

Model funkcjonalny HB-HTA z koordynującą rolą Narodowego Funduszu Zdrowia

Katarzyna Iłowiecka¹

Iga Lipska¹  <https://orcid.org/0000-0001-9600-1419>

Monika Raulinajtys-Grzybek²  <https://orcid.org/0000-0002-2451-8061>

Katarzyna Byszek²  <https://orcid.org/0000-0003-0656-3536>

Barbara Więckowska²  <https://orcid.org/0000-0002-0931-8889>

¹ Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa

² Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

Adres do korespondencji: Iga Lipska, Narodowy Fundusz Zdrowia, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa, iga.lipska@nfz.gov.pl

Abstract

The functional model of Hospital-Based Health Technology Assessment with coordinating role of the Polish National Health Fund

The article presents the concept and the conduct of the HB-HTA (Hospital-Based Health Technology Assessment) project implementation with coordinating role of the Polish National Health Fund. The main stakeholders of the HB-HTA process were identified, together with their interests and barriers in the area of the implementation of HB-HTA in Poland.

Key words: health technology, Health Technology Assessment, Hospital-Based Health Technology Assessment HB-HTA, hospitals, Polish National Health Fund

Słowa kluczowe: HB-HTA, Narodowy Fundusz Zdrowia, ocena technologii medycznych, szpitale

Wprowadzenie

Celem artykułu jest przedstawienie założeń modelu wdrożenia szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych (HB-HTA) z koordynującą rolą Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), przedstawienie przebiegu procesu HB-HTA oraz głównych interesariuszy modelu, a także zidentyfikowanie korzyści i barier we wdrażaniu tego modelu.

Prezentowany model jest jednym z sześciu modeli funkcjonalnych HB-HTA opracowanych w ramach projektu „Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych” (zwanego dalej projektem).

Założenia modelu funkcjonalnego z koordynującą rolą NFZ

W prezentowanym modelu założono, że jednostką koordynującą wdrożenie HB-HTA będzie NFZ. Model opracowano po uprzedniej analizie potrzeb w zakresie możliwości wdrożenia HB-HTA w Polsce, które zostały zidentyfikowane i zbadane w początkowej fazie projektu.

Główne założenia projektowanego modelu to:

- wprowadzenie dużej liczby potencjalnych inicjatorów procesu¹ – ze szpitalem jako głównym właścicielem procesu;
- elastyczny i sprawny przebieg procesu HB-HTA – mimo koordynacji przez NFZ;
- sieciowanie szpitali² i innych interesariuszy z wykorzystaniem kompetencji i kanałów komunikacji NFZ;

- responsywność i dostosowanie do potrzeb inicjatora procesu oceny technologii medycznej,
- trwały, stale rozwijany model HB-HTA, który wpisuje się w cel strategiczny NFZ – poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej [1].

Podstawowymi celami projektowanego modelu są popularyzacja stosowania HB-HTA wśród szpitali i podniesienie kompetencji pracowników jednostek ochrony zdrowia w tym zakresie. Realizacja tych celów pozwoli w dłuższej perspektywie osiągnąć kolejne cele, tj. podniesienie efektywności wydatkowania środków publicznych i wzrost poziomu innowacyjności w ochronie zdrowia. Mechanizmami przyjętymi do popularyzacji koncepcji HB-HTA i podnoszenia wiedzy są: jednolita metodyka HB-HTA, baza wiedzy opublikowana na e-platformie oraz szkolenia przygotowane na tej podstawie. Mechanizmem przyjętym do osiągnięcia wzrostu efektywności wydatkowania środków publicznych jest systematyczne budowanie sieci szpitali stosujących HB-HTA, natomiast wzrost innowacyjności zostanie osiągnięty poprzez wspieranie szpitali przy opracowaniu raportów oceny technologii medycznych oraz włączenie szerokiej grupy interesariuszy do procesu HB-HTA. Podstawowe cele modelu oraz wskaźniki obrazujące ich realizację przedstawiono w tabeli 1.

Identyfikacja kluczowych podmiotów i ich ról w procesie HB-HTA

Na projektowany model wpływa wiele grup interesariuszy. Największy wpływ na model wywierają:

- szpital wdrażający innowacje;
- kadra, której kompetencje będą poszerzone przez nowe technologie;
- podmiot tworzący, właściciel;
- Ministerstwo Zdrowia (MZ);
- Ministerstwo Finansów (MF);
- NFZ – Centrala oraz oddziały wojewódzkie.

Trzy pierwsze grupy interesariuszy reprezentują poziom szpitalny (poziom mikro). Zarówno sam szpital wdrażający innowacje, jak i kadra medyczna, której

kompetencje zostaną dzięki nowej technologii poszerzone, będą mocno wspierać projektowaną politykę. Stanowisko podmiotu tworzącego będzie neutralne.

Trzech kolejnych interesariuszy reprezentuje poziom krajowy (poziom makro). NFZ będzie mocno wspierać projektowaną politykę, ponieważ pełni funkcję koordynującą jej realizację, a także dlatego, że polityka ta powinna docelowo prowadzić do wzrostu efektywności wydatkowania środków publicznych, co jest wpisane w cele strategiczne NFZ [1]. Stanowisko MZ również jest wspierające – poprawa innowacyjności ochrony zdrowia dzięki popularyzacji nowych technologii stanowi ministerialny priorytet [2]. Stanowisko MF może być określone jako słaby opór, głównie z uwagi na wzrost wydatków związanych z realizacją nowoczesnych, często droższych od dotychczas stosowanych, technologii medycznych.

Średni wpływ na projektowaną politykę mają następujący interesariusze:

- szpital niewdrażający innowacji;
- kadra, której kompetencje będą ograniczone przez nowe technologie;
- ośrodki akademickie;
- stowarzyszenia zrzeszające szpitale;
- towarzystwa naukowe;
- dostawcy nowoczesnych technologii, zrzeszenia dostawców technologii;
- organizacje pacjenckie;
- media;
- instytucje finansujące;
- regionalna rada ds. map potrzeb zdrowotnych.

Dwie pierwsze grupy interesariuszy funkcjonują na poziomie szpitalnym i zgłaszają opór przed wdrażaniem HB-HTA. Grupa szpitali niezainteresowanych wdrażaniem innowacji będzie niekorzystnie wpływać na powstawanie i rozbudowę sieci szpitali wdrażających innowacyjne technologie. Z kolei kadra oponentów może utrudniać działania podjęte w placówce i utrudniać ich efektywną finalizację.

