

Możliwości i bariery wdrożenia systemu HB-HTA na podstawie modelu z koordynującą rolą szpitala

Marcin Kautsch  <https://orcid.org/0000-0002-4520-3560>

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31–066 Kraków, marcin.kautsch@uj.edu.pl

Abstract

HB-HTA system implementation based on the model with the coordinating role of hospital

The article presents the concept of the HB-HTA (Hospital-Based Health Technology Assessment) project implementation as one of the options for implementing HB-HTA in Poland. The model involves the creation of structures in selected hospitals dealing with the assessment of technologies that would be implemented in the units. The model is characterized by a small number of stakeholders and their interests do not conflict with one another. The basic condition for the success of the project is the reimbursement of the mentioned technologies, which would allow financing the described activities. The implementation of the project requires, above all, specialized staff (already present on the market), supported by appropriate technical and organizational solutions. The implementation of the project in the proposed version should bring benefits in the entire healthcare system – improved access to services, as well as improved quality of hospital management and improved financial results of the hospitals and the system itself.

Key words: HB-HTA, HTA, hospital, Poland

Słowa kluczowe: HB-HTA, HTA, szpital, Polska

Wprowadzenie

Artykuł powstał na podstawie materiału zgromadzonego na potrzeby projektu „Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych”, którego celem jest wdrożenie metodologii szpitalnej oceny technologii medycznych, służącej zwiększeniu możliwości zarządzania systemem opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym oraz ogólnopolskim [1].

O ile ocena technologii medycznych (*Health Technology Assessment*, HTA) jest pojęciem znanym, o tyle szpitalna ocena technologii medycznych (*Hospital-Based Health Technology Assessment*, HB-HTA) jest w Polsce zagadnieniem dopiero rozpoznawanym. HB-HTA zajmuje się przede wszystkim technologiami nielekowymi i ma przyspieszyć podejmowanie decyzji inwestycyjnych w szpitalach. Obecnie szpitale posługują się własnymi, nie zawsze jasnymi, kryteriami przy inwestowaniu w ww. technologie. System HB-HTA ma stworzyć mechanizm sprawiający, że podejmowane decyzje będą oparte na badaniach i analizie [2].

We wspomnianym projekcie założono możliwość wdrażania systemu HB-HTA opartego na modelach

z wiodącą rolą różnych instytucji, takich jak: organy administracji publicznej (rządowej/samorządowej), niezależne firmy czy właśnie szpitale. Model opisany w niniejszym artykule – z koordynującą rolą szpitala, zwany dalej modelem szpitalnym – zakłada kluczową rolę szpitala, który staje się centralną jednostką modelu. Wdrożenie HB-HTA oparte będzie na strukturach, które będą tworzone w szpitalu (w analizie interesariuszy jednostki takie zostały nazwane „szpitalami ze skłonnością do innowacji”). Struktury te wykonywać będą wszystkie działania – od zgłoszenia pomysłu nowej technologii do ukończenia raportu oceniającego jej wdrożenie, będącego podstawą do starania się o dofinansowanie/refundację tej technologii. Szpital opracowuje też raporty dla innych jednostek, które nie wykształca u siebie struktur HB-HTA.

Metodologia

W opracowaniu posłużono się metodologią przyjętą w projekcie – wspólną dla wszystkich modeli. Przeprowadzono przegląd: praktyk i instytucji zaangażowanych w proces HB-HTA w różnych krajach, wyników badań NFZ, wyników badania benchmarkowego. Zidentyfikowano interesariuszy, przeanalizowano ich role, interesy

oraz konsekwencje wdrożenia modelu, posługując się metodyką *PolicyMaker* [3]. Wzięto pod uwagę wyniki 14 warsztatów eksperckich z liderami opracowań analizowanych modeli HB-HTA, z koordynatorami prac projektowych z Uczelni Łazarskiego oraz Instytutu Kardiologii oraz ze specjalistą z zakresu zarządzania procesowego.

