrezne tehnične specifikacije ali pogoji, ki ne ustrezajo dejanskim potrebam. Kot izpostavlja na primer I4: *»Ampak dejansko bi bilo potrebno imeti neko projektno ekipo, veliko časa in iti v tak razpis, da pogledamo in resnično se preuči kateri so tisti kriteriji, ki jih bodo ocenjevali. Časa za to pa ni, in ni kadra. Zato gredo bolnišnice v postopke javnih naročil na hitro, copy/paste prejšnjih postopkov in dokumentacij...,«* (Intervjuvanec 4). Nabavne službe se pogosto znajdejo v vlogi "izvajalca naročila", pri čemer se opirajo na stroko, ki pa velikokrat prav tako nima potrebnega znanja o zakonodaji ali standardih kakovosti. I5 je povedal, da: *»Strokovne komisije, ki sodelujejo pri posameznem postopku javnega naročanja sicer pregledajo artikle z vidika ustreznosti in izpolnjevanja zahtev glede kakovosti. Težje pa jih je vpeti v oblikovanje meril.«* (Intervjuvanec 5). Glede strokovnega kadra in sistema javnih naročil pa I2 opaža, da: *»Oni nimajo znanja, niti časa, da bi artikel opisali in si pomagajo tako, da na trgu naredijo raziskavo. Pravilno je sicer, da se naredi raziskava trga, ampak uporabnik nima časa, da bi klical 1, 2, 3 različne dobavitelje, da bi se oblikovala res dobro tehnična specifikacija. To moramo delati mi v nabavni službi. To vzame res veliko časa.«* (Intervjuvanec 2).

Izpostavljena je bila tudi odsotnost systemske podpore na nacionalni ravni – ni ustreznih izobraževanj. Kot je izpostavil I7: *»Bilo bi super, če bi imeli izobraževanja. So sicer na voljo izobraževanja za ponudnike in za naročnike, tega se udeležujejo. Ampak ne v veliki meri, sploh zaposleni v javnih zavodih, so glede tega kar omejeni. Ker to pomeni, da bi moral javni zavod poslati na izobraževanje cca. 10 ljudi, kar pa je finančno kar zalogaj.«* (Intervjuvanec 7). Ni svetovalnega organa za javna naročila v zdravstvu, ni enotnih obrazcev in ni digitalne podpore, ki bi razbremenila ročno delo, pravi I8: *»Problem je tudi digitalizacija. Mi imamo program za naročanje in izdajo, ki nas ne opozarjajo da smo blizu 40.000€ porabljenih sredstev in je treba ročno vnašati pogodbe in preverjati.«* (Intervjuvanec 8). Vse to vodi v povečano ranljivost sistema: od napak, do večje odprtosti za pritiske ponudnikov in do utrditve nezaupanja v mehanizme javnega naročanja.

4.2.5 Prevladovanje cene pred dolgoročno vrednostjo

Ena izmed osrednjih ugotovitev analize je sistemska osredotočenost na najnižjo ceno kot ključno merilo za oddajo javnih naročil medicinskih pripomočkov. Kljub zakonodajni možnosti za vključevanje dolgoročne stroškovne učinkovitosti, kliničnih učinkov ali družbenih koristi, se večina javnih naročil zaključi s primerjavo cen, ne da bi bile upoštevane druge vrednostne dimenzije. O tem se strinja več sogovornikov. Recimo I11 pravi, da: *»Zakon to sicer omogoča. V preteklosti vem, da je bilo eno obdobje tri do pet let, ko so imeli res dve merili, cena in kakovost in so jih tudi ponderirali in glede na ta ponder smo se potem tudi uvrstili v samem javnem naročilu. To je potem zamrlo, ker enostavno ni bilo nekega interesa, oziroma vzroka za opustitev niti nismo raziskovali. To je bilo nekje desej, petnajst let nazaj.«* (Intervjuvanec 11), I6 meni, da: *»Zakonodaja, ki ureja javno naročanje je približno taka kot slalomska vratca, okoli katerih je pač potrebno slalomirati in ko opraviš vse te procedure in zadostiš formalnim kriterijem, imaš še vedno prostor za to, da narediš stvari točno tako, kot jih želiš.«* (Intervjuvanec 6).

V več intervjujih je bilo poudarjeno, da se zaradi take prakse v sistem pogosto vstopa cenejši, a manj kakovosten material, kar ima lahko resne posledice: višjo porabo, več zapletov pri pacientih, več reklamacij in celo dodatne stroške za zdravljenje (npr. okužbe, izpuščaji, poškodbe, slabša okrevanja). To poudarja I3: *»Je bilo pa v zadnjih parih letih precej gonje na temo nižje cene in varčevanja, zato se je pojavil trg kitajskih pripomočkov, ponaredkov, generični ponaredki naših proizvodov, materialov. Ne bom rekel, da nas s tem prisilijo, da delamo proizvode slabše kakovosti, ampak bolj to, da odpirajo trg slabšim ponudnikom, zato ker je fokus na ceni.«* (Intervjuvanec 3). Podobno opozarja tudi I7: *»Končni rezultat je pa recimo za pacienta lahko slabši, ker dobijo slabši material, za npr. končnega uporabnika je pa lahko to dražja odločitev, kot če bi oni na začetku vzeli dražji in kakovostnejši izdelek. Ker bodisi na koncu bodo morali kupiti več materiala, ker je slabši in jih bodo več porabili ali bodo imeli več reklamacij za izdelek, ker je slabši.«* (Intervjuvanec 7).

Dolgoročna vrednost ni vključena ne v fazi priprave razpisa, ne v fazi ocenjevanja, niti kasneje v spremljanju rezultatov uporabe. I7 pravi: *»Problem v tem sistemu je tudi, da ljudje, ki dejansko sodelujejo pri javnih naročilih, ne vedo čisto točno, da imaš ti možnost najcenejši izdelek zavrnil, če imaš na primer bolj kakovosten izdelek, ki bi ti na dolgi rok privarčeval več denarja, kot na začetku stane. Ampak tega se noben ne poslužuje in tudi strah jih je to delati.«* (Intervjuvanec 7). Dolgoročno je problem tudi z vizijo celotnega sistema, opozarja I6: *»Premisleka o tem kaj želimo doseči, neke viziji pa ni. To je izrazito siromašnost z vidika kam gremo. Kar nam ostane je delovanje iz rok v usta. Dokler bom v tem trenutku zaslužil dovolj je v redu, ko pa ne bom, si bom pa nekaj drugega izmislil. To nima nobene veze z vizijo, strategijo, z urejanjem organizacije, z učinkovitostjo, z organizacijskim spominom.«* (Intervjuvanec 6). V sistemu ni razvitega modela za oceno dolgoročnih koristi, kot so zmanjšanje bolniških odsotnosti, večja samostojnost pacientov, manj zapletov ipd. S podobnimi izzivi se srečuje tudi I9: *»Mi imamo težavo, ko določen medicinski pripomoček damo v sistem novih pripomočkov. Recimo inzulinske črpalke, ki so*

že pravi mali računalniki, sladkornih bolnikov je vedno več, te aparati stanejo 3000 - 4000€. Vodilnim v naši instituciji povem, da nas bo to stalo 5 milijonov na letnem nivoju. Nimamo pa znanja v hiši, da bi razložili, da bo s to »investicijo« res manj zapletov pri bolnikih, da to bo res manj bolniških staležev in nadomestil plače.» (Intervjuvanec 9). Odsotnost povezave med nabavo in kliničnimi izidi pomeni, da se nakupi medicinskih pripomočkov odvijajo brez širšega konteksta in pogosto brez strategije.

Zaradi vsega tega sogovorniki poudarjajo potrebo po uvedbi modelov, kot je VBP, ki temelji na oceni rezultatov zdravljenja, kakovosti življenja in celotnih stroškov v času življenjske dobe pripomočka. Dokler bo cena edino merilo, bodo dolgoročne koristi pacientov in sistema ostajale prezrte, se strinja tudi I7: *»prej sem bil v podjetju, kjer smo prodajali neke kanile - mi smo bili distributer, zanje smo imeli tudi neke študije, ki so bile delane neodvisno od proizvajalca, zakaj so boljše in kako preprečujejo vnetje žil ipd., na daljši rok je bilo za bolnišnico cenejše, če bi vzeli to dotično kanilo, kot če bi kupili nek artikel, ki je bil na javnem razpisu cenejši. Ampak, da ti kot ponudnik medicinskih pripomočkov, to dokazuješ bolnišnici in jih prepričaš, je podobno kot, da bi govoril steni.«* (Intervjuvanec 7).

4.2.6 Testiranje kot nadomestilo za merila kakovosti

V slovenskih bolnišnicah se je kot eden redkih mehanizmov za preverjanje kakovosti medicinskih pripomočkov uveljavila praksa testiranja vzorcev. Sogovorniki so večkrat poudarili, da se naročniki, v odsotnosti jasnih metodologij za oblikovanje meril kakovosti, zanašajo na ocene uporabnikov po preizkusu vzorcev. Vendar pa se tovrstno testiranje pogosto izvaja neformalno, nedokumentirano in brez sistematičnih meril, kar odpira vrsto dilem glede objektivnosti in transparentnosti postopkov. Problem testiranja je tudi časovna in kadrovska obremenitev pravi I2: *»Testiranje je časovno in kadrovsko zelo zahtevno. Nek artikel se uporablja na 3-4 oddelkih in mi ne moremo enega artikla dati na 4 oddelke testirat. To testiranje si razdelimo, ker teh artiklov je 100-150 in jih razdelimo po oddelkih. Da bi en artikel testirali na 3 oddelkih ne bi prišli nikamor.«* (Intervjuvanec 2).

Vzorke pogosto testirajo posamezni zdravniki ali oddelki, njihove ugotovitve pa se ne beležijo v standardizirani obliki. I2 pravi: *»Včasih smo dobili testni list nazaj s preprostim stavkom, da nam artikel ne ustreza. Tega mi ne moremo zapisati v odločitev o oddaji javnega naročila. V čem ne ustreza?, Zakaj ne ustreza?, Kje se je pokazala šibka točka?, Kaj je tisto, da lahko suvereno zapišemo, da ta artikel ni dopusten, ker ne ustreza v tem delu tehničnih zahtev.«* (Intervjuvanec 2). Poleg tega v večini primerov ni določenih natančnih kazalnikov kakovosti (npr. trpežnost, vpliv na kožo, ergonomija uporabe), temveč gre za subjektivne vtise uporabnikov, ki jih ni mogoče neodvisno preveriti ali primerjati. Tako pravi tudi I8: *»Tudi testiranje ni vedno optimalno, kot bi moglo biti, ko se testirajo plenice od 10 različnih proizvajalcev in ti nekdo napiše da se za 9/10 plenic pojavljajo grudice. To je blazno težko zagovarjati s strani nabavne službe.«* (Intervjuvanec 8). V takšnem okolju lahko prihaja tudi

do pristranskosti, saj nekateri uporabniki preferirajo pripomočke, ki jih poznajo ali so jih vajeni.

Testiranje vzorcev tako sicer predstavlja enega redkih načinov vključevanja praktične presoje kakovosti. I1 pravi, da: *»Tak sistem bi bil izvedljiv pod pogojem, da bi to testiranje in razmišljanje, kaj bi testirali, naredil tisti, ki pripravijo specifikacije. Če bi pri pripravi sodelovalo medicinsko osebje in bi se tega želeli lotiti, bi to lahko testirali in ne bi bilo težav; dobili bi vsaj po testih, ki bi jih naredili, boljšo kakovost.«* (Intervjuvanec 1). Vendar brez ustrezne metodološke podpore, testiranje ne more nadomestiti systemske vključitve meril kakovosti v postopke javnega naročanja. Prav tako ne omogoča primerljivosti med dobavitelji, ne zmanjšuje tveganja manipulacij in ne zagotavlja dolgoročne kakovosti za vse paciente. Sistematična standardizacija testiranj in oblikovanje neodvisnih strokovnih ocen bi lahko ta mehanizem izboljšali in ga vključili kot podporni element vrednostno usmerjenemu naročanju.