Pozostali interesariusze powinni wspierać realizację polityki. Mocnego wsparcia należy oczekiwać od dostawców nowoczesnych technologii, zainteresowanych wzrostem przychodów ze sprzedaży i rentowności inwestycji w nowoczesne produkty. Mocne

Tabela 1. Podstawowe cele modelu

Cel	Priorytet	Mechanizm	Wskaźnik
Popularyzacja stosowania HB-HTA wśród szpitali	Wysoki	Stworzenie i udostępnienie na e-platformie jednolitej metodyki i bazy wiedzy	Procent szpitali, które stosują HB-HTA
Wzrost innowacyjności w ochronie zdrowia	Wysoki	Wsparcie przy opracowaniu raportów HB-HTA opartych na metodyce HB-HTA	Liczba opracowanych technologii
Wzrost innowacyjności w ochronie zdrowia	Średni	Włączenie szerokiej grupy interesariuszy w proces inicjowania wdrożenia nowych technologii	Procent raportów zainicjowanych przez innych interesariuszy
Wzrost efektywności wydatkowania środków publicznych	Wysoki	Stworzenie sieci współpracujących szpitali wdrażających innowacyjne technologie na podstawie metodyki HB-HTA	Liczba podmiotów w sieci
Podniesienie kompetencji pracowników szpitali w zakresie EBM i HB-HTA	Wysoki	Przygotowanie szkoleń w zakresie EBM i HB-HTA	Liczba osób, która z sukcesem ukończyła szkolenie

Źródło: opracowanie własne.

wsparcie powinny dawać również ośrodki akademickie i towarzystwa naukowe, zainteresowane rozwojem danej branży medycyny z wykorzystaniem nowoczesnych osiągnięć naukowych.

Zakłada się, że media, organizacje pacjenckie, stowarzyszenia szpitali, instytucje zarządzające środkami europejskimi oraz regionalna rada ds. map potrzeb zdrowotnych będą umiarkowanie wspierać wdrożenie modelu. Pacjenci, mimo że zainteresowani co do zasady dostępnością do najnowszych technologii, są ograniczeni asymetrią informacji. W przypadku stowarzyszeń szpitali wszelkie działania związane z sieciowaniem powinny spotkać się z aprobatą. Dla mediów projektowana polityka jest przede wszystkim istotna jako zasób informacyjny. Fundusze unijne są jednym z głównych źródeł finansowania nowych inwestycji dla szpitali. Rada ds. map potrzeb zdrowotnych wykorzysta wiedzę na temat dostępności nowoczesnych technologii do skutecznego planowania możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Pozostali interesariusze, np. firmy doradcze i kadra naukowa, Agencja Badań Medycznych (ABM), Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR), Narodowe Centrum Nauki (NCN) wywierają słaby wpływ, choć prezentują różne postawy wobec projektowanej polityki.

Oporu natomiast można spodziewać się ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), z uwagi na fakt, że instytucja ta odpowiada za ocenę technologii medycznych (głównie lekových) na poziomie krajowym i podział kompetencji pomiędzy tę instytucję i NFZ może być przyczyną oporu AOTMiT.

Analiza konsekwencji i interesów poszczególnych interesariuszy

Projektowany model niesie różne konsekwencje dla szerokiej grupy interesariuszy – zarówno korzyści, jak i potencjalne konflikty. Najważniejszą konsekwencją dla NFZ będzie wzrost efektywności w wydatkowaniu środków publicznych dzięki wdrażaniu innowacji na podstawie dowodów naukowych. W przypadku MZ będzie to poprawa dostępności innowacyjnych technologii medycznych na terenie kraju. Odpowiednia koordynacja procesu pozwoli na eliminację błędów systemowych i efektywną alokację środków finansowych pochodzących z funduszy unijnych i przeznaczonych na nowoczesne technologie.

Dla organizacji pacjenckich korzyścią będzie możliwość oddziaływania na szpitale w celu skłonięcia ich do wdrażania innowacyjnych technologii. Zaproponowany model daje zatem pacjentom silniejszy mandat w systemie opieki zdrowotnej, umożliwiając inicjowanie HB-HTA w szpitalach i przyczyniając się do poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Stowarzyszenia szpitali mogą zwiększyć swoją rolę w zacieśnianiu współpracy między szpitalami, promocji dobrych praktyk i wdrażaniu innowacyjnych technologii. To umocni mandat takich stowarzyszeń

do reprezentowania szpitali, a także do inicjowania postępowań o wdrożenie innowacyjnych technologii.

W przypadku AOTMiT podstawowa konsekwencja dotyczy standaryzacji ważnego obszaru oceny technologii medycznych (tzw. wytycznych oceny technologii medycznych [3]). Wypracowanie dobrych praktyk komunikacji pomiędzy NFZ i AOTMiT będzie ważne dla podejmowanych przez AOTMiT koniecznych rekomendacji w zakresie finansowania ze środków publicznych innowacyjnych technologii medycznych. Dobre relacje i współpraca pomiędzy NFZ a AOTMiT zadziałają na korzyść zarówno regionu, jak i państwa (odpowiedzialność za efektywną alokację środków publicznych na ochronę zdrowia).

Dla kolejnej grupy interesariuszy konsekwencje mają przede wszystkim wymiar korzyści finansowych. Dostawcy nowoczesnych technologii dzięki popularyzacji nowoczesnych technologii medycznych maksymalizują przychód ze sprzedaży wyrobów lub usług medycznych używanych przy danej technologii. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku firm doradczych zaangażowanych w proces tworzenia raportów. Korzyść finansową odnotują również kadry medyczne ze szpitali i ośrodków akademickich, które będą skuteczniej wykorzystywać swój potencjał naukowy. Ważne wsparcie finansowe otrzymają pacjenci, którzy uzyskają dostęp do innowacyjnych terapii.

Organizacyjne konsekwencje dotyczą przede wszystkim szpitali. W przypadku szpitali wdrażających innowacje może nastąpić wzrost liczby przyjęć, gdyż pacjenci mogą kierować się informacją o lepszym dostępie do innowacyjnych terapii w wyborze placówki leczenia, co wzmocni pozycję danego szpitala. Wraz ze wzrostem świadomości pacjentów może słabnąć pozycja konkurencyjna szpitali niewdrażających innowacji. W mniejszym stopniu konsekwencje organizacyjne dotyczą również towarzystw naukowych, stowarzyszeń szpitali, ośrodków akademickich i organizacji pacjenckich.

Szpitale niewdrażające innowacji oraz kadra, której kompetencje będą ograniczone przez nowe technologie, mogą mieć potencjalnie negatywny wpływ na model, przejawiający się brakiem współpracy i zaangażowania oraz oporem przed wdrażaniem nowych technologii. Waga tych konsekwencji nie jest jednak duża.

Analiza potencjału kompetencyjnego jednostki koordynującej

W zaproponowanym modelu jednostką koordynującą jest NFZ, który jako płatnik publiczny pełni bardzo ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Analizę potencjału jednostki koordynującej przeprowadzono w kontekście kryteriów różnicujących³ (tabela 2).

Ramy prawne dla funkcjonowania NFZ oraz jego zadania zostały określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [4], zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. NFZ jest instytucją działającą jednocześnie na poziomie centralnym (Centrala NFZ) i regionalnym (województwa) –

poprzez swoje oddziały wojewódzkie. Opracowane na poziomie centralnym (poziom makro) rozwiązania systemowe są następnie implementowane na poziomie wojewódzkim (poziom mezo) oraz na poziomie świadczeniodawcy (poziom mikro).