Model opracowano na podstawie wiedzy eksperckiej, uzupełnionej o *scoping review* zawierający przegląd dostępnych wyników bez tworzenia podsumowującej odpowiedzi na pytanie badawcze [4]. Dokonano analizy merytorycznej stosownych danych pochodzących z internetu, w tym artykułów, raportów i stron internetowych dotyczących omawianej tematyki. Pozyskane dane zostały zidentyfikowane za pomocą wyszukiwarki Google. W wyszukiwaniu wykorzystano kombinację następujących terminów: „HB-HTA”, „szpitalne HTA”, „innowacje”, „szpitale” i „HTA”. Zawartość zebranych materiałów została przeanalizowana pod kątem ich przydatności zgodnie z założeniami modelu postępowania przyjętego w projekcie.

Założenia modelu szpitalnego

Wdrożenie HB-HTA oparte na modelu szpitalnym wymagać będzie pozyskania przez szpitale kadry, do której zadań należeć będzie poszukiwanie informacji dotyczącej technologii mającej być przedmiotem opracowania i samo jego tworzenie. Kadra będzie wspierana przez ekspertów z różnych dziedzin, zatrudnianych zadaniowo, do rozwiązywania specjalistycznych problemów, które nie będą leżeć w jej kompetencjach.

Niezbędne też będzie zbudowanie przez szpitale bazy wiedzy – danych i materiałów koniecznych do tworzenia analiz opłacalności i skuteczności technologii, których wdrożenie będzie planowane. Rozbudowa bazy danych, jej systematyzacja i osiągnięcie punktu krytycznego (odpowiednio duża baza i ilość zgromadzonych danych) pozwoli wykorzystywać uprzednio pozyskane materiały do kolejnych analiz [5]. Efektywna działalność HB-HTA wymagać będzie stworzenia/posiadania w szpitalach narzędzi informatycznych pozwalających na komunikację z naukowymi bazami danych (prenumerata dostępu), wspomagających proces tworzenia analiz itd. Rozbudowa infrastruktury IT będzie następowała wraz ze wzrostem zapotrzebowania na analizy.

Szpitalne struktury HB-HTA będą wspierać jednostkę w poszukiwaniu źródeł finansowania technologii będących przedmiotem analiz i we wdrażaniu tej technologii, jak również podejmować działania mające na celu uzyskanie refundacji.

W zależności od przyjętej przez dany szpital strategii rozwoju modelu rozszerzenie działalności HB-HTA może obejmować: prowadzenie szkoleń przyszłych pracowników struktur HB-HTA (dla własnego i innych szpitali), obsługę prawną i/lub wspólnie wdrażanie rozwiązań będących przedmiotem analiz realizowanych dla innych szpitali czy też pomoc w staraniach o sfinansowanie zbadanych rozwiązań.

Po wdrożeniu technologii konieczna będzie ocena jej efektów. Ponieważ dane będą wytwarzane przez szpitale

z wykorzystaniem własnych środków, dane te będą własnością jednostki, która je wytworzyła. Będzie ona mogła je udostępniać innym zainteresowanym podmiotom odpłatnie lub nieodpłatnie. W przypadku tworzenia raportów dla innych podmiotów prawo własności danych oraz możliwość ich udostępniania będą warunkowane zapisami umowy. Zapewne zleceniodawca (szpital nieposiadający struktur HB-HTA) nie będzie skłonny udostępniać danych, które sam wytworzył, lub za które zapłacił. W obu tych przypadkach należy zakładać możliwość korzystania z prawa własności (posiadania: *ius possidendi*, używania: *ius utendi* i pobierania pożytków: *ius fruendi*) przez omawiane jednostki [6].

Jeżeli jednostka będzie wnioskować o dofinansowanie wdrażania technologii lub refundację wdrożonej technologii, dane będą udostępniane stosownym instytucjom biorącym udział w dofinansowaniu / procesie refundacji.

Przebieg procesu HB-HTA

Proces HB-HTA zazwyczaj inicjują klinicyści (co nie wyklucza inicjatyw przedstawicieli innych grup personelu), zgłaszając nową technologię, którą chcieliby zastosować