4.2.7 Digitalizacija in administrativne ovire

Eden ključnih razlogov za neučinkovitost in nepreglednost javnega naročanja medicinskih pripomočkov je pomanjkljiva digitalizacija ter izrazita administrativna obremenjenost naročnikov. Številni intervjuji kažejo, da so postopki v praksi še vedno pretežno ročni, nepovezani in informacijsko slabo podprti. Tako I7 na primer izpostavlja: *»Želeli bi si bolj digitalnih postopkov. Kakšno leto, dve nazaj smo dokumentacijo o artiklih pošiljali fizično naročnikom. Prijavo in predračun v Excelu si oddal digitalno preko portala, dokumentacijo pa si večinoma pošiljal fizično, s žigom in datumom, da je bilo oddano pravočasno«* (Intervjuvanec 7). Tudi I3 je mnenja, da: *»Želeli bi si precej bolj hitro, enostavno, digitalizirano, specializirano, a hkrati univerzalno javno naročanje.«* (Intervjuvanec 3).

Nabavne službe se pogosto zanašajo na lastne Excel tabele, e-maile, Word dokumente in druge polstrukturirane oblike spremljanja postopkov, kar povečuje možnost napak, izgube podatkov in neskladnosti. I8 pove, da je: *»Problem je tudi digitalizacija. Mi imamo program za naročanje in izdajo, ki nas ne opozarjajo da smo blizu 40.000€ porabljenih sredstev in je treba ročno vnašati pogodbe in preverjati. Ti programi niso narejeni tako, da bi v programu izvedel javno naročilo in da bi v vzadju to preverjali. Zelo veliko je ročnega dela. Digitalizacija na tem delu javnega naročanja nam manjka.«* (Intervjuvanec 8). Informacijski sistemi, kjer obstajajo, niso povezani med sabo – na primer evidence o uporabi, reklamacijah, dobavah in pogodbah so razpršeni po različnih oddelkih. Manjkajo enotni moduli, ki bi omogočili analitiko in sledenje skozi celoten življenjski cikel pripomočka in javnega naročila.

Tudi priprava razpisne dokumentacije je zamudna in administrativno zahtevna. I2 izpostavlja, da bi: *»Malo bolj bi poenostavila obrazce na portalu eJN, zlasti če imamo veliko sklopov. To bi bilo nujno potrebno. Če imamo razpis, ki ima 42 sklopov, je za vsak sklop treba na eJN obrazcu napisati vse podatke. Za vsak sklop je treba čisto vse izpolnit isto.«*

Tega je ogromno, ne da se kopirat na vse sklope. Veliko je pisanja istih podatkov.» (Intervjuvanec 2). Pogosto se uporablja stara, neosvežena razpisna dokumentacija, kjer se iz leta v leto zgolj prekopira že uporabljena vsebina. To pomeni, da se napake prenašajo, potrebe se ne posodablajo, kakovost pa ostaja sekundarnega pomena.

Sogovorniki so poudarili tudi problem preobremenjenosti z obrazci, soglasji, postopkovnimi zahtevami in revizijami. Zaradi strahu pred napako se naročniki pogosto izognejo inovativnim postopkom, ne poskušajo vključiti dodatnih meril in ne eksperimentirajo z vrednostno usmerjenimi modeli. Namesto tega raje sledijo ustaljenim, minimalno tveganim pristopom, kar vodi v stagnacijo.

Digitalizacija bi lahko razbremenila naročnike, povečala preglednost, zmanjšala možnost manipulacij in omogočila dolgoročno spremljanje kakovosti. I4 pravi, da: *»Tukaj pa rabijo predvsem digitalno podporo. V smislu merjenja, spremljanja in da lahko vidiš kaj vse je imel en pacient, katere pripomočke, kdaj je šel na delo, kdaj je bil odpuščen iz bolnišnice, ali je bila kakšna okužba. Torej celostno spremljanje, da se ve kaj se dejansko meri«* (Intervjuvanec 4). Vendar pa zaenkrat ostaja predvsem neizkoriščena priložnost.

4.2.8 Slaba izraba skupnih javnih naročil

Čeprav zakonodaja omogoča skupna javna naročila, je njihova uporaba v praksi redka in pogosto neuspešna. V Sloveniji obstaja 26 javnih zavodov s področja zdravstva, ki pogosto nabavljajo enake ali podobne materiale in večinoma to počnejo posamično, vsaka zase. I2 pravi, da: *»Skupna javna naročila imamo za artikle, kjer je samo en artikel npr. električna energija, za Covid teste, plin, pisarniški material, ...«* (Intervjuvanec 2). S tem se izgublja ključna prednost ekonomije obsega, zmanjšuje pogajalska moč naročnikov in povečuje administrativno breme. I8 izpostavlja, da: *»Skupna javna naročila je izvajal Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, jih pa več ne. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije se ne loteva več teh skupnih javnih naročil, ker so potem tisti dobavitelji, ki niso dobili tega naročila, probali na vsak možen način pritisniti nekje drugje«* (Intervjuvanec 8).

Intervjuvanci so poudarili, da so pretekli poskusi skupnega naročanja (npr. prek Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije) pogosto propadli zaradi neusklajenih interesov med ustanovami, to pravi tudi I5: *»Pritožbe glede kvalitete izbranih artiklov pa so lahko potem s strani uporabnikov, v smislu, da to, kar je bilo izbrano, ni ustrezne kvalitete. Na primer, uporabnikom v šestih zavodih je nek material ustrezen, v enem pa ne. Tukaj se nam potem postavlja vprašanje, komu boš sedaj verjel, da je material v redu ali da ni. Šestim ali enem?«* (Intervjuvanec 5). Problem skupnega javnega naročanja so poleg prej navedenega tudi različne tehnične zahteve in logistične omejitve. Pogost problem so tudi različne navade stroke – en oddelek je navajen določenega pripomočka in ga ne želi zamenjati, tudi če je drugi cenejši ali bolj kakovosten. To izpostavlja predvsem I1: *»Navajeni so delati z neko opremo, materialom ..., saj uporabljajo dalj časa. Zato je razumljivo, da hočejo točno določene aparate, pripomočke ... Lahko se zgodi, da z nečim, kar kupimo/naročimo, niso*

navajeni delati; pri uporabi bi lahko imeli tudi resne težave, ker so navajeni na točno določeno opremo in mi pa smo jim kupili nekaj drugega.» (Intervjuvanec 1).

Dodaten izziv predstavlja razdrobljenost odgovornosti. Noben organ nima pooblastila, da bi koordiniral skupna naročila na sistemski ravni. Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in posamezne bolnišnice pogosto delujejo ločeno, brez skupne strategije. I4 ugotavlja, da: *»Več bi bilo treba spodbude s strani Ministrstva za zdravje in Ministrstva, ki je pristojno za javno naročanje in spodbude za nove prakse. V Franciji na primer so dali pobudo prenovitve javnega naročanja v zdravstvu, namenili so ogromno denarja, da se dejansko izobrazijo kader in da gredo istočasno v projekte VBP, kjer so se na Ministrstvu za zdravje vzpostavile določene projektne skupine ki skupaj z bolnišnicami izvajajo javna naročila. Pobuda mora priti od zgoraj.«* (Intervjuvanec 4). I9 ugotavlja, da se: *»Trenutno se vsak izvajalec ukvarja z nabavo enakega materiala, kar ni smiselno. Tukaj bi bilo potrebno preučiti, kakšni so učinki skupnih javnih naročil v drugih sektorjih (npr. računalniki, papir,...) in potem, če je smiselno, to preslikati tudi na zdravstveni sektor.«* (Intervjuvanec 9). Poleg tega primanjkuje strokovnih ekip, ki bi bile zadolžene za pripravo, izvajanje in evalvacijo skupnih naročil. Do takšnega zaključka je prišel tudi I5: *»Predvsem pa bi potrebovali več izkušenih, usposobljenih ljudi za to delo. Vsako javno naročilo je svoja »bitka«, naročniki se trudimo, da ne omejujemo nikogar od ponudnikov.«* (Intervjuvanec 5).

Za primer skupne nabave iz tujine, I1 pove, da: *»smo poskusili z bolnišnico v Gradcu; smo se zmenili, da bomo skupaj nabavili neke pripomočke, pomeni da bi oni v njihovih količinah dodali zraven še naše. Pri njih so bile cene skoraj za tretjino nižje kot pri nas. Bolnica je to potrdila, dogovarjali smo se za skupno nabavo, kar nam omogoča tudi evropska direktiva - skupno preko mejno naročilo. Njihova bolnica nima svojega oddelka za nabavo/javna naročila, za njih to dela regionalna entiteta, ki ima pod okriljem več bolnišnic skupaj in za njih izvaja javna naročila in naroča material. Ko so oni videli povečane količine, so tako naročilo zaustavili in prepovedali graški bolnišnici skupno naročanje.«* (Intervjuvanec 1). V Sloveniji pa prevladuje lokalna logika, kjer vsaka ustanova optimizira zase, s čimer se izgubi sistemska učinkovitost. Brez sprememb v organizacijski kulturi, zakonodajnih spodbudah in strokovni podpori bo ta potencial še naprej ostal neizkoriščen. Do tega je še posebno kritičen I6: *»Govorimo o širšem družbenem primeru in ne o zgolj zdravstvenem problemu. Zdravstvo pa je eno od najlepših orodij za črpanje denarja na neupravičen način.«* (Intervjuvanec 6), *»Obstajajo akterji na trgu, ki znajo vzpostaviti to premoženjsko črpalko in obvladajo sistem javnega naročanja in obvladajo mehanizme, ki ni nujno da so sami po sebi kazniva dejanja. Najboljše orodje proti temu je boj proti ignoranci. Ignoranca je povezana s pomanjkanjem znanja, zavedanja, ozaveščenosti in tudi na najširšem aspektu gre za opolnomočenje ljudi.«* (Intervjuvanec 6).

4.2.9 Korupcija in netransparentnost

Ena izmed najresnejših in najbolj občutljivih tem, ki so jih intervjuvanci izpostavili, je prisotnost netransparentnih praks, sistemskih pomanjkljivosti in celo možnosti koruptivnih dejanj v postopkih javnega naročanja medicinskih pripomočkov. Čeprav je o tem težko govoriti neposredno, se v številnih izjavah nakazuje globoko nezaupanje v integriteto sistema. Primeri, kot so preplačila žilnih opornic, katere izpostavi I6: *»Poznam tudi primer afere v zvezi z nakupom žilnih opornic - stentov, lotili so se naloge dokazovanja koliko preplačujemo žilne opornice, ta projekt je z vsemi svojimi odmevi pokazal ne samo kako veliki so monopoli, vendar tudi kakšna so (pre)plačila za material. Šlo je za 5x preplačilo. Pokazalo se je tudi kako močni so sistemi, ki se borijo, da zaščitijo ta interes.«* (Intervjuvanec 6). Nezaupanje se pojavlja tudi zaradi skritih partnerstev med proizvajalci in posameznimi zdravniki, uporabe slabših materialov z doplačili pacientov za boljše materiale. I10 pove, da: *»smo prejeli pritožbe pacientov, ker so ob operaciji določeni izvajalci zahtevali doplačilo s strani pacienta. Npr. pri operaciji kile, vstavijo tako mrežico, ki drži organe na svojem mestu in določena zdravstvena ustanova je trdila, da bodo pri pacientu XY dali kvalitetnejši material in so zato zahtevali od njega dodatno plačilo.«* (Intervjuvanec 10). Problematiko selektivnega vabljenja določenih ponudnikov ter s tem sistemsko ranljivost, zaznava tudi I11: *»Take anomalije, kjer se dejansko vidi, da naročnik preferira določenega ponudnika in ne odstopa od svojih zahtev oz. ne dovoli minimalnega odstopanja.«* (Intervjuvanec 11). Ključna težava je, da mehanizmi nadzora ne delujejo učinkovito.