Jednym z najważniejszych zadań NFZ jest zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych populacji poprzez zawieranie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń (np. lecznictwo szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podstawowa opieka zdrowotna)⁴. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej (realizacja zawartych umów ze świadczeniodawcami) jest przez NFZ monitorowana i rozliczana.

Ponadto NFZ określa jakość i dostępność oraz prowadzi analizę kosztów świadczeń opieki zdrowotnej⁵, choć zadanie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej zostało powierzone innej instytucji (AOTMiT), finansowanej w tym zakresie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne⁶.

Zadaniem NFZ jest także wdrażanie, finansowanie, monitorowanie i ewaluacja programów pilotażowych⁷. NFZ może także finansować świadczenia niebędące wprost świadczeniami opieki zdrowotnej, jak np. finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej poprzez np. dodatkowe zachęty finansowe za wystawianie e-recepty lub e-skierowań. Są to sprawdzone w systemie opieki zdrowotnej skuteczne mechanizmy mające

Tabela 2. Potencjał NFZ jako jednostki koordynującej

Kryteria różnicujące	Potencjał NFZ jako jednostki koordynującej
Wsparcie finansowe procesu HB-HTA (tj. możliwości pozyskania środków na finansowanie praktyk HB-HTA na poziomie szpitala i jednostki koordynującej)	Własny budżet NFZ zapewnia stabilne finansowanie zdefiniowanych zadań oraz możliwość przeprowadzania pilotaży. Dzięki wykorzystaniu centralizacji na poziomie kraju i wykorzystaniu regionalnych kanałów komunikacji NFZ realizowane procesy będą zoptymalizowane również pod względem ich kosztów, co zapewnia minimalizację kosztów wdrożenia HB-HTA
Szanse na trwałość modelu/wdrożenia HB-HTA (możliwość podtrzymania po zakończeniu pilotażu)	W misję NFZ wpisane są działania poprawiające efektywność wykorzystania środków publicznych. Trwałość modelu zapewnia wyodrębniony zespół w strukturze NFZ oraz doświadczenie NFZ w utrzymywaniu narzędzi do gromadzenia dużych zbiorów danych
Dostęp do danych niezbędnych do analiz HB-HTA, np. rejestry, zasoby biblioteczne, dane gromadzone przez NFZ, AOTMiT (w strukturze jednostki koordynującej)	NFZ posiada dane dotyczące realizowanych świadczeń w podziale na szpitale, dane epidemiologiczne oraz kosztowe (istniejące ceny świadczeń), które stanowią istotne źródło na etapie tworzenia części finansowej i niefinansowej raportu
Dostęp do ekspertów/specjalistów HB-HTA (w strukturze jednostki koordynującej)	Część pracowników NFZ ukończyła studia HB HTA / HTA, ponad 15 osób bierze udział w projekcie HB-HTA. Szereg osób posiada użyteczne kompetencje: analizy dużych zbiorów danych (<i>big data</i>), modelowania nowych procesów, poszukiwania innowacji, budowy platformy szkoleniowej
Możliwości promocji dobrych praktyk HB-HTA (np. seminaria, konferencja, baza wiedzy, repozytorium raportów)	NFZ posiada doświadczenie w przygotowaniu szkoleń, konferencji i seminariów (np. Akademii NFZ). Regionalna struktura oddziałów i istniejące portale dla świadczeniodawców sprzyjają dotarciu do szpitali
Brak zagrożenia nadmierną formalizacją procesu HB-HTA (np. usztywnianiem procedur, ograniczaniem elastyczności, twarde wytyczne regulacyjne)	W procesie dopuszcza się elastyczność na wejściu (wielu inicjatorów procesu), a także w przebiegu procesu (różny zakres zaangażowania NFZ, o którym decyduje szpital). Opiekun projektu zapewnia responsywność i dostosowanie zakresu wsparcia do potrzeb szpitala
Możliwości sieciowania szpitali na rzecz popularyzacji HB-HTA (tj. potencjał do sieciowania, integrowania na rzecz HB-HTA)	NFZ kontaktuje się z każdym szpitalem finansowanym ze środków publicznych, co ułatwia sieciowanie. Rejestr opracowany na poziomie krajowym pozwala na kontakt wszystkich inicjatorów w całym kraju, a jego utworzenie na etapie e-wniosek przyspiesza proces sieciowania
Możliwości utrzymania zgodności raportów z metodyką HB-HTA (tj. dostępność narzędzi do oceny zgodności z wytycznymi)	NFZ może aktywnie uczestniczyć w procesie tworzenia raportu, co zapewnia zgodność z metodyką. Wydawana przez NFZ rekomendacja ma charakter analizy weryfikacyjnej, m.in. prezentującej ewentualne rozbieżności z metodyką
Możliwości rozwoju narzędzi wspierających proces HB-HTA (np. systemów informatycznych, aktualizacja metodyki)	NFZ posiada doświadczenie w utrzymywaniu systemów informatycznych i baz wiedzy
Możliwości oddziaływania na szpitale w celu wdrażania HB-HTA (np. wywieranie wpływu na pojedyncze szpitale)	Sieciowanie na etapie e-wniosku, możliwość finansowania pilotaży. Cykle szkoleń oraz konferencje zapewniają popularyzację HB-HTA i promują jego wdrażanie
Możliwości wspierania rozwoju kompetencji w obszarze HB-HTA (np. prowadzenie szkoleń, baza wiedzy)	Stały, wyodrębniony zespół w strukturach NFZ zapewnia ciągłość kompetencji i samego procesu
Ryzyko konfliktu interesów między ośrodkiem koordynującym a podmiotami sieciowymi (pojedynczymi szpitalami)	NFZ nie jest formalnie odpowiedzialny za taryfikację świadczeń, nie ma więc bezpośredniego ryzyka wpływu wyników analizy HB-HTA na ten proces

Źródło: opracowanie własne.

na celu zachęcenie świadczeniodawców do określonych zachowań (potencjalnie takie zachęty mogą zostać zastosowane przez NFZ także wobec szpitali, które zdecydują się wdrożyć HB-HTA).

Realizowane przez NFZ na co dzień ustawowe zadania stanowią gotowy zasób (potencjał) do wykorzystania w zakresie wdrożenia nowych rozwiązań, w tym w zakresie wdrażania systemu szpitalnej oceny technologii medycznych.

Optymalnemu wykorzystaniu tego potencjału we wdrażaniu HB-HTA sprzyja struktura organizacyjna NFZ z Centralą oraz 16 oddziałami wojewódzkimi, co zapewnia – z jednej strony – ujednoczenie stosowanej metodyki HB-HTA na poziomie centralnym (standaryzacja procesu HB-HTA na poziomie makro), a z drugiej – zakończoną sukcesem implementację innowacji na poziomie konkretnego szpitala poprzez bezpośrednią współpracę szpitali z właściwymi terytorialnie oddziałami wojewódzkimi NFZ.