Sogovorniki opozarjajo tudi na prisotnost »premoženjskih črpalk«, kjer javna naročila postanejo kanal za sistematično usmerjanje javnega denarja v roke določenih akterjev, I6 pojasni: *»In premoženjske črpalke so v državah izrazito zahodnega sveta, načini kako pridobiti denar skozi javna naročila, je načini kako si zagotoviti stalen vir prihodkov.«* (Intervjuvanec 6). V takem okolju so žvižgači pogosto tarča pritiskov, razkritja pa redko privedejo do sistemskih sprememb. I6: *»Pokazalo se je tudi kako močni so sistemi, ki se borijo, da zaščitijo ta interes. Ta interes je zaščiten z vsemi možnimi sredstvi. Vpleteni v razkritje so bili deležni šikaniranja, mobinga in si ne morejo več privoščiti delati v Sloveniji z vidika varnosti. Vpleteni zdravniki so bili deležni izgube projektov, ki so sofinancirani s strani države - ARIS-a.«* (Intervjuvanec 6). Ko je neko ravnanje že dlje časa prisotno in »normalizirano«, izgine občutek krivde in zavedanja o posledicah. Vse to ima za posledico izgubo zaupanja med deležniki – med zdravstvenimi delavci, upravami, pacienti in dobavitelji. Odsotnost preglednega sistema in neodvisnega nadzora omogoča obstoj tihega soglasja k statusu quo. Brez aktivnega pristopa države, vključno z vzpostavitvijo neodvisnega nadzornega telesa, okrepljenimi revizijskimi mehanizmi in transparentnostjo vseh pogodb, bo to področje ostalo eno najbolj ranljivih v slovenskem zdravstvu. I10 je mnenja, da: *»Poleg tega, da imamo zakonodajni okvir, ki je jasen, čvrst, pregleden, moramo imeti še dober in pošten management, ki izvaja ta javna naročila. Moramo imeti nadzor nad tem. Če imamo vse to, potem je učinek večji, če pa smo na kakšnem področju bolj površni, je pa zadeva lahko tudi slaba, daje slabe rezultate.«* (Intervjuvanec 10).

4.2.10 Zgledi iz tujine

Številni intervjuvanci so v svojih odgovorih poudarili primere dobre prakse iz tujine, ki bi jih lahko Slovenija uporabila kot smernice za reformo sistema javnega naročanja. Med najpogostejše omenjenimi so modeli VBP, ki so že uveljavljeni v nekaterih državah EU. Za dober sistem na Hrvaškem pove I4: *»Hrvaška je precej dobro naredila to z nacionalnimi javnimi naročili, kjer dejansko vsi glavni ponudniki na trgu, dajo svoje natančne specifikacije, na vsake 2 leti imajo tehnične konzultacije, kjer dodajo tudi vse nove produkte, opise, potem se pa vsaka bolnišnica sama odloči kaj od tega bo naročala, cena je enaka za vse in to je zelo enostaven način.«* (Intervjuvanec 4). I11 pozna primer iz Italije: *»primer iz Italije, ki se meni zdi super. Naši kolegi so oddali ponudbo za javno naročilo, bilo je v dveh delih, najprej tehnični del ponudb, ki je bil odprt, vrednost, sama cenovna ponudba pa je bila zapečaten. Komisija je najprej odločala o tehničnem delu, ali ponudba vključuje vse izdelke, ali so izdelki in celotna tehnična dokumentacija ustrezna vsem zahtevam..., in šele ko so izločili oziroma potrdili ponudnike in ko so stestirali izdelke, so v zadnjem koraku, odprli cenovno ponudbo.«* (Intervjuvanec 11). Sogovorniki so izpostavili tudi primere držav Beneluksa, I11 pove, da: *»Recimo v Nemčiji, Belgiji, na Nizozemskem pa zahtevajo v dokumentaciji klinične študije, kakšen je outcome za pacienta, kakšna je življenjska doba izdelka, predvsem kar zadeva implantate. To se mi zdi dobro. Dokumentacije se oddajajo v fasciklih in na drugi strani imaš naročnike, ki znajo to brati.«* (Intervjuvanec 11), I7 izpostavi primer Švedske: *»Oni imajo nek okvir za izdelek postavljen, potem pa moraš ti pasati notri, edino kjer si lahko boljši ali drugačen od konkurence, je pri standardih. Ampak standardi pa seveda so dobra stvar, več kot jih imaš, bolj kvaliteten izdelek imaš. Več kot imaš kljukic pri različnih standardih, več možnosti imaš.«* (Intervjuvanec 7).

VBP predstavlja pristop, pri katerem se odločanje o nabavi ne opira zgolj na ceno, temveč tudi na pričakovane klinične in sistemske izide – denimo zmanjšanje števila zapletov, krajšo hospitalizacijo, nižjo porabo dodatnega materiala ali izboljšanje pacientovega počutja. Za razliko od klasičnega modela, ki ocenjuje le vhodne podatke (lastnosti izdelka), VBP uvaja perspektivo celotnega življenjskega cikla izdelka in njegovega vpliva na oskrbo. Podoben pristop, ki temelji na sporazumih z bolnišnicami izpostavi I3: *»Poznava kar nekaj variant, ampak to so bolj Value based agreements kot pa Value based procurement. Pri VBP skozi javna naročila imajo bolj awarding criteria, kar pomeni, da tukaj dajo več poudarka, če imajo klinične študije, če imajo registre in potem so tukaj še ISO standardi, sustainability criteria..., lahko s tem ponderirajo.«* (Intervjuvanec 3).

Sogovorniki so kot učinkovite primere izpostavili tudi uporabo orodja MEAT (angl. Most Economically Advantageous Tender), kjer se upošteva več meril – cena, kakovost, čas dobave, podpora, trajnost izdelka itd. I11 opiše primer: *»Skandinavske države imajo predvsem ta MEAT orodje - ekonomsko najučinkovitejša ponudba. Ne izdelek, ne cena, ampak ponudba. Poleg cene in kakovosti igra vlogo tudi dobava, patient outcome, potem klinične študije, izobraževanje zaposlenih in donacije - koliko dobi potem bolnišnica nazaj za izobraževanje. Mi direktno denarja bolnišnicam ne moremo dajati, ampak potem preko*

izobraževanja damo.» (Intervjuvanec 11). V nekaterih državah izvajajo tudi tehnične dialoge pred objavo razpisa, kjer sodelujejo strokovnjaki, pacienti in dobavitelji, da se skupaj oblikuje razumen nabor meril.

Čeprav slovenska zakonodaja formalno omogoča uporabo teh orodij, se jih v praksi skoraj ne uporablja, zaradi strahu pred zapletenostjo, pritožbami ponudnikov ali preobremenjenosti kadra. I3 je mnenja, da: *»Ovire so predvsem časovne in kadrovske. Da obstajajo prav spodbujevalni mehanizmi, ki bi spodbujali kakovost, ne bi rekel. Vsak proizvajalec dela take izdelke kakršen pač dela. Eni gredo na visoko kakovostne izdelke pa imajo višjo ceno, drugi gredo pa na to, da bodo pokrili trg z nižje kakovostnimi izdelki in imajo tudi cene nižje.»* (Intervjuvanec 3). Intervjuvanci so poudarili, da bi bilo za uspešno implementacijo VBP potrebnih več usposabljanj, pilotnih projektov, ter predvsem politične volje, pravi I10: *»Jaz mislim, da so tukaj tudi bolj sistemska, nerešena vprašanja. Medicinskih pripomočkov je ogromno in na nek način je to manj urejeno področje, kot je recimo področje zdravlil.»* (Intervjuvanec 10) in podpore vodstev zdravstvenih ustanov. Podobno meni I3: *»Ampak mislim, da bi tudi oni kot naročniki potrebovali več pomoči, več znanja na tem področju, mogoče tudi nadzor s strani nadzornih organov, pomoč pri izvajanju drugačnih bolj inovativnih javnih naročil, bolj usmerjenih na kakovost.»* (Intervjuvanec 3).

4.2.11 Klinična stroka kot ključni akter ali ovira

Klinična stroka ima v procesu javnega naročanja dvojno vlogo: po eni strani je njen prispevek k definiranju tehničnih specifikacij in presoji kakovosti ključnega pomena, po drugi strani pa je lahko tudi eden glavnih dejavnikov omejevanja konkurence in uveljavljanja že ustaljenih rešitev brez kritičnega pregleda.

Intervjuji kažejo, da mnogi zdravniki in druge zdravstvene stroke nimajo dovolj znanja o zakonodaji, postopkih javnega naročanja ali širših ekonomskih učinkih svojih zahtev, meni I2: *»Pri pripravi specifikacij oz. opisov smo odvisni od uporabnika (to so zdravnik in drugo medicinsko osebje). Ti niso seznanjeni z javno-naročniško zakonodajo in praksami, niso seznanjeni, da morajo biti specifikacije napisane tako, da bodo artikel lahko ponudili trije ponudniki.»* (Intervjuvanec 2). Njihovo odločanje je pogosto intuitivno, temelji na navadah ali izkušnjah s posameznimi dobavitelji. I10 izpostavlja: *»to se je dogajalo v preteklosti. Potem so ti zdravniki zelo navdušeni nad temi pripomočki. Lahko pridemo celo do korupcije, ker so pač nekateri zdravniki povezani z določenimi dobavitelji, ker dobijo pač določene koristi, ni nujno, da vedno oni.»* in *»ampak če zaradi tega potem zdravniki predpisujejo zdravila tistega dobavitelja, je pa to nekorektno. Pri medicinskih pripomočkih je situacija ista.»* (Intervjuvanec 10). To vodi do oblikovanja zahtev, ki so v praksi pisane na kožo enemu samemu proizvajalcu. Po besedah I7 je: *»Dejstvo je tudi, če gledam s perspektive medicinske sestre oz. diplomiranega zdravstvenika, ki je moja prva izobrazba, jaz nisem imel pojma kaj je javno naročilo, kaj je zakonodaja, ki stoji za javnimi naročili, ker ti tega ne veš,*

tega ti noben ne pove, ti dobiš nek izdelek na test in ga pač potestiramo, v resnici ne veš kaj se zares dogaja.» (Intervjuvanec 7).

Včasih pa se zgodi tudi nasprotno: da stroka zahteva popoln nadzor nad postopkom, kar vodi v netransparentne prakse, izključevanje alternativ in upad interesa za vključevanje drugih deležnikov. Do takšnih ugotovitev prihaja I5: *»V zdravstvu je velikokrat tako, da določeni uporabniki potrebujejo za svoje delo točno določeno kakovost posameznega materiala, materiali morajo ustrezati vsem zahtevam, ki so določene s strani stroke (uporabnikov), zato je povsem logično, da se zahtevana kakovost in lastnosti opredelijo v tehničnih specifikacijah (saj je nujno, da ponujeni artikli to izpolnjujejo) in ne v okviru dodatnega merila Kakovost.«* in *»Potrebe po posameznih medicinskih pripomočkih pridejo s strani stroke, ki imajo velikokrat različne poglede, v nekaterih primerih je izražena potreba po izključno enem in edinem materialu enega, točno določenega ponudnika. Takšne zahteve je potrebno še posebej preveriti, (ali je res tako, da tem in tem potrebam ustreza zgolj en in edini artikel,... in da ostali primerljivi artikli niso sprejemljivi)... saj je temeljno vodilo, da je postopek javnega naročanja izpeljan skladno z zakonodajo.«* (Intervjuvanec 5).

Za učinkovito vključevanje stroke je nujno zagotoviti ustrezna izobraževanja, metodološka orodja in podporo pri pripravi razpisov. Stroka mora postati strokovni korektiv, ne pa edini oblikovalec razpisa, I7 pravi: *»Slovenija bi morala vnesti v svoj sistem vidike kakovosti, stroškovno učinkovitost in dejansko sodelovanje s stroko. Pomembno je vključevanje klinične stroke v pripravo razpisov in enotna merila, ne pa, da dela vsak nekaj po svoje. Enotna merila je mišljeno kot splošno za celo državo.«* (Intervjuvanec 7). Le tako bo mogoče zagotoviti, da bodo tehnične zahteve utemeljene, uravnotežene in skladne z načeli odprte konkurence, kakovosti in varnosti. I7: *»Mislim, da bi večjo težo moralo nositi vključevanje klinične stroke, testiranje izdelkov in materiala. Mislim, da je treba dati možnost 10 različnim ponudnikom in ne samo 3 in naj ti pošljejo vso možno dokumentacijo in klinične študije in potem zberi te tri izmed 10, brez da veš vnaprej kakšne so cene in potem da testirajo izdelke. Ne pa, da že v štartu zakleneš javno naročilo z nekimi pogoji.«* (Intervjuvanec 7).

4.2.12 Praktične omejitve uvedbe modela VBP

Čeprav so številni sogovorniki podprli idejo vrednostno osnovanega naročanja, so bili hkrati zelo realistični glede konkretnih ovir, ki v praksi onemogočajo njegovo uvedbo. I5 izpostavlja: *»Ovire so zagotovo pomanjkanje oz. dodatna obremenitev kadra. Za vsak predmet javnega naročanja bi morali merila oblikovati drugače, za njimi stati in znati argumentirati, zakaj je bilo posamezno merilo oblikovano tako kot je bilo. Strokovne komisije, ki sodelujejo pri posameznem postopku javnega naročanja sicer pregledajo artikle z vidika ustreznosti in izpolnjevanja zahtev glede kakovosti. Težje pa jih je vpeti v oblikovanje meril.«* (Intervjuvanec 5). VBP zahteva bistveno višjo raven znanja, organizacije, sodelovanja med deležniki in predvsem merljivih podatkov o izidih. V trenutnem sistemu pa ni vzpostavljenega ne institucionalnega, ne digitalnega okvirja za

tovrstno prakso. I5: *»Veliko izboljšav bi bilo mogoče ob enaki zakonodaji, če bi imeli več usposobljenega kadra in na splošno več zaposlenih, ki bi se ukvarjali z javnim naročanjem.«* (Intervjuvanec 5).

Ena glavnih omejitev je pomanjkanje kazalnikov kliničnih izidov, ki bi omogočili objektivno primerjavo med pripomočki različnih ponudnikov. I4 izpostavi, da: *»na Danskem imajo to zelo dobro urejeno, tam so določeni ljudje, ki delajo v javnih naročilih, so specializirani za npr. ortopedske pripomočke, za pljučne operacije..., in oni sodelujejo s zdravniki, da vidijo kaj je njim potrebno, s kakšnim produktom bi oni lahko izboljšali stanje in izide zdravljenja. Oni analizirajo celoten trg in točno vedo kakšne kriterije postavljati. S tem tudi pišejo VBP kriterije, ključne kazalnike kakovost. Manjka nam ta specializacija, veliko bi pomenila specializacija.«* (Intervjuvanec 4). Še več, pogosto ni niti osnovne povratne informacije o tem, kako se izbrani pripomočki obnesejo v klinični praksi. V večini bolnišnic se ne beleži, ali pride do zapletov, reklamacij, dodatne porabe ali izboljšanih rezultatov. VBP pa temelji prav na teh podatkih. I3: *»VBA so pa v bistvu sklenjene z bolnišnicami, ki ne delajo javnih naročil, ampak se postavi določene KPI-je. Na primer, mi ponujamo elektrofiziologijo /.../. To so produkti, kje imamo mi določene klinične študije, kjer trdimo, da je učinkovitost tega posega npr. 82% in potem se z bolnišnico sklene pogodba - VBA, kjer piše, da če mi res zagotavljamo, da bo z našim produktom/posegom v 82% učinkovito, da bo res srčna aritmija znotraj enega leta prenehala in da se ne bo pojavila. Če bo slabše od 82% mi krijemo stroške teh dodatnih katetrov, če bo izboljšanje, da bo boljše kot smo mi napisali, je to dobrobit bolnišnice in bo bolnišnica na nek način »prišparala«. Na podlagi tega mi določimo kriterije, da bomo nekaj izboljšali, če ne izboljšamo, kot trdimo pri kliničnih študijah, bomo mi plačali en del svoje odgovornosti, da nismo prodali tako kakovostnih izdelkov. Tega v Sloveniji ni, se ne prakticira. /.../ To so primeri večinoma, kjer sklenemo VBA s tistimi bolnišnicami, ki ne izvajajo javnih naročil, ker vse kar je preko javnega naročanja, je to zelo težko, oz. bi morali res imeti ekipo v bolnišnici, ki bi delala samo na tem, ki bi preverjala te ključne KPI-je, sledila rezultatom, delala follow-up. Tako pa noben nima časa, da bi se ukvarjal s tem. Nimamo follow-upov, nimamo merilcev kakovosti.«* (Intervjuvanec 3). Poleg tega ni pravnega okvira, ki bi omogočil vezavo pogodbe na rezultate — npr. znižanje plačila, če se ne doseže določen klinični učinek. Pogodbe v Sloveniji so še vedno klasične, formalistične in ne omogočajo vključevanja fleksibilnih elementov, ki bi bili značilni za VBP.

Zato večina sogovornikov meni, da je VBP sicer dolgoročno nujna smer, a trenutno nerealistična brez resnih sistemskih sprememb — usposabljanja kadra, priprave digitalne infrastrukture, pilotnih projektov in sprememb zakonodaje.

4.2.13 Zakon omogoča, praksa preprečuje

Zadnja tema predstavlja nekakšen povzetek in istočasno ključno protislovje, ki se vztrajno pojavljajo skozi vse intervjuje: zakonodaja v Sloveniji formalno omogoča kakovostno in

vrednostno usmerjeno javno naročanje, vendar je praksa v večini primerov ravno nasprotna. Lahko bi mu rekli kar "slovenski paradoks". To je izpostavilo več intervjuvancev; I3: *»Zakonodaja načeloma kar dopušča vse ta stvari, da se izvajajo. Misli pa, da se v praksi tega ne koristi toliko kot bi se lahko. Praksa je zakoreninjena, praksa je takšna kot je. Zakonodaja sama po sebi dopušča, da se poišče ekonomsko najugodnejšo ponudbo in nikjer tudi ne piše, da se ne bi smelo notri dati kriterijev npr. 70% na kakovost in manj/ostalo na ceno. V bistvu imajo naročniki vse možnosti izkoristiti to .../«* (Intervjuvanec 3), I5: *»V praksi je razkorak med tem, kaj vse bi se lahko izvajalo (v okviru tega, kar določa in dopušča zakonodaja), in kaj se dejansko izvaja.«* (Intervjuvanec 5).

Zakon o javnem naročanju omogoča uporabo meril kakovosti, vključitev dodatnih meril (trajnost, garancije, podpora, izidi), uporabo tehničnih dialogov, celo dinamičnih nabavnih sistemov in vrednostnih metod ocenjevanja. A večina naročnikov se še vedno odloča za najnižjo ceno, osnovne tehnične zahteve in klasične pogodbe. Razlogi za to so številni: preobremenjenost kadra, pomanjkanje znanja, strah pred revizijami, nejasna priporočila, odsotnost podpore in predvsem — ujetost v rutino. I5: *»Praksa je takšna kakršna je, v veliki meri tudi zaradi tega, ker ni določenih enotnih standardov.«* (Intervjuvanec 5). Po besedah I11: *»Tak sistem javnega naročanja (MEAT orodje) bi bil super, ampak mislim, da pri nas nimamo niti znanja, niti resursov, da bi to lahko izvajali. Poskušali smo, organizirali smo tudi delavnice, kjer so razlagali MEAT orodje in so jih tudi učili kako narediti javno naročilo na osnovi MEAT orodja. Ampak ministrstvo ni skomuniciralo naprej oz. po tem so se zaprli, ker njihovo mnenje je, da industrija želi na njih vplivati, lobirati, koruptivno delovati..., ni prišlo do nadaljnjih korakov. Poskušali smo tudi s posameznimi bolnišnicami, ampak tudi tam ni šlo, ker nimajo resursov, nimajo znanja.«* (Intervjuvanec 11).

Sogovorniki so večkrat poudarili, da sistem ne izkorišča že obstoječih možnosti. Nekatere ustanove so poskusile uporabiti kompleksnejše postopke, vendar so naleteli na številne birokratske ovire ali odpor stroke. Pogosto se tako pojavlja miselnost, da »se ne da«, čeprav bi se v pravnem okviru dalo — samo s pogumom, znanjem in podporo. I4: *»Imajo torej vse možnosti, praksa pa je drugačna. Ni znanja, časa in poguma. Poleg tega so tu še kadrovske težave. Bolnišnice imajo več možnosti/načinov, lahko gredo na ocenjevanje kriterijev, da na podlagi določenih procentov določenih izdelkov, ocenjujejo nek izdelek. Imajo več možnosti načinov kako priti do zelenega izdelka tudi če je samo en ponudnik ali dva. Ampak dejansko bi bilo potrebno imeti neko projektno ekipo, veliko časa in iti v tak razpis, da pogledamo in resnično se preuči kateri so tisti kriteriji, ki jih bodo ocenjevali.«* (Intervjuvanec 4).

Ta paradoks razkriva globlji problem: ne gre le za pomanjkljiv pravni okvir, temveč za kulturni, organizacijski in strokovni kontekst, ki preprečuje izvajanje zakonitih možnosti. I6: *»Trdim pa, da zakonodaja ni dovolj, ampak je potrebno vpeljati nove prakse. Te vodijo v spremembo kulture, to pa je proces, ki traja vsaj 5 let, raje 10-15 let. Želimo iti v smeri zdravstva, ki bo temeljilo na kakovosti. To seveda vključuje tudi nabavo kakovostne medicinske opreme,«* (Intervjuvanec 6). Če želimo premik, je ključno ne le spremeniti zakone, temveč ustvariti pogoje, kjer bodo obstoječe možnosti postale živa praksa.

4.3 Pregled ključnih ugotovitev po skupnih tematikah in deležnikih.

Za zaključek poglavja je predstavljena pregledna tabela 3, ki povzema ključne ugotovitve na podlagi izvedene kvalitativne analize intervjujev z različnimi deležniki. Vključuje kratek povzetek ugotovitev, širši pomen oziroma posledice posameznih tematik ter prikaz, kateri deležniki so posamezne tematike posebej izpostavili. Tabela omogoča hitro orientacijo po vsebinskih poudarkih raziskave, obenem pa vizualno ponazori raznolikost stališč med deležniškimi skupinami.

Ugotovitve, predstavljene v tabeli, služijo kot podlaga za diskusijo, v kateri bodo rezultati empirične analize povezani z izhodišči iz poglavij o javnem naročanju in konceptu VBP. V nadaljevanju interpretiram posledice ugotovitev v praksi ter oblikujem smernice za prenovo postopkov in sistema.

Tabela 3: Pregled ključnih ugotovitev po tematskih sklopih in deležnikih

Številka tematike	Tematika	Ključne ugotovitve	Posledice	Deležnik
1	Prilagajanje javnih naročil določenim ponudnikom in njihov vpliv	- Javna naročila so pogosto pisana na enega ponudnika - Vpliv stroke in dobaviteljev - Ponudniki aktivno oblikujejo razpisne pogoje	- Zmanjšana konkurenca - Višje cene - Netransparentnost	I1, I2, I3, I7, I8, I11
2	Pomanjkanje standardizacije in nacionalnega registra medicinskih pripomočkov	- Nepreglednost zaradi različnih poimenovanj in šifriranj istih medicinskih pripomočkov	- Slaba primerljivost - Oteženo skupno javno naročanje	I8, I9
3	Omejeno vključevanje meril kakovosti	- Merila kakovosti so redko uporabljena - Strah pred revizijskimi zahtevki in pritiski ponudnikov	- Nižja kakovost izdelkov - Cenovno usmerjeno kupovanje	I3, I4, I5, I2, I9, I6
4	Pomanjkanje znanja, kadra in podpore	- Kadrovska podhranjenost - Birokracija - Pomanjkanje usposabljanj in izobraževanj	- Površni postopki - Tveganje za napake - Preobremenjenost ljudi	I6, I2, I3, I4, I5, I7, I8

5	Prevelika osredotočenost na ceno pred dolgoročno vrednostjo	- Najnižja cena je ključno merilo - Posledično pride do vnosa manj kakovostnega materiala v sistem	- Slabši izidi - Dolgoročno višji stroški - Več zapletov	I6, I11, I3, I4, I7, I9
6	Testiranje kot nadomestilo za merila kakovosti	- Neposredno testiranje je pogosto subjektivno in neformalno	- Ni možna primerljivost med izdelki	I2, I8, I1
7	Digitalizacija sistema in administrativne ovire	- Sistemi so ročni, zastareli, nepovezani, neučinkoviti	- Preobremenjenost - Možnost napak	I7, I3, I4, I8, I2
8	Slaba izraba skupnih javnih naročil	- Nizka uspešnost skupnih javnih naročil - Različne potrebe bolnišnic	- Izgubljene priložnosti za količniske prihranke - Podvojeno delo	I2, I8, I5, I1, I3, I4, I9, I6
9	Korupcija in netransparentno delovanje	- Prisotnost neformalnih praks - Pomanjkanje nadzora	- Izguba zaupanja - Tveganje za zlorabe	I6, I10, I11
10	Zgledi iz tujine	- Primeri Hrvaške, Skandinavije, Italije, držav Beneluksa	- Možna smer za reformo	I3, I4, I11, I7, I10
11	Klinična stroka kot akter ali ovira	- Klinična stroka pogosto ne razume sistema javnih naročil	- Neutemeljene tehnične zahteve - Omejevanje trga	I2, I10, I7, I5
12	Praktične omejitve uvedbe VBP	- Ni infrastrukture, kazalnikov, kadra	- Težka izvedljivost brez sistemskih sprememb	I5, I3, I4
13	Zakon omogoča, praksa preprečuje	- Sistem dopušča vključevanje meril kakovosti, v praksi se ne uporabljajo	- Potreba po kulturi sprememb	I3, I4, I5, I11, I6

Vir: lastno delo

5 DISKUSIJA

V tem poglavju sintezno povežem spoznanja iz pregleda literature in pravnega okvira z empiričnimi ugotovitvami poglavja 4, da odgovorim na obe raziskovalni vprašanji:

- Katere so ključne pomanjkljivosti obstoječega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov?
- Kako bi lahko izboljšali sistem javnega naročanja, da bi bil le-ta bolj osredotočen na kakovost?