Obecnie NFZ jako instytucja podlega fundamentalnym zmianom. Zgodnie ze Strategią NFZ przyjętą przez Radę Funduszu [1] NFZ do roku 2023 „stanie się innowacyjną instytucją cieszącą się większym zaufaniem społecznym”. Dokonywane przez NFZ przekształcenia w nowoczesną organizację zorientowaną na dostarczenie wartości w opiece zdrowotnej stanowią potencjał do wdrażania nowoczesnych narzędzi w systemie opieki zdrowotnej (w szczególności procesów decyzyjnych opartych na dowodach naukowych, takich jak HB-HTA).

Zgodnie ze Strategią NFZ na lata 2019–2023 jednym z celów strategicznych NFZ jest wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności, a także poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej [1]. Realizacja celów strategicznych NFZ powiązanych bezpośrednio z efektywnością systemu opieki zdrowotnej stanowi potencjał do wykorzystania w procesie wdrażania HB-HTA w Polsce.

Wśród celów strategicznych NFZ do osiągnięcia do roku 2023 jest także rozwój kompetencji we wdrażaniu innowacji w ochronie zdrowia [1]. W oczywisty sposób wdrażanie innowacji powinno się opierać na dostępnych dowodach naukowych, a zatem zgodnie z medycyną opartą na dowodach naukowych (EBM) oraz zgodnie z uznanym na całym świecie narzędziem, jakim jest ocena technologii medycznych (HTA).

Opis modelu funkcjonalnego

Strukturę funkcjonalną modelu przedstawiono na rysunku 1. W prezentowanym modelu wszystkie działania bezpośrednich interesariuszy innych niż NFZ mają charakter fakultatywny, użytkowy wobec innych interesariuszy. O ich podjęciu decyduje bezpośrednio interesariusz. Zatem proces, mimo że ma charakter formalny, może być przerwany na każdym etapie, na podstawie decyzji interesariusza. Z kolei prawie wszystkie działania po stronie NFZ mają charakter obligatoryjny. Innymi słowy, decyzje podejmowane przez interesariuszy są wiążące dla działań NFZ. Dzięki takiemu podejściu zapewnia się jak

największe pole decyzyjne podmiotom niebędącym koordynatorem działań.

Wszyscy interesariusze zainteresowani wykorzystaniem koncepcji HB-HTA, którzy nie mają statusu szpitala, mają możliwość wypełnienia e-wniosku o wsparcie w przeprowadzeniu analizy HB-HTA, a także mogą brać udział w szkoleniach (organizowanych zarówno w formie tradycyjnej, jak i w formie e-learningu). Rozszerzony zakres działań jest przewidziany dla szpitala, albowiem w jego przypadku, oprócz możliwości wyboru zakresu wsparcia w przygotowaniu raportu HB-HTA, istnieje możliwość wystąpienia z wnioskiem o sporządzenie analizy weryfikacyjnej. Dodatkowo po stronie szpitala istnieje konieczność znalezienia źródła finansowania niezbędnego do wdrożenia danej technologii. Relacja podmiotowa, jaka tutaj występuje, polega na wystąpieniu przez szpital z wnioskiem do NFZ o sfinansowanie przedsięwzięcia w ramach pilotażu, dokonaniu oceny przez NFZ oraz poinformowaniu szpitala o decyzji. Oba ww. podmioty mają również uprawnienia do występowania do MZ z wnioskiem o objęcie refundacją danej technologii. Jest to jedyne działanie fakultatywne po stronie NFZ. Ważne jest tutaj przygotowanie protokołu wymiany informacji o fakcie wystąpienia z wnioskiem, tak aby nie doprowadzać do sytuacji, w której występuje dublowanie wniosków.

W prezentowanym modelu najwięcej zadań przypisanych jest płatnikowi publicznemu. NFZ jako koordynator przygotowuje proces wdrożenia koncepcji HB-HTA. Zadanie to polega na standaryzacji procesów HB-HTA poprzez: opracowanie i aktualizację metodyki HB-HTA, w tym także opracowywanie szablonów dokumentów (wzory, listy kontrolne), opracowywanie standardowych procedur operacyjnych (SOP), promocję metodyki HB-HTA, w tym prowadzenie platformy edukacyjnej (szkolenia tradycyjne oraz e-learningowe), prowadzenie rejestru e-wniosków oraz rejestru raportów HB-HTA. Interakcja NFZ z pozostałymi interesariuszami polega na sprawnym udostępnianiu materiałów oraz prowadzonych baz i rejestrów, zaś w przypadku AOTMiT, NIZP-PZH oraz urzędów marszałkowskich również na pozyskiwaniu odpowiednich danych niezbędnych do regularnego zasilania bazy wiedzy. Drugim obszarem działań NFZ jest prowadzenie prac bieżących, związanych z rozpatrywaniem i realizacją wniosków o wsparcie w przygotowaniu raportu HB-HTA lub o dokonanie analizy weryfikacyjnej. NFZ realizuje to zadanie poprzez analizę e-wniosków, zarządzanie kolejką e-wniosków, wyznaczenie opiekuna wniosku, współpracę przy opracowaniu raportu lub analizy weryfikacyjnej raportu HB-HTA (lub jego części) albo analizy prospektywnej.

Przebieg procesu oceny technologii medycznych

Podstawowym procesem w modelu jest przeprowadzenie przez szpital oceny technologii medycznej zgodnie z przyjętą metodyką HB-HTA. Najważniejszym interesariuszem jest szpital, który przeprowadza ocenę i podejmuje na jej podstawie decyzję o wdrożeniu lub

niewdrożeniu technologii. Proces jest koordynowany przez NFZ.

Przebieg procesu można podzielić na kilka etapów:

- zgłoszenie potrzeby oceny technologii medycznej;
- ocena formalna e-wniosku oraz ustalenie zakresu wsparcia;
- sporządzenie analizy weryfikacyjnej oraz podjęcie decyzji o wdrożeniu technologii medycznej;
- wdrożenie technologii i zapewnienie finansowania.

1. Zgłoszenie potrzeby oceny technologii medycznej

Zgłoszenie potrzeby oceny technologii medycznej odbywa się poprzez złożenie e-wniosku, zawierającego podstawowe dane pozwalające na zidentyfikowanie ocenianej technologii i jej wstępną charakterystykę. Wniosek jest wypełniany online poprzez zalogowanie się do rejestru e-wniosków. Rejestr e-wniosków zawiera dane dotyczące wszystkich zgłoszonych do oceny technologii medycznych i jest uzupełniany na każdym etapie procesu o kolejne istotne informacje.

Potrzeba oceny technologii medycznej może być zgłoszona przez:

- szpitale i zrzeszenia szpitali;
- pracowników NFZ⁸;
- inne podmioty (np. towarzystwa naukowe, organizacje pacjenckie, dostawców nowych technologii).

W przypadku gdy inicjatorem jest szpital, dodatkowo wymagane jest określenie zakresu oczekiwanego wsparcia (może to być pomoc w tworzeniu raportu HB-HTA lub przygotowanie analizy weryfikacyjnej). Umożliwienie inicjowania procesu oceny technologii medycznej przez jednostki inne niż szpital ma na celu zwiększenie elastyczności modelu, a także jego popularyzację. Często wiedzę o innowacyjnych technologiach posiadają inni interesariusze, aktywnie działający w sektorze zdrowia. Są to np. pacjenci, którzy poszukują skutecznych terapii oraz wskazują decydom luki w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Mogą to być również towarzystwa naukowe, które propagują postęp technologiczny w medycynie, a także promują najlepsze praktyki w leczeniu danych schorzeń. Ważnym interesariuszem są również podmioty odpowiedzialne za wytworzenie innowacyjnej technologii, ponieważ zależy im na dyseminacji wyników badań jej skuteczności i bezpieczeństwa.

Dodatkowo możliwość złożenia wniosku o ocenę technologii przez szerokie grono interesariuszy ułatwia proces sieciowania szpitali i przede wszystkim umożliwia nawiązanie kontaktu przez inicjatora wniosku ze szpitalem, który widzi dla siebie szansę związaną z proponowaną technologią. Już na tym etapie może się okazać, że takich szpitali będzie więcej, co jest istotną korzyścią w stosunku do sytuacji, kiedy inicjatorzy na własną rękę (pozasystemowo) szukają partnera – wówczas bowiem bazują jedynie na posiadanych kontaktach.

Szczególnym inicjatorem działań może być NFZ, albowiem jest on odpowiedzialny za optymalizację wydatkowania środków publicznych. Zadanie to jest realizowane m.in. poprzez poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań, maksymalizujących efektywność kosztową albo maksymalizujących skuteczność kliniczną. Ponadto

informacja o zainicjowaniu procesu oceny technologii przez jednostkę inną niż szpital jest dla NFZ źródłem wiedzy o potrzebach w zakresie innowacyjnych technologii na rynku. Rola NFZ na tym etapie procesu polega na aktywnym promowaniu i upowszechnianiu rozwiązań HB-HTA poprzez umożliwienie nawiązania kontaktów pomiędzy inicjatorami potrzeby oceny technologii i potencjalnymi realizatorami technologii, wymianę wiedzy między nimi oraz ich sieciowanie.

2. Ocena formalna e-wniosku oraz ustalenie zakresu wsparcia

Zarejestrowany wniosek podlega formalnej weryfikacji przez pracownika NFZ. W przypadku wystąpienia braków formalnych e-wniosek zostaje zwrócony do wnioskodawcy celem uzupełnienia.

Gdy wniosek nie wymaga uzupełnień, dalsze postępowanie zależy od charakteru wnioskodawcy. Jeżeli wnioskodawcą jest podmiot inny niż szpital, NFZ publikuje na przeznaczony do tego stronie internetowej zapytanie/informację o poszukiwaniu szpitala zainteresowanego wdrożeniem innowacyjnej technologii medycznej. W ten sposób NFZ, pełniąc rolę koordynatora, udostępnia interesariuszom informację za pośrednictwem własnych kanałów komunikacji, np. strony internetowej NFZ czy portali dla świadczeniodawców. NFZ jest w ciągłym kontakcie ze wszystkimi podmiotami realizującymi świadczenia finansowane ze środków publicznych, w związku z czym może skutecznie przekazywać wiedzę o zainicjowanych procesach HB-HTA, dla których poszukiwani są realizatorzy, również przez swoje struktury regionalne.

W razie braku zgłoszeń / braku szpitala chętnego do wdrożenia technologii NFZ informuje wnioskodawcę o tym fakcie poprzez uzupełnienie rejestru e-wniosków (uzupełnienie formularza e-wniosku o informację dotyczącą braku realizatora) – uzupełnienie rejestru kończy proces.

W przypadku gdy zgłosi się realizator lub wnioskodawcą jest szpital, należy ustalić zakres oczekiwanego wsparcia.

Możliwe są dwa zakresy działań:

- wsparcie w przygotowaniu raportu HB-HTA;
- wykonanie analizy weryfikacyjnej raportu HB-HTA przygotowanego w całości przez szpital (przy ewentualnym wsparciu innych interesariuszy, np. innych inicjatorów procesu). Analiza weryfikacyjna polega na sprawdzeniu zgodności raportu z metodyką.

W obu przypadkach NFZ:

- wyznacza opiekuna projektu, który identyfikuje obszary wsparcia i wspiera szpital w opracowaniu raportu lub który ściśle współpracuje ze szpitalem przy opracowaniu analizy weryfikacyjnej;
- dostarcza metodykę oceny HB-HTA;
- prowadzi szkolenia z zastosowania metodyki HB-HTA w praktyce lub udostępnia materiały szkoleniowe;
- zapewnia dostęp do wzorów raportów, baz wiedzy (w tym do baz danych) i pomoc w korzystaniu z nich;

- zapewnia dostęp do danych z rejestru e-wniosek oraz raportów HB-HTA opracowanych przez inne szpitale.

Rola NFZ na tym etapie procesu polega na zaangażowaniu własnych kadr do wsparcia szpitali w przeprowadzeniu oceny technologii medycznej zgodnie z metodyką, jak również na zdiagnozowaniu potrzeb szkoleniowych wśród interesariuszy oraz przeprowadzeniu szkoleń w odpowiednim zakresie. NFZ może współpracować z innymi interesariuszami w celu efektywniejszego realizowania zadań, np. w obszarze szkoleń może współpracować z uczelniami wyższymi.

Ustalenie zakresu współpracy koordynatora ze szpitalem pozwala na realizację kolejnego etapu, jakim jest opracowanie raportu lub analizy weryfikacyjnej.

3. Ocena raportu HB-HTA / analizy weryfikacyjnej oraz podjęcie decyzji o wdrożeniu technologii medycznej

Raport HB-HTA jest opracowany przez szpital (samodzielnie lub we współpracy z koordynatorem – NFZ) i stanowi podstawę do dokonania oceny technologii medycznej. Ocena może być pozytywna, pozytywna warunkowo lub negatywna. Takie same wnioski z oceny mogą zostać podjęte po dokonaniu analizy prospektywnej (tj. ewaluacji wdrożonej technologii).

Raport HB-HTA / analiza prospektywna wraz z oceną są przekazywane dyrektorowi szpitala oraz podmiotowi tworzącemu, który podejmuje decyzję o wdrożeniu technologii (w przypadku oceny pozytywnej lub pozytywnej warunkowo) lub o niewdrażaniu technologii (w przypadku oceny negatywnej). Raport i analiza prospektywna są również publikowane w bazie raportów, natomiast rejestr e-wniosek jest uzupełniony przez wnioskodawcę/realizatora o informację dotyczącą wdrożenia lub niewdrożenia ocenianej technologii. Informacja o niewdrożeniu technologii kończy proces.