Pri tem analiziram in ocenjujem pomembnost ugotovitev, opozarjam na omejitve raziskave ter oblikujem izvedljive usmeritve za prenovo prakse, skladne s ZJN-3 in modelom VBP.

Empirični del razkrije konsistenten vzorec: čeprav zakon dovoljuje uporabo še drugih meril, ki presegajo zgolj ceno, praksa ostaja močno cenovno determinirana. To ustvarja vrsto strukturnih učinkov: oblikovanje razpisov »na enega ponudnika«, pogosto pod vplivom navad in preferenc klinične stroke, nezadostno in neenotno opredeljevanje kakovosti v tehničnih zahtevah ter nadomestno, a metodološko šibko »testiranje materiala« brez standardiziranih meril in sledljivih zapisov. Posledica je nižja primerljivost, omejena konkurenca in tveganje za dolgoročno neučinkovitost ter slabše klinične izide.

K sistemskim vzrokom sodijo pomanjkanje kadra v nabavnih službah, odsotnost nacionalnega registra medicinskih pripomočkov in šibka digitalna podpora (razpršeni podatki, ročni postopki, administrativno breme). To otežuje uvedbo meril kakovosti, analitiko življenjskega cikla in skupna javna naročila. Dodatno so izpostavljeni vpliv in asimetrije na strani ponudnikov ter ranljivosti integritete (netransparentnost, pritiski), kar krni zaupanje vseh deležnikov v sistem.

S tem se potrdi »slovenski paradoks«: razni pravni okvirji (MEAT, tehnični dialogi, stroškovna analiza življenjskega cikla izdelka) obstajajo, a jih praksa zaradi tveganj, obremenitev in nejasnih metodoloških opor premalo uporablja. Rezultati tako niso v protislovju z literaturo o modelu VBP, temveč jo dopolnjujejo: brez podatkovne in institucionalne infrastrukture ter specializiranih kompetenc VBP ostaja cilj, ki temelji le na besedah in ne tudi na dejanjih.

5.1 Odgovori na raziskovalni vprašanji

V nadaljevanju sistematično odgovorim na obe raziskovalni vprašanji; najprej opredelim ključne pomanjkljivosti obstoječega sistema, nato predstavim poti preusmeritve k na vrednosti temelječemu javnem naročanju.

Raziskovalno vprašanje 1: *Katere so ključne pomanjkljivosti obstoječega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov?*

Analiza pokaže, da sedanji sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov deluje predvsem cenovno, ne pa kakovostno usmerjeno: čeprav normativni okvir dopušča vključitev različnih meril v merila za oddajo ponudb, praksa pogosto ostaja pri najnižji ceni. Merila kakovosti so redka, pogosto skrita v binarnih (»da/ne«) tehničnih specifikacijah in zato ne razlikujejo med povprečnimi in boljšimi rešitvami. To ni zgolj vprašanje pravnih možnosti, temveč predvsem zmogljivosti in postopkov: nabavne enote so kadrovske in metodološko podhranjene, nabavne ekipe so preobremenjene, usposabljanj je (pre)malo, prisoten je strah pred revizijami, zato se pogosto kopirajo pretekle razpisne dokumentacije in ohranja status quo. Digitalna podpora za spremljanje porabe, reklamacij in izidov je šibka, vloga klinične stroke je pogosto parcialna, vpliv dobaviteljev pa lahko presega meje transparentnega delovanja ter zmanjšuje nepristranskost postopkov. Ta cenovna determiniranost se krepi zaradi neobstoja enotnega nacionalnega registra in standardizacije opisov izdelkov in materialov, šifer ter referenčnih pragov kakovosti, kar otežuje primerljivost ponudb in premišljeno uporabo meril MEAT ter stroškov življenjskega cikla. Pomanjkanje standardizacije in enotne nomenklature, skupaj z odsotnostjo nacionalnega registra medicinskih pripomočkov otežuje primerljivost ponudb, s čimer se zmanjšuje pogajalska moč naročnikov in spodbuja defenzivno ravnanje (»najnižja cena« kot najgotovjša pot skozi revizijske postopke). Vse to se odvija v okolju, kjer na specifikacije vplivajo navade stroke in ponudniška moč. Testiranja vzorcev so pogosto ad hoc, pogosto potekajo brez vnaprej določenih protokolov in kazalnikov, zato v takem okolju ne morejo nadomestiti dobro definiranih meril kakovosti. Neizkoriščen potencial skupnih naročil dodatno fragmentira trg in pogloblja razpršenost standardov, poleg tega pa se izgublja ekonomija obsega.

Vse navedeno skupaj pojasnjuje ključne pomanjkljivosti: sistemsko cenovno usmerjenost, zgolj formalno ali omejeno vključevanje kakovosti, šibko podatkovno in institucionalno podporo ter tveganja netransparentnih postopkov.

Raziskovalno vprašanje 2: *Kako bi lahko izboljšali sistem javnega naročanja, da bi bil leta bolj osredotočen na kakovost?*

Iz ugotovitev izhaja večplastna, a izvedljiva pot, ki hkrati ureja podatke, pravila in kompetence. Prehod od cenovno usmerjenega k vrednostno usmerjenemu javnemu naročanju medicinskih pripomočkov zahteva, da kakovost postane tako vstopni prag (nedvoumne tehnične zahteve in skladnost) kot tudi ocenjevalno merilo (točkovanje nad pragom za zanesljivost, funkcionalnost, podporo, vzdrževanje, varnost, trajnost, uporabniško izkušnjo), pri čemer se cena obravnava v okviru stroškov življenjskega cikla. Temelj je »infrastruktura kakovosti«: vzpostavitev nacionalnega registra medicinskih pripomočkov z enotnimi šiframi, opisi in dokazili ter digitalizacija celotnega nabavnega toka, povezano z zajemom podatkov o uporabi in izidih. Na tej točki je smiselno uvesti jasne, po tipih medicinskih pripomočkov prilagojene smernice za merila kakovosti in uteži (MEAT), skupaj s standardiziranimi, ponovljivimi (reproducibilnimi) protokoli testiranja (objektivna merila, enotni obrazci, sledljiv zapis). Sočasno je treba profesionalizirati vloge: zagotoviti ciljno

usposabljanje nabavnih ekip in klinične stroke o raznih VBP modelih ter po potrebi vzpostaviti centralno strokovno podporo za kompleksna javna naročila. V sami praksi naročanja to pomeni dosledno izvajanje tehničnih dialogov, v katerih se specifikacije prevedejo v funkcionalne in klinično utemeljene zahteve, ter prehod na modularna merila, ki poleg cene sistematično ocenijo tudi funkcionalnost, vzdrževanje in servis, življenjsko dobo, podporo uporabnikom, dobavno zanesljivost in trajnost. Standardizacija omogoča širšo in učinkovitejšo rabo skupnih naročil, s čimer se hkrati krepi konkurenca in enoten kakovostni prag. Skupna javna naročila imajo v takem okviru večji domet, saj slonijo na primerljivih standardih in podatkih.

Prehod k vrednostno usmerjenemu javnemu naročanju je potrebno uvesti pragmatično. Najprej je treba vzpostaviti standarde in zbiranje podatkov, nato sistematično uvajati MEAT in VBP modele v prioritetnih skupinah ter zrele segmente postopno preizkusiti v pilotnih projektih z elementi VBP (npr. vezava dela plačila na dosežene kazalnike), kjer so izidi merljivi in pravno obvladljivi. Tako zasnovan prehod zmanjšuje revizijsko tveganje, krepi zaupanje deležnikov in omogoča, da cena postane eden od meril – ne pa nadomestek za kakovost, ki je končni vir vrednosti za pacienta in sistem.

5.2 Refleksija raziskovalnega pristopa in usmeritve za nadaljnje raziskovanje

Uporabljeni metodološki pristop, ki temelji na izvedbi globinskih, delno strukturiranih intervjujev z enajstimi predstavniki različnih deležnikov v sistemu javnega naročanja medicinskih pripomočkov, se je izkazal za ustreznega glede na naravo raziskovalnega vprašanja. Ena izmed ključnih prednosti tega pristopa je bila vključitev strokovno relevantnih sogovornikov, ki neposredno sodelujejo v obravnavanem sistemu in ga dobro poznajo tudi iz prakse. Njihovi pogledi so mi omogočili celostno razumevanje ključnih izzivov, potreb in morebitnih rešitev, kar bi s kvantitativnim pristopom težko dosegla. Nestrukturirana oblika intervjujev je sogovornikom omogočila več svobode pri izražanju, kar je pomagalo pri pridobivanju vsebinsko bogatih odgovorov. Kljub temu sem za zagotavljanje tematske usmerjenosti pogovorov uporabila vodila, ki so priložena med priloge magistrskega dela. Poleg tega mi je prilagodljivost intervjujev dopustila, da sem se sproti odzvala na pomembne vsebine, ki so se pojavile med pogovorom, ter jih dodatno raziskala. Takšen pristop mi je omogočil tudi identifikacijo skupnih tem, vzorcev ter razlik med posameznimi skupinami deležnikov, kar je pomembno prispevalo k oblikovanju uravnoteženih zaključkov in priporočil.

Kljub številnim prednostim pa je metodologija imela tudi določene omejitve. Ena ključnih slabosti je omejeno število intervjujev, kar pomeni, da ugotovitve niso nujno reprezentativne za celoten sistem ali vse potencialne deležnike. Poleg tega kvalitativna narava podatkov zahteva interpretacijo, kar lahko poveča tveganje za subjektivnost – tako na strani sogovornikov, ki izražajo osebna stališča, kot tudi pri meni, kot raziskovalki, ki podatke analizira. Rezultati so zato predvsem kontekstualni in jih ni mogoče neposredno splošiti,

temveč služijo kot usmeritve za nadaljnje raziskave in oblikovanje praktičnih rešitev. Dodatna omejitev je tudi odvisnost od pripravljenosti sogovornikov za sodelovanje in deljenje informacij. Čeprav so bili intervjuvanci skrbno izbrani in so večinoma izkazali pripravljenost za sodelovanje, se lahko nekateri pomembni vidiki teme kljub temu niso razkrili v celoti.

Za prihodnje raziskave bi bilo smiselno razširiti vzorec sogovornikov in vključiti še druge pomembne akterje, kot so predstavniki Ministrstva za zdravje, Komisije za preprečevanje korupcije in drugih pomembnih institucij, ki vplivajo na oblikovanje in nadzor sistema javnega naročanja. Prav tako bi bila koristna izvedba kvantitativne raziskave med širšim naborom zdravstvenih zavodov, s katero bi bilo mogoče preveriti, v kolikšni meri se ugotovitve v tem magistrskem delu odražajo tudi v drugih institucijah. Nadaljnje raziskave bi lahko podrobneje preučile tudi konkretne modele vrednostno usmerjenega javnega naročanja ter analizirale njihove učinke na stroške, kakovost in dostopnost zdravstvenih storitev.