4. Wdrożenie technologii i zapewnienie finansowania

Jednym z ważniejszych elementów wdrożenia technologii jest poszukiwanie finansowania. Technologia może być finansowana albo ze środków własnych szpitala, albo ze źródeł zewnętrznych. Aby uzyskać finansowanie zewnętrzne, konieczne jest spełnienie wymagań instytucji finansujących i pośredniczących. Na tym etapie szpital może zwrócić się do NFZ o weryfikację, czy jest możliwe sfinansowanie technologii w ramach pilotażu. Można również rozważyć wprowadzenie przez NFZ mechanizmu zwiększenia ryczałtu w ramach tzw. sieci szpitali⁹ o wskaźnik za innowacyjność. Dzięki temu mechanizmowi NFZ może oddziaływać na szpitale, wspierając wdrożenie HB-HTA. W przypadku pozyskania środków na sfinansowanie technologii następuje jej wdrożenie. Wdrożona technologia podlega ewaluacji, której wynikiem jest przeprowadzenie analizy prospektywnej. Szpital może się zwrócić do opiekuna projektu w NFZ o pomoc w analizie prospektywnej (wyjaśnienie metodyki, przeszkolenie, ocena zgodności z metodyką). Koordynator umożliwia dostęp do ekspertów oraz wspiera rozwój kompetencji w zakresie HB-HTA. Wyniki analizy prospektywnej są przekazywane do rejestru prowadzonego przez NFZ.

W przypadku oceny pozytywnej i warunkowo pozytywnej dyrektor szpitala może podjąć decyzję o wystąpieniu z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o objęcie refundacją danej technologii i informuje o tym NFZ. Z taką inicjatywą może wyjść również NFZ, który obecnie ma uprawnienie do składania wniosku do ministra właściwego do spraw zdrowia o dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub też warunków realizacji świadczenia gwarantowanego¹⁰. Informację o wystąpieniu z wnioskiem o objęcie danej technologii refundacją zamieszcza się w rejestrze e-wniosek.

W celu sprawnego przebiegu procesu HB-HTA niezbędne jest dostarczenie kompletnych danych wszystkim interesariuszom. Spójność danych oraz ich porównywalność będzie zapewniona poprzez udostępnienie wzorów raportów i analiz, zdefiniowanie zakresu gromadzonych danych w e-rejestrach i bazach danych, a także opracowanie procedur określających dostęp do tych danych.

Źródła finansowania dla modelu

Przyjęcie modelu funkcjonalnego, w którym koordynującą rolę w procesie HB-HTA pełni NFZ, oznaczać będzie dodanie nowego zadania do katalogu zadań Funduszu, określonego w art. 97 ustawy o świadczeniach, lub modyfikację brzmienia obecnie realizowanych zadań tak, aby uwzględnić wszelkie działania realizowane w procesie HB-HTA przez Centralę i oddziały wojewódzkie NFZ. Uwzględnienie działania polegającego na koordynacji procesu *expressis verbis* w przepisach ustawy będzie stanowić podstawę do zwiększenia wysokości środków, które są przekazywane do Funduszu i stanowią komponent planu finansowego. Wydatki planowane na realizację tego zadania obejmują koszty administracyjne związane z obsługą procesu przez pracowników NFZ, ale także wydatki na infrastrukturę, tj. utworzenie platformy i rejestru, które umożliwią gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych na potrzeby procesu HB-HTA, a także prowadzenie szkoleń (e-learning) i komunikację z wnioskodawcami.

1. Finansowanie z udziałem środków europejskich

Mając na uwadze założenia określone w modelu HB-HTA z centralną rolą Funduszu, konieczne jest poniesienie kosztów zaprojektowania i wdrożenia odpowiednich rozwiązań technicznych umożliwiających realizację procesu HB-HTA. Potencjalnymi źródłami finansowania, które mogą być rozważane w przypadku podjęcia decyzji o wyborze tego modelu, są środki europejskie, które będą dostępne w programach operacyjnych na lata 2021–2027 w zakresie wsparcia innowacji i wzmocnienia infrastruktury w ochronie zdrowia.

2. Finansowanie na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

Potencjalnym źródłem finansowania niniejszego modelu w zakresie rozwiązań teleinformatycznych i wydatków na infrastrukturę może być również budżet Centrum e-Zdrowia [5]. Ta państwowa jednostka budżetowa powołana przez ministra właściwego do spraw zdrowia odpowiada za monitorowanie planowanych, budowanych

i prowadzonych systemów teleinformatycznych na poziomie centralnym i regionalnym. Jednakże przy rozważaniu tego źródła finansowania kluczowe jest określenie współpracy z Funduszem, podziału kompetencji według właściwości tych instytucji oraz wprowadzenia odpowiednich zmian w ustawie z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [6] w zakresie i na zasadach określonych podobnie jak w przypadku innych rejestrów i usług teleinformatycznych w ochronie zdrowia.

3. Finansowanie w ramach pilotażu

Z uwagi na centralną rolę Funduszu w tym modelu zakłada się, że obsługę procesu HB-HTA, czyli wszelkie koszty administracyjne wynikające z tego zadania, poniesie Fundusz. Tego rodzaju wydatki są, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych [7], projektowane w długim okresie i – skumulowane – stanowiąc będą koszt wyższy od wydatków ponoszonych na infrastrukturę. W zależności od przyjętych założeń co do wpływu proponowanego rozwiązania na poziom zatrudnienia w Centrali i w wojewódzkich oddziałach Funduszu, co będzie przedmiotem analiz ilościowych w przypadku wyboru tego modelu, zasadne wydaje się przeprowadzenie pilotażu w celu sprawdzenia efektywności proponowanego rozwiązania, zanim zostanie ono wdrożone w skali całego kraju.

Potencjalnymi źródłami finansowania pilotażu (programu pilotażowego) mogą być środki Funduszu, a także środki będące w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, który na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy o świadczeniach [4] może wdrożyć program pilotażowy dla danego świadczenia opieki zdrowotnej, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa o świadczeniach zawiera więc dwie możliwości – minister właściwy do spraw zdrowia może opracować program pilotażowy dla technologii będącej przedmiotem wniosku HB-HTA i przeznaczyć na to środki, albo przygotować pilotaż, który Fundusz sfinansuje ze środków pozostających do jego dyspozycji w planie finansowym.

Dyskusja

Zaproponowany model szpitalnej oceny technologii medycznych z koordynacyjną rolą NFZ niesie wiele potencjalnych korzyści dla interesariuszy, należy jednak również zidentyfikować bariery, jakie mogą się pojawić przy jego wdrożeniu. Najważniejszą korzyścią jest bardziej efektywna alokacja środków finansowych w związku z wdrażaniem przez szpitale innowacyjnych technologii medycznych oraz identyfikacja nowych mechanizmów finansowania świadczeń, uwzględniających wskaźnik innowacyjności. NFZ jako koordynator gwarantuje poprawę dostępności do innowacyjnych technologii medycznych i eliminację błędów systemowych wynikających z braku koordynacji, a także lepszą alokację środków finansowych ze środków Unii Europejskiej (UE) i kontrolę poprawności realizacji procesu HB-HTA. Bariery proponowanej polityki może

być obawa przed nadmierną ingerencją płatnika w proces wdrażania HB-HTA oraz konieczność poniesienia zwiększonych nakładów finansowych.

Szpitale wdrażające innowacje będą miały szansę na rozwój działalności leczniczej w związku z wdrożeniem innowacyjnych technologii i wzmocnienie swojej pozycji konkurencyjnej. Bariery mogą być potencjalne trudności z utrzymaniem równowagi finansowej przy realizacji innowacyjnych, potencjalnie bardziej kosztownych technologii.

W przypadku kadry medycznej, a także ośrodków akademickich, towarzystw naukowych i organizacji zrzeszających profesjonalistów medycznych podstawową korzyścią jest wzrost kompetencji i wykorzystanie EBM przy podejmowaniu decyzji o stosowaniu określonych technologii. Podniesienie kompetencji jest również ważną korzyścią dla podmiotów tworzących, które ponadto uzyskają możliwość współpracy z innymi ośrodkami, profesjonalne wsparcie i dostęp do wiedzy. Bariery może być brak struktur HB-HTA i potencjału do ich tworzenia.

Podsumowując, wdrożenie modelu HB-HTA z centralną rolą NFZ jako koordynatora wiąże się z przeszkodami, z których najważniejszymi są: brak wykwalifikowanych kadr i konieczność poniesienia kosztów zmiany organizacyjnej, brak zainteresowania ze strony inicjatorów procesu HB-HTA i związana z tym konieczność podnoszenia świadomości z zakresu HB-HTA, poczucie zagrożenia po stronie innych interesariuszy spowodowane wzrostem znaczenia NFZ oraz zwiększony nacisk na sfinansowanie innowacyjnych technologii. Przeszkody te będą dotyczyły różnych interesariuszy z różną siłą (tabela 3).

Trzeba jednak zauważyć, że znacznie większą siłą oddziaływania na interesariuszy będą miały możliwości, jakie daje wdrożenie opisywanego modelu HB-HTA (tabela 4). Do najważniejszych należą: trwała popularyzacja stosowania HB-HTA wśród szpitali, wzrost innowacyjności w ochronie zdrowia, wzrost efektywności wydatkowania środków publicznych oraz podniesienie kompetencji pracowników w zakresie EBM i HB-HTA.

Model z koordynującą rolą NFZ zapewnia dużą stabilność, zarówno finansową, jak i organizacyjną, co tworzy warunki do poprawy poziomu zarządzania w sektorze szpitalnym oraz prowadzi do rozpowszechniania idei innowacji powstających poza sektorem szpitalnym (np. w organizacjach pacjenckich), które mogą przyczyniać się do poprawy efektywności tego sektora. Koordynacja przez instytucję centralną, tym m.in. centralny rejestr e-wnioseków tworzony na pierwszym etapie składania wniosków, zapobiega zbędnemu duplikowaniu działań w ramach HB-HTA i usprawnia proces sieciowania szpitali i innych interesariuszy z wykorzystaniem kompetencji i kanałów komunikacji NFZ.

Specyfika NFZ jako organizacji centralnej z oddziałami wojewódzkimi warunkuje sprawność i elastyczność procesu, sprowadzając część działań – w tym komunikację ze szpitalami – na poziom regionalny. Szpital jest właścicielem procesu, natomiast zaangażowanie opiekuna ze struktur NFZ gwarantuje responsywność

Tabela 3. Bariery we wdrożeniu modelu z koordynacyjną rolą NFZ

Brak wykwalifikowanych kadr i konieczność poniesienia kosztów zmiany organizacyjnej	Szpital NFZ Właściciel MZ Instytucje finansujące	●●● ●●○ ●●● ●●○ ●○○
Brak zainteresowania ze strony inicjatorów i konieczność podnoszenia świadomości z zakresu HB-HTA	Szpital NFZ Pozostali inicjatorzy	●●○ ●○○ ●●○
Poczucie zagrożenia po stronie innych interesariuszy spowodowane wzrostem znaczenia NFZ	AOTMiT Dostawcy technologii Szpital	●●● ●●○ ●●○
Zwiększony nacisk na sfinansowanie innowacyjnych technologii	MZ NFZ ABM Urząd marszałkowski Inne instytucje finansujące	●●● ●●● ●●○ ●●○ ●○○

Źródło: opracowanie własne.

i dostosowanie do potrzeb inicjatora, minimalizując ryzyko, że z uwagi na wewnętrzne problemy organizacyjne po stronie szpitala raport HB-HTA nie zostanie sfinalizowany, a technologia nie zostanie wdrożona.

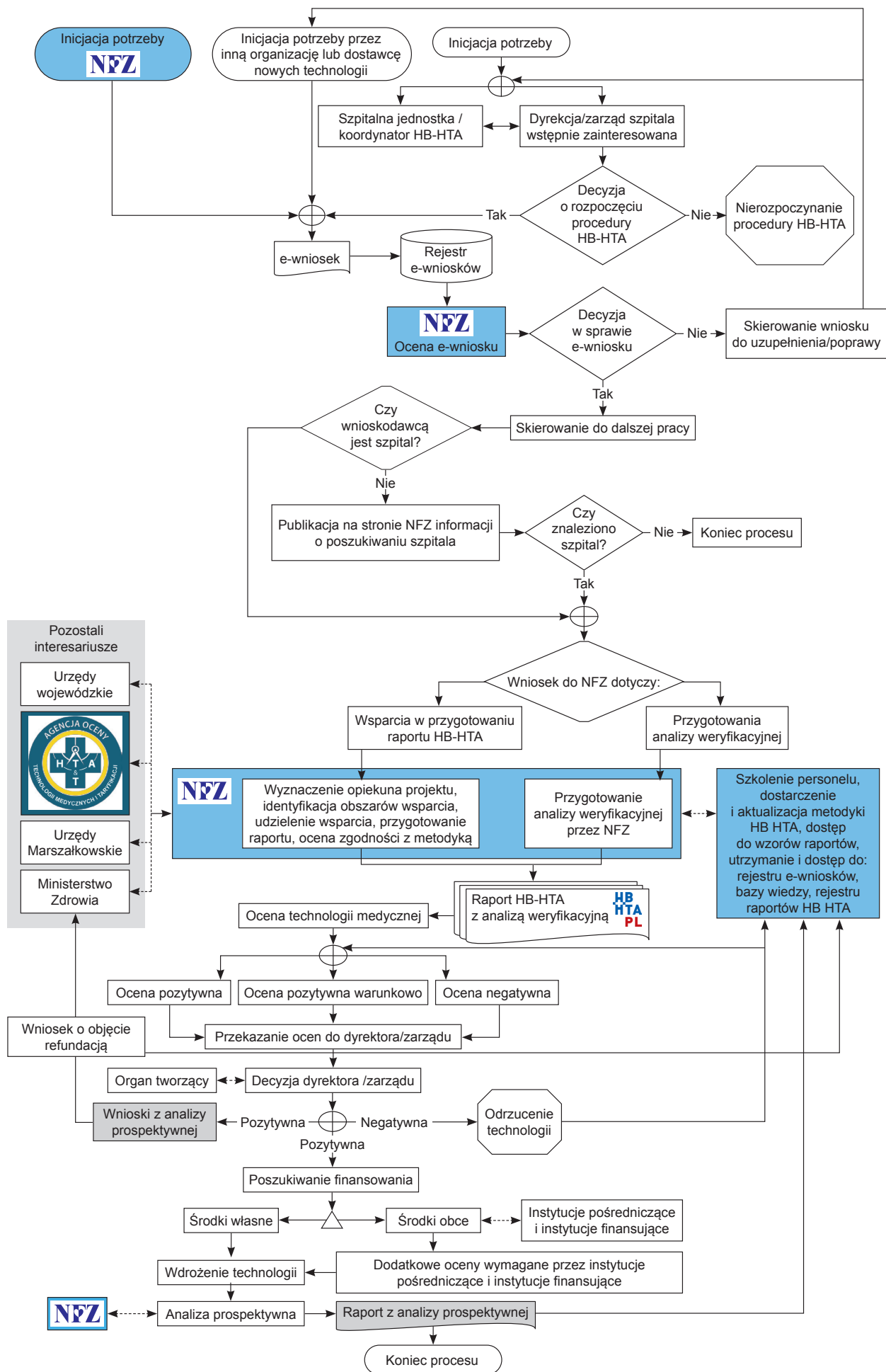
Trwały, stale rozwijany model HB-HTA wpisuje się w cel strategiczny NFZ, którym jest poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. Pełnienie przez NFZ funkcji ośrodka koordynującego sieć HB-HTA w Polsce poprzez synergię działań związanych z jednej strony z realizacją