6 SKLEP

V magistrskem delu sem kritično presodila obstoječi sistem javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev in ugotovila, zakaj kljub zakonskim možnostim vključevanja meril kakovosti praksa ostaja cenovno usmerjena. Izhajala sem iz dveh raziskovalnih vprašanj: katere so ključne pomanjkljivosti obstoječega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov in kako bi lahko sistem izboljšali, da bi postal bolj osredotočen na kakovost.

Rezultati teoretičnega pregleda zakonodaje in koncepta VBP ter empirične analize globinskih intervjujev z različnimi deležniki razkrivajo jasen vzorec. Čeprav ZJN-3 in evropske direktive dopuščajo uporabo dodatnih meril, ki presegajo najnižjo ceno, se javna naročila medicinskih pripomočkov v Sloveniji večinoma oddajajo izključno po cenovnem merilu. Merila kakovosti so redka, pogosto skrita v binarnih tehničnih specifikacijah, ki ne omogočajo razlikovanja med povprečnimi in nadpovprečnimi rešitvami. V praksi to pomeni, da sistem zasleduje kratkoročno gospodarnost, ne pa dolgoročne vrednosti za pacienta in zdravstveni sistem.

Empirični del magistrskega dela je pokazal, da so razlogi za to večplastni: pomanjkanje kadra in specializiranega znanja v nabavnih službah, odsotnost nacionalnega registra medicinskih pripomočkov in standardizirane nomenklature, pomanjkljiva digitalizacija ter strah pred revizijskimi postopki. Dodatno je prisoten močan vpliv klinične stroke in ponudnikov, ki lahko prek svojih zahtev ali neformalnih stikov vplivajo na vsebino javnih naročil, pogosto na način, ki omejuje konkurenco. Testiranje vzorcev kot nadomestilo za merila kakovosti se izvaja nesistematično in brez enotnih meril, kar zmanjšuje objektivnost ocenjevanja. Skupna javna naročila so redka in pogosto neuspešna, s čimer se izgublja

priložnost za ekonomijo obsega in enotne standarde kakovosti. Posebno občutljivo področje predstavljajo netransparentne prakse in primeri možnih koruptivnih dejanj, ki še dodatno erodirajo zaupanje deležnikov v sistem.

Analiza je tako potrdila splošno znano neskladje – zakon omogoča kakovostno in vrednostno usmerjeno javno naročanje, vendar se ga v praksi zaradi sistemskih, organizacijskih in kulturnih ovir le redko izkoristi. V tem pogledu se Slovenija bistveno oddaljuje od koncepta VBP, ki v ospredje postavlja merljive zdravstvene izide, zadovoljstvo pacientov in stroškovno učinkovitost skozi celoten življenjski cikel pripomočka.

Na podlagi ugotovitev oblikujem več priporočil. Ključni korak je vzpostavitev nacionalnega registra medicinskih pripomočkov z enotnimi opisi, kodami in dokazili o skladnosti, kar bi omogočilo primerljivost ponudb in olajšalo oblikovanje meril kakovosti. Potrebno je razviti nacionalne smernice za določanje in ponderiranje meril po načelu MEAT ter standardizirati protokole testiranja. Digitalizacija nabavnih postopkov mora omogočati celovito spremljanje porabe, reklamacij in kliničnih izidov. Izobraževanje nabavnih služb in usposabljanje klinične stroke o zakonodaji in konceptih VBP sta nujna pogoja za povečanje kakovosti medicinskih pripomočkov, ki se jih kupuje prek javnih naročil. Na organizacijski ravni je treba okrepiti koordinacijo skupnih javnih naročil ter zagotoviti institucionalno podporo in svetovanje pri kompleksnih nabavah.

Uvajanje elementov VBP v slovenski sistem je smiselno začeti postopno – z določitvijo prioritetnih skupin medicinskih pripomočkov, kjer so izidi merljivi in podatki dostopni, ter z izvedbo pilotnih projektov, ki bodo povezovali plačilo z dosežki po dogovorjenih kazalnikih. Tak pristop bo omogočil zbiranje izkušenj, zmanjšal tveganje neuspeha in okrepil zaupanje vseh deležnikov.

Magistrsko delo ima omejitve, povezane z velikostjo vzorca in kvalitativno naravo podatkov, vendar ponuja globlji vpogled v ključne izzive in priložnosti za reformo. Predstavlja izhodišče za nadaljnje raziskave ter predvsem za konkretne sistemske spremembe, ki bodo javno naročanje medicinskih pripomočkov v Sloveniji usmerile od cene k vrednosti – v korist pacientov, zdravstvenih izvajalcev in celotnega zdravstvenega sistema.

SEZNAM KLJUČNE LITERATURE

1. Bernik, J., Burgar, J., Cuzak, G., Došenovič Bonča, P., Drobnič, M., Droljc, A., . . . Simčič, B. (2022). Usmeritve za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije
2. Damberg, L. C., Sorbero, E. M., Lovejoy, L. S., Martsolf, G., Raaen, L., in Mandel, D. (2014). Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs. Rand Corporation
3. Definitive Healthcare. (2024). Value-Based Purchasing (VBP) Program. <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/value-based-purchasing-program>

4. Direktorat za javno naročanje. (2024). Statistično poročilo o javnih naročilih, oddanih v letu 2023. Ljubljana
5. Ferk, B. J. (28. avgust 2019). Ali imamo alternativo merilu najnižje cene? <https://www.uradni-list.si/novice/pogled/ali-imamo-alternativo-merilu-najnizje-cene>
6. Pandey, A., Eastman, D., Hsu, H. E., Kerrissey, M., Rosenthal, M. B., & Chien, A. T. (2023). Value-based purchasing design and effect: a systematic review and analysis. *Health Aff*, 813-821
7. Prevolnik Rupel, V., & Došenović Bonča, P. (2023). Is Value-Based Healthcare just the latest fad or can it transform the Slovenian health care system? *Zdravstveno varstvo*, 55-58.
8. Zakon o javnem naročanju (ZJN-3). Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US, 100/22 – ZNUZSZS, 28/23 in 88/23 – ZOPNN-F: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7086>

LITERATURA IN VIRI

1. Abou-Atme, Z., Alterman, R., Khanna, G., in Levine, E. (16. december 2022). Recent trends appear to make a case for investing in value-based care. Here's why value-based models now show both the potential and propensity for growth. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/investing-in-the-new-era-of-value-based-care#/>
2. AdvaMed. (2014). Good Practices for the Procurement of Innovative Medical Technology.
3. AETNA. (2024). Better health at lower costs: Why we need Value-Based Care now. <https://www.aetna.com/employers-organizations/resources/value-based-care.html>
4. Agilon health. (2. december 2022). How to Overcome Barriers to Value-Based Care. <https://www.agilonhealth.com/news/blog/value-based-care-barriers/>
5. APAC Med. (2022). Value Based Procurement in MedTech Building Blocks for Enabling Implementation in India.
6. Basta Trtnik, M., Koršič Potočnik, M., Prebil, M., Skok Klim, U., in Kostanjevec, V. (2022). Zakon o javnem naročanju (ZJN-3): s komentarjem. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
7. Belavič, M. (2012). Prednosti in slabosti sistema javnega naročanja v Sloveniji. (magistrsko delo). Fakulteta za družbene vede.
8. Bergman, M. A., in Lundberg, S. (2013). Tender evaluation and supplier selection methods in public procurement. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 73-83.
9. Bernik, J., Burgar, J., Cuzak, G., Došenović Bonča, P., Drobnič, M., Droljc, A., . . . Simčič, B. (2022). Usmeritve za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.
10. Blumenthal, D., in Jena, A. B. (maj 2013). *Journal of Hospital Medicine*. Hospital Value-Based Purchasing, 5, str. 271-277.
11. Bonorum. (2023). Tveganja pri izvedbi javnih naročil.

12. Botlhale, E. (2017). Infusing value for money (VfM) into the public procurement system in Botswana. *Journal of Public Procurement*, 281-314.
13. Boyce, C., in Neale, P. (2006). Conducting In-Depth interviews: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input. *Pathfinder International Tool Series*, 3-4.
14. Brown, B. (2025). Surviving Value-Based Purchasing in Healthcare: Connecting Your Clinical and Financial Data for the Best ROI. <https://www.healthcatalyst.com/learn/insights/how-survive-value-based-purchasing-link-your-data>
15. Chee, T. T., Ryan, A. M., Wasfy, J. H., in Borden, W. B. (2016). Current State of Value-Based Purchasing Programs. *Circulation*, 2197-2205.
16. Chiu, N., Aggarwal, R., Song, Y., in Wadhera, R. K. (2022). Association of the Medicare Value-Based Purchasing Program With Changes in Patient Care Experience at Safety-net vs Non-Safety-net Hospitals. *Jama Health Forum*.
17. CMS.gov. (9. oktober 2024). The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program. <https://www.cms.gov/medicare/quality/value-based-programs/hospital-purchasing>
18. Damberg, L. C., Sorbero, E. M., Lovejoy, L. S., Martsolf, G., Raaen, L., in Mandel, D. (2014). Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs. *Rand Corporation*.
19. Definitive Healthcare. (2024). Value-Based Purchasing (VBP) Program. <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/value-based-purchasing-program>
20. Direktorat za javno naročanje. (16. september 2022). Javno naročanje. <https://www.gov.si/podrocja/finance-in-davki/javno-narocanje/>
21. Direktorat za javno naročanje. (2024). Statistično poročilo o javnih naročilih, oddanih v letu 2023. Ljubljana.
22. Državni zbor. (2025). Pravni red Evropske unije. https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/drugo/dzeu/pravniRedEvropskeUnije!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zivSy9Hb283Q0NDIydnA0CXUL8zVwtgwwNAoz1w1EVuBsFmQIVGDn5BhsYGwS7GuhHUaI_2Jg4_QY4gCOP9mMqiMJvfEFuKBA4KgIAwGEwKg!!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/#!
23. Duke-Margolis Center for Health Policy Conference Center. (2017). Developing a Path to Value-Based Payment for Medical Products. Washington DC: Duke-Margolis Center for Health Policy Conference Center.
24. EHMA. (29. oktober 2022). Putting value at the heart of the procurement process. <https://ehma.org/putting-value-at-the-heart-of-the-procurement-process/>
25. Evropska komisija. (2016). Spremljanje uporabe prava Evropske unije Letno poročilo 2015.
26. Evropska komisija. (19. avgust 2019). Smernice o udeležbi ponudnikov in blaga tretje države na trgu javnih naročil EU. Sporočilo komisije.
27. Evropska komisija. (26. maj 2021). „Kupujte družbeno odgovorno – priročnik za upoštevanje družbenih vidikov pri javnem naročanju (2. izdaja) ". Obvestilo Komisije. Bruselj, Bruselj: Urad za publikacije Evropske unije.

28. Evropski parlament. (2014). Direktiva 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta. Uradni list Evropske unije.
29. Ferk, B. (20. junij 2019). Kako do izboljšanja konkurence v postopkih javnega naročanja. <https://www.uradni-list.si/novice/pogled/kako-do-izboljsanja-konkurence-v-postopkih-javnega-narocanja>
30. Ferk, B. J. (28. avgust 2019). Ali imamo alternativo merilu najnižje cene? Pridobljeno iz Uradni list: <https://www.uradni-list.si/novice/pogled/ali-imamo-alternativo-merilu-najnizje-cene>
31. Ferk, P. (11. oktober 2017). Učinkovito javno naročanje za Slovenijo in Evropo. <https://www.uradni-list.si/novice/pogled/ucinkovito-javno-narocanje-za-slovenijo-in-evropo>
32. Fission Labs. (16. maj 2023). Challenges of Implementing Value-Based Care with Limited Resources. <https://www.fissionlabs.com/blog-posts/challenges-of-implementing-value-based-care-with-limited-resources>
33. Gerecke, G., Clawson, J., Pross, C., Verboven, Y., in Bax, H. (9. januar 2020). How Procurement Unlocks Value-Based Health Care. <https://www.bcg.com/publications/2020/procurement-unlocks-value-based-health-care>
34. Greiner Bio.One. (2025). What is value-based procurement (VBP)? <https://www.gbo.com/en-int/podcast-blog/blog/article/what-is-value-based-procurement-vbp>
35. Holyk, M. (11. marec 2024). Value-Based Purchasing in Healthcare Explained. <https://precoro.com/blog/value-based-purchasing-in-healthcare/>
36. Inštitut za javno-zasebno partnerstvo, Zavod Turjak. (2025). Kaj prinaša novela zakona o javnem naročanju ZJN-3D. https://www.s-procurement.si/si/special_access/kaj-prinasa-novela-zakona-o-javnem-narocanju-zjn-3d/39TfkNLniGQRGms9GO
37. Khalid Ahmed, S., Ribwar, A. M., Abdulqadir, J. N., Radhwan, H. I., Araz, Q. A., Barzan, M. M., in Renas, M. K. (avgust 2025). Using thematic analysis in qualitative research.
38. Kodym, J. (2024). Buying what matters: towards a value model allowing to implement policy preference in public procurement. *Journal of Public Procurement*, 465-477.
39. Kranjc, V. (2022). Zakon o javnem naročanju (ZJN-3) s komentarjem. Ljubljana: GV Založba.
40. Kranjc, V. (2025). Formalnost ni cilj javnega naročanja. Maribor. https://pf.um.si/site/assets/files/4503/kranjc_vesna_-_formalnost_ni_cilj_javnega_narocanja.pdf
41. Linder, L., in Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up. OECD.
42. Lindquist, M. (9. avgust 2024). Understanding Value-Based Care Models. <https://www.oracle.com/health/value-based-care-models/>
43. Lorenzoni, L., Bunyan, R. F., in Milstein, R. (2022). Value-based providers' payment models: understanding where and under which conditions they work. OECD.

44. Majšler, K. (marec 2024). Zeleno javno naročanje v izbrani organizaciji. Visoka šola za trajnostni razvoj.
45. Mangan, B., in Bradley, R. V. (24. junij 2022). Are suppliers, vendors fit for a value-based procurement future? <https://www.hpnonline.com/sourcing-logistics/article/21271687/are-suppliers-vendors-fit-for-a-value-based-procurement-future>
46. Martinello, B. (april 2024). Pogodbe o javnih naročilih. <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/sl/sheet/34/marches-publics>
47. Matinheikki, J., Kenny, K., Kauppi, K., van Raaij, E., in Brandon-Jones, A. (2024). Realising the promise of value-based purchasing: experimental evidence of medical device selection. *International Journal of Operations & Production Management*, 100-126.
48. Ministrstvo za javno upravo, Direktorat za javno naročanje. (brez datuma). Zakon o javnem naročanju (ZJN-3).
49. Ministrstvo za finance. (18. december 2023). Izvrševanje proračuna. <https://www.gov.si teme/izvrsevanje-proracuna/>
50. Ministrstvo za gospodarstvo, turizem in šport. (24. januar 2023). Varstvo konkurence. <https://www.gov.si teme/varstvo-konkurence/>
51. Ministrstvo za javno upravo - Direktorat za javno naročanje. (2022). Pravila na področju javnega naročanja. <https://www.gov.si teme/pravila-na-podrocju-javnega-narocanja/>
52. Ministrstvo za javno upravo. (januar 2019). Integriteta pri javnem naročanju s poudarkom na ukrepih za preprečevanje. 4. Ministrstvo za javno upravo. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MJU/STIPS/Integriteta/Program-Vlade-2017-2019/Razno/Integriteta_pri_javnem_narocanju_prirocnik_jan2019.pdf
53. Ministrstvo za javno upravo. (4. januar 2021). Skupno javno naročanje. <https://www.gov.si teme/skupno-javno-narocanje/>
54. Ministrstvo za javno upravo. (september 2023). Pravno varstvo v postopkih javnega naročanja. <https://www.gov.si teme/pravno-varstvo-v-postopkih-javnega-narocanja/>
55. Ministrstvo za javno upravo. (2024). Načrt digitalne preobrazbe javnega naročanja 2025 - 2030. Ljubljana.
56. Ministrstvo za javno upravo. (2025). Sistem JN. <https://ejn.gov.si/sistem.html>
57. Ministrstvo za javno upravo. (2025). Smernice in priporočila. <https://ejn.gov.si/sistem/smernice-in-priporocila.html>
58. Ministrstvo za javno upravo, Direktorat za javno naročanje. (2025). DIREKTORAT ZA JAVNO NAROČANJE. <http://www.djn.mju.gov.si/direktorat-za-javno-narocanje>
59. Ministrstvo za kmetijstvo in okolje. (2019). Priporočila za javno naročanje živil.
60. Ministrstvo za zdravje. (2023). Organiziranost zdravstvenega varstva. <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/organiziranost-zdravstvenega-varstva/>
61. Moreira, A., & Crispim, J. (2023). Key Performance Indicators for value-based reimbursement in Radiology: a Review. *Procedia Computer Science*, 1208-1215.
62. O'Malley, A. S., Sarwar, R., Alvarez, C., & Rich, E. C. (17. julij 2024). Why Primary Care Practitioners Aren't Joining Value-Based Payment Models: Reasons and Potential

- Solutions. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2024/jul/why-primary-care-practitioners-arent-joining-value-based-payment>
63. Pandey, A., Eastman, D., Hsu, H. E., Kerrissey, M., Rosenthal, M. B., in Chien, A. T. (2023). Value-based purchasing design and effect: a systematic review and analysis. *Health Aff*, 813-821.
 64. Prevolnik Rupel, V., in Došenović Bonča, P. (2023). Is Value-Based Healthcare just the latest fad or can it transform the Slovenian health care system? *Zdravstveno varstvo*, 55-58.
 65. Price, L. (27. avgust 2024). Key trends shaping the future of value based care. <https://www.healthcare.digital/single-post/key-trends-shaping-the-future-of-value-based-care>
 66. Primec, A. (9. julij 2019). Postopek s pogajanjem brez predhodne objave. https://www.javnonarocanje.si/33/postopek-s-pogajanjem-brez-predhodne-objave-uniqueidmRRWSbk196EAafnF40AQgJ02_xiNks3WJD8YVfITRcPVRyFLS2WAvA/?query=postopek%20s%20pogajanjem%20brez%20predhodne%20objave&serp=1
 67. Rahmani, K., Karimi, S., Rezayatmand, R., in Raeisi, A. R. (2021). Value-Based procurement for medical devices: A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*.
 68. Riley, E. (7. oktober 2024). Navigating Value-Based Models for Healthcare Providers. <https://deandorton.com/navigating-value-based-models-for-healthcare-providers/>
 69. Ronnback, A. (2011). Quality in the public procurement process. *The TQM Journal*, 447-460.
 70. RS - Ministrstvo za zdravje. (2016). Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO_-analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_liktorirana_verzija.pdf
 71. Sektor za sistem javnega naročanja. (2016). Izvajanje javnih naročil s podizvajalci. Ljubljana.
 72. Sektor za sistem javnega naročanja. (2016). Tolmačenje javno – naročniške zakonodaje (ZJN-3). Merila za oddajo javnega naročila. Ljubljana.
 73. Sektor za transparentnost in politični sistem. (21. oktober 2024). Informacije javnega značaja. <https://www.gov.si teme/informacije-javnega-znacaja/>
 74. Selby PJ, Banks RE, ... , Gregory W. (2018). Methods for the evaluation of biomarkers in patients with kidney and liver diseases: multicentre research programme including ELUCIDATE RCT. Southampton: NIHR Journals Library.
 75. Simbo.ai. (2025). Navigating Compliance Challenges in Value-Based Care Models: Risks and Strategies for Healthcare Organizations. <https://www.simbo.ai/blog/navigating-compliance-challenges-in-value-based-care-models-risks-and-strategies-for-healthcare-organizations-1573105/>
 76. Smithey, A., in Patel, S. (2024). Building a Health Equity Focus into Value-Based Payment Design: Approaches for Medicaid Payers. Center for Health Care Strategies.

77. Tinker, A. (2025). The Top Seven Healthcare Outcome Measures and Three Measurement Essentials. <https://www.healthcatalyst.com/learn/insights/top-7-healthcare-outcome-measures>
78. Turk, B. J. (17. november 2017). Odprti postopek javnega naročanja. https://www.javnonarocanje.si/33/odprti-postopek-javnega-narocanja-uniqueidmRRWSbk196EAafnF40AQgJ02_xiNks3WJD8YVfITRcNPpA5B5rrwHw/?query=Odprti%20postopek%20javnega%20naro%20E8anja&serp=1&justlogged=1
79. University of Southern California. (18. november 2023). Value-Based Purchasing: How Can It Improve Patient Satisfaction? <https://healthadministrationdegree.usc.edu/blog/what-is-value-based-purchasing>
80. Vlada Republike Slovenije. (2023). Smernice za inovativno javno naročanje 2.0. Ljubljana.
81. Werner, R. M., Emanuel, E. J., Pham, H. H., in Navathe, A. S. (2021). The Future of Value-Based Payment: A Road Map to 2030. Pennsylvania: Penn LDI.
82. Woskie, L., Kalita, A., Bose, B., Chakraborty, A., Gupta, K., in Yip, W. (2024). Patient satisfaction and value based purchasing in hospitals, Odisha, India. Bull World Health Organ, 509-520.
83. Zakon o javnem naročanju (ZJN-3). (2015). Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US, 100/22 – ZNUZSZS, 28/23 in 88/23 – ZOPNN-F: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7086>
84. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). (2024). Pravica do medicinskih pripomočkov. <https://zavarovanec.zzs.si/medicinski-pripomocki/pravica-do-medicinskih-pripomockov/>

PRILOGE

Priloga 1: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike izvajalcev zdravstvenih storitev

- Kakšno je vaše stališče glede trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji?
- V kolikšni meri menite, da sedanji sistem javnega naročanja omogoča pridobivanje kakovostnih medicinskih pripomočkov?
- Ali menite, da je trenutna zakonodaja ustrezna za zagotavljanje kakovostnih medicinskih pripomočkov? Če ne, kaj bi bilo treba spremeniti?
- Ali menite, da se v slovenskem sistemu javnega naročanja ustrezno upoštevajo dolgoročni stroški, povezani z medicinskimi pripomočki (npr. vzdrževanje, življenjska doba, vpliv na zdravljenje bolnikov)?
- Zakaj po vašem mnenju javni naročniki ne uporabljajo kakovostnih meril, čeprav zakon to omogoča? Kakšne posledice to prinaša? Kakšna bi morala biti vloga klinične stroke pri opredelitvi meril kakovosti v javnem naročanju?
- Ali ste seznanjeni s praksami drugih držav (npr. modeli na vrednosti temelječih nakupov)? Kaj bi lahko Slovenija prevzela iz teh praks?
- Kako ocenjujete možnost sodelovanja med bolnišnicami pri skupnem javnem naročanju, da bi zagotovili boljše pogoje?
- Katera načela bi morala biti ključna pri javnih naročilih v zdravstvu in katere konkretne spremembe bi bile potrebne, da bi omogočili bolj kakovostno usmerjeno nabavo medicinskih pripomočkov, povečali uporabo meril kakovosti ter optimizirali postopek javnega naročanja, da bi bil hkrati bolj učinkovit in transparenten?
- Kako vidite prihodnost javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji v naslednjih 5–10 letih, katere spremembe bi po vašem mnenju pripomogle k večji uporabi meril kakovosti in katera ključna načela bi morala javna naročila v zdravstvu upoštevati za zagotavljanje boljše učinkovitosti in kakovosti oskrbe? Kako bi vi spremenili obstoječo ureditev?
- S kakšnimi izzivi se srečujete pri javnem naročanju medicinskih pripomočkov v vaši ustanovi?
- Kakšne so posledice osredotočenosti na ceno pri javnem naročanju medicinskih pripomočkov, ali ste se že kdaj znašli v situaciji, kjer bi raje izbrali kakovostnejši pripomoček, a ste morali zaradi pravil izbrati cenejšega, in ali so bile kdaj zaznane negativne posledice takšnih odločitev?
- Kako bi po vašem mnenju lahko naročniki bolje ocenili kakovost pripomočkov v javnih naročilih?
- Kakšne so vaše izkušnje z razpisnimi postopki? Ali menite, da so preveč kompleksni ali pa omogočajo dovolj fleksibilnosti? Je zakon dovolj jasen?
- Ali poznate primere, kjer so bila merila kakovosti uspešno vključena v javna naročila? Kateri so bili ključni dejavniki uspeha in ali ste pri tem zaznali administrativne ovire, ki otežujejo vključevanje teh meril v razpisne pogoje?

Priloga 2: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za organizacije pacientovih pravic

- Kakšno je vaše stališče glede trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji?
- V kolikšni meri menite, da sedanji sistem javnega naročanja omogoča pridobivanje kakovostnih medicinskih pripomočkov?
- Ali menite, da se v slovenskem sistemu javnega naročanja ustrezno upoštevajo dolgoročni stroški, povezani z medicinskimi pripomočki (npr. vzdrževanje, življenjska doba, vpliv na zdravljenje bolnikov)?
- Zakaj po vašem mnenju javni naročniki ne uporabljajo kakovostnih meril, čeprav zakon to omogoča? Kakšne posledice to prinaša? Kakšna bi morala biti vloga klinične stroke pri opredelitvi meril kakovosti v javnem naročanju?
- Ali ste seznanjeni s praksami drugih držav (npr. modeli na vrednosti temelječih nakupov)? Kaj bi lahko Slovenija prevzela iz teh praks?
- Kako ocenjujete možnost sodelovanja med bolnišnicami pri skupnem javnem naročanju, da bi zagotovili boljše pogoje?
- Katera načela bi morala biti ključna pri javnih naročilih v zdravstvu in katere konkretne spremembe bi bile potrebne, da bi omogočili bolj kakovostno usmerjeno nabavo medicinskih pripomočkov, povečali uporabo meril kakovosti ter optimizirali postopek javnega naročanja, da bi bil hkrati bolj učinkovit in transparenten?
- Kako vidite prihodnost javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji v naslednjih 5–10 letih, katere spremembe bi po vašem mnenju pripomogle k večji uporabi meril kakovosti in katera ključna načela bi morala javna naročila v zdravstvu upoštevati za zagotavljanje boljše učinkovitosti in kakovosti oskrbe? Kako bi vi spremenili obstoječo ureditev?
- Kako ocenjujete trenutno zakonodajo glede javnega naročanja medicinskih pripomočkov in katere konkretne spremembe bi predlagali za izboljšanje kakovosti pripomočkov v procesu javnega naročanja?
- Kako pogosto so inovativni in visokotehnološki medicinski pripomočki izključeni iz razpisov zaradi cene?
- Kakšne ovire vidite pri uvedbi na vrednosti temelječih nakupov (VBP) v Sloveniji in ali obstajajo spodbujevalni mehanizmi, ki bi proizvajalce medicinskih pripomočkov motivirali k zagotavljanju kakovostnih izdelkov v okviru javnih naročil? Poznate kakšne alternative trenutnemu sistemu?
- Kako bi lahko naročniki bolje ocenili dolgoročne koristi inovativnih medicinskih pripomočkov?
- Ali so bile v preteklosti kakšne negativne posledice nakupa cenejših medicinskih pripomočkov? Lahko podate kakšen primer?
- Ali so obstoječa zakonska določila o javnem naročanju dovolj jasna in uporabna, ali pa bi jih bilo treba dopolniti?
- Ali poznate primere, kjer so bila merila kakovosti uspešno vključena v razpise? Kaj so bili ključni dejavniki uspeha?

Priloga 3: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike strokovnih gospodarskih združenj

- Kakšno je vaše stališče glede trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji?
- V kolikšni meri menite, da sedanji sistem javnega naročanja omogoča pridobivanje kakovostnih medicinskih pripomočkov?
- Ali menite, da je trenutna zakonodaja ustrezna za zagotavljanje kakovostnih medicinskih pripomočkov? Če ne, kaj bi bilo treba spremeniti?
- Ali menite, da se v slovenskem sistemu javnega naročanja ustrezno upoštevajo dolgoročni stroški, povezani z medicinskimi pripomočki (npr. vzdrževanje, življenjska doba, vpliv na zdravljenje bolnikov)?
- Zakaj po vašem mnenju javni naročniki ne uporabljajo kakovostnih meril, čeprav zakon to omogoča? Kakšne posledice to prinaša? Kakšna bi morala biti vloga klinične stroke pri opredelitvi meril kakovosti v javnem naročanju?
- Ali ste seznanjeni s praksami drugih držav (npr. modeli na vrednosti temelječih nakupov)? Kaj bi lahko Slovenija prevzela iz teh praks?
- Kako ocenjujete možnost sodelovanja med bolnišnicami pri skupnem javnem naročanju, da bi zagotovili boljše pogoje?
- Katera načela bi morala biti ključna pri javnih naročilih v zdravstvu in katere konkretne spremembe bi bile potrebne, da bi omogočili bolj kakovostno usmerjeno nabavo medicinskih pripomočkov, povečali uporabo meril kakovosti ter optimizirali postopek javnega naročanja, da bi bil hkrati bolj učinkovit in transparenten?
- Kako vidite prihodnost javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji v naslednjih 5–10 letih, katere spremembe bi po vašem mnenju pripomogle k večji uporabi meril kakovosti in katera ključna načela bi morala javna naročila v zdravstvu upoštevati za zagotavljanje boljše učinkovitosti in kakovosti oskrbe? Kako bi vi spremenili obstoječo ureditev?
- Kako ocenjujete trenutno zakonodajo glede javnega naročanja medicinskih pripomočkov in katere konkretne spremembe bi predlagali za izboljšanje kakovosti pripomočkov v procesu javnega naročanja?
- Ali imate primere iz tujine, kjer so na vrednosti temelječi nakupi (VBP) izboljšali kakovost pripomočkov in dolgoročne izide zdravljenja?
- Kako pogosto so inovativni in visokotehnološki medicinski pripomočki izključeni iz razpisov zaradi cene?
- Kakšne ovire vidite pri uvedbi na vrednosti temelječih nakupov (VBP) v Sloveniji? Ali obstajajo kakšni spodbujevalni mehanizmi, ki bi proizvajalce medicinskih pripomočkov motivirali k zagotavljanju kakovostnih izdelkov v okviru javnih naročil?
- Kako bi lahko naročniki bolje ocenili dolgoročne koristi inovativnih medicinskih pripomočkov?
- Kaj bi po vašem mnenju moral biti glavni cilj reforme javnega naročanja medicinskih pripomočkov?

- Kakšne so posledice cenovno usmerjenega naročanja za paciente, izvajalce in sistem kot celoto?
- Katere spremembe v politiki in zakonodaji bi omogočile bolj uravnotežen sistem javnega naročanja?

Priloga 4: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike strokovnih organizacij javnih zavodov

- Kakšno je vaše stališče glede trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji?
- V kolikšni meri menite, da sedanji sistem javnega naročanja omogoča pridobivanje kakovostnih medicinskih pripomočkov?
- Ali menite, da je trenutna zakonodaja ustrezna za zagotavljanje kakovostnih medicinskih pripomočkov? Če ne, kaj bi bilo treba spremeniti?
- Ali menite, da se v slovenskem sistemu javnega naročanja ustrezno upoštevajo dolgoročni stroški, povezani z medicinskimi pripomočki (npr. vzdrževanje, življenjska doba, vpliv na zdravljenje bolnikov)?
- Zakaj po vašem mnenju javni naročniki ne uporabljajo kakovostnih meril, čeprav zakon to omogoča? Kakšne posledice to prinaša? Kakšna bi morala biti vloga klinične stroke pri opredelitvi meril kakovosti v javnem naročanju?
- Ali ste seznanjeni s praksami drugih držav (npr. modeli na vrednosti temelječih nakupov)? Kaj bi lahko Slovenija prevzela iz teh praks?
- Kako ocenjujete možnost sodelovanja med bolnišnicami pri skupnem javnem naročanju, da bi zagotovili boljše pogoje?
- Katera načela bi morala biti ključna pri javnih naročilih v zdravstvu in katere konkretne spremembe bi bile potrebne, da bi omogočili bolj kakovostno usmerjeno nabavo medicinskih pripomočkov, povečali uporabo meril kakovosti ter optimizirali postopek javnega naročanja, da bi bil hkrati bolj učinkovit in transparenten?
- Kako vidite prihodnost javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji v naslednjih 5–10 letih, katere spremembe bi po vašem mnenju pripomogle k večji uporabi meril kakovosti in katera ključna načela bi morala javna naročila v zdravstvu upoštevati za zagotavljanje boljše učinkovitosti in kakovosti oskrbe? Kako bi vi spremenili obstoječo ureditev?
- Kako ocenjujete trenutno prakso pri uporabi meril kakovosti v javnih naročilih?
- Kakšne so po vašem mnenju posledice cenovno usmerjenega naročanja za paciente, izvajalce in sistem kot celoto?
- Kakšne so alternative trenutnemu sistemu (npr. večja uporaba VBP, novi modeli ocenjevanja kakovosti)?
- Kakšne pravne in administrativne ovire obstajajo za naročnike, ki želijo upoštevati kakovost?
- Ali menite, da bi bile potrebne zakonske spremembe za večjo uporabo meril kakovosti pri javnih naročilih medicinskih pripomočkov? Kako bi lahko pravni okvir spodbudil bolnišnice k večji uporabi dolgoročnih kazalnikov uspešnosti pri naročanju medicinskih pripomočkov?
- Kako lahko naročniki bolje utemeljijo vključitev meril kakovosti v razpisno dokumentacijo?

- Kakšni so trenutni mehanizmi nadzora nad tem, kako kakovostni so izbrani medicinski pripomočki?
- Ali obstajajo primeri pravnih sporov zaradi neustrezne kakovosti izbranih medicinskih pripomočkov?
- Katere spremembe v politiki in zakonodaji bi omogočile bolj uravnotežen sistem javnega naročanja?

Priloga 5: Vodila z usmeritvenimi vprašanji za predstavnike proizvajalcev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov

- Kakšno je vaše stališče glede trenutnega sistema javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji?
- V kolikšni meri menite, da sedanji sistem javnega naročanja omogoča pridobivanje kakovostnih medicinskih pripomočkov?
- Ali menite, da je trenutna zakonodaja ustrezna za zagotavljanje kakovostnih medicinskih pripomočkov? Če ne, kaj bi bilo treba spremeniti?
- Ali menite, da se v slovenskem sistemu javnega naročanja ustrezno upoštevajo dolgoročni stroški, povezani z medicinskimi pripomočki (npr. vzdrževanje, življenjska doba, vpliv na zdravljenje bolnikov)?
- Zakaj po vašem mnenju javni naročniki ne uporabljajo meril kakovosti, čeprav zakon to omogoča? Kakšne posledice to prinaša? Kakšna bi morala biti vloga klinične stroke pri opredelitvi meril kakovosti v javnem naročanju?
- Ali ste seznanjeni s praksami drugih držav (npr. modeli na vrednosti temelječih nakupov)? Kaj bi lahko Slovenija prevzela iz teh praks?
- Katera načela bi morala biti ključna pri javnih naročilih v zdravstvu in katere konkretne spremembe bi bile potrebne, da bi omogočili bolj kakovostno usmerjeno nabavo medicinskih pripomočkov, povečali uporabo meril kakovosti ter optimizirali postopek javnega naročanja, da bi bil hkrati bolj učinkovit in transparenten?
- Kako vidite prihodnost javnega naročanja medicinskih pripomočkov v Sloveniji v naslednjih 5–10 letih, katere spremembe bi po vašem mnenju pripomogle k večji uporabi meril kakovosti in katera ključna načela bi morala javna naročila v zdravstvu upoštevati za zagotavljanje boljše učinkovitosti in kakovosti oskrbe? Kako bi vi spremenili obstoječo ureditev?
- S kakšnimi izzivi se srečujete pri javnem naročanju medicinskih pripomočkov v vaši organizaciji?
- Kako bi po vašem mnenju lahko naročniki bolje ocenili kakovost pripomočkov v javnih naročilih?
- Kakšne so vaše izkušnje z razpisnimi postopki? Ali menite, da so preveč kompleksni ali pa omogočajo dovolj fleksibilnosti? Je zakon dovolj jasen?
- Kako ocenjujete trenutno zakonodajo glede javnega naročanja medicinskih pripomočkov in katere konkretne spremembe bi predlagali za izboljšanje kakovosti pripomočkov v procesu javnega naročanja?
- Kako ocenjujete trenutno prakso pri uporabi meril kakovosti v javnih naročilih?