strategicznych celów NFZ, a z drugiej z wdrażaniem systemu HB-HTA, stanowi wykorzystanie istniejącego w systemie opieki zdrowotnej w Polsce potencjału. Potencjał ten może być wykorzystany na poziomie makro (pełnienie przez NFZ funkcji ośrodka koordynującego sieć HB-HTA w Polsce), mezo (regionalna współpraca oddziałów wojewódzkich NFZ ze szpitalami) i mikro (wspieranie szpitali w opracowywaniu raportów HB-HTA, dostarczanie szkoleń z zakresu HB-HTA).

Tabela 4. Korzyści, jakie niesie wdrożenie modelu z koordynacyjną rolą NFZ

Trwała popularyzacja stosowania HB-HTA wśród szpitali	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizacja NFZ (Centrala + regionalne oddziały) ✓ Ustrukturalizowana platforma ✓ Stała aktualizacja metodyki ✓ Wypracowane kanały komunikacji ✓ Sieciowanie szpitali i innych interesariuszy ✓ Rejestr e-wniosek 	Szpital, organizacje zrzeszające szpitale NFZ MZ, AOTMiT Instytucje finansujące	●●● ●●● ●●○ ●○○
Wzrost innowacyjności w ochronie zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Wzrost liczby wdrożeń opartych na EBM ✓ Zróżnicowani inicjatorzy 	Szpital Dostawcy technologii Kadra naukowa, kadra medyczna Pacjenci, organizacje pacjenckie	●●● ●●● ●●● ●●●
Wzrost efektywności wydatkowania środków publicznych	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesjonalizacja i standaryzacja procesu pozyskania dofinansowania 	NFZ MZ, MF Instytucje finansujące (ABM, NCBiR, jednostki samorządu terytorialnego, UE) Właściciel	●●● ●●● ●●○ ●●○
Podniesienie kompetencji pracowników w zakresie EBM HB-HTA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesjonalne szkolenia ✓ Baza wiedzy ✓ Opiekun projektu 	Szpital Kadra medyczna Ośrodki akademickie Izby zawodowe NFZ	●●● ●●● ●●○ ●●○ ●●●

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 1. Model HB-HTA z koordynującą rolą NFZ

Źródło: opracowanie własne.

Przypisy

¹ Inicjatorem procesu jest osoba lub instytucja, która zgłasza potrzebę oceny technologii medycznej, w szczególności: szpital albo zrzeszenie szpitali, NFZ, towarzystwa naukowe, organizacje pacjenckie, dostawcy nowych technologii.

² Sieciowanie szpitali oznacza budowanie relacji formalnych oraz nieformalnych pomiędzy szpitalami w celu wymiany wiedzy, doświadczeń oraz dzielenia się dobrymi praktykami. Sieć współpracy umożliwi wykorzystanie efektu synergii poprzez wspólne realizowanie działań, które mogą być niemożliwe do wykonania przez jeden szpital (np. z powodu braku zasobów, wiedzy, doświadczenia).

³ Za kryteria różnicujące przyjęto takie cechy modelu, które determinują jego użyteczność; kryteria zostały wypracowane przez zespół projektowy i zaprezentowane podczas panelu eksperckiego 24 czerwca 2020 r. podczas konferencji, na której przedstawiono sześć wypracowanych modeli HB-HTA.

⁴ Art. 97 ust. 3 pkt 4a i art. 48e ust. 5 i ust. 7 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

⁵ *Ibidem*.

⁶ Odpis dla AOTMiT, o którym mowa w art. 31t ust. 2 pkt 1a ustawy o świadczeniach [4], Rozdział 1aa Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej ustawy o świadczeniach.

⁷ Art. 97 ust. 3 pkt 4a i art. 48e ust. 5 i ust. 7 ustawy o świadczeniach [4].

⁸ Przyjmujemy, że NFZ jest jedną instytucją, zatem nie wyróżniamy na schemacie (rysunek 1) Centrali i oddziałów wojewódzkich. Podział poszczególnych zadań/procesów nastąpi wewnątrz organizacji i będzie on uszczegółowieniem procesu, a nie jego zmianą.

⁹ „Sieć szpitali” to system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej

w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wyspecjalizowanych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania (na podstawie art. 95l ustawy o świadczeniach [4]).

¹⁰ Art. 31e ustawy o świadczeniach [4].

Piśmiennictwo

1. Strategia rozwoju NFZ na lata 2019–2023 cel strategiczny nr 5, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/narodowy-fundusz-zdrowia-ze-strategia-rozwoju,7327.html> (dostęp: 30.04.2021).
2. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, http://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20ramy%20strategiczne%20www.pdf (dostęp: 30.04.2021).
3. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/wytyczne_hta/2016/20160913_Wytyczne_AOTMiT.pdf (dostęp: 30.04.2021).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).
5. Centrum E-Zdrowia (poprzednia nazwa Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia), <https://www.cez.gov.pl/> (dostęp: 08.05.2021).
6. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. z dnia 20 stycznia 2021 r.) (Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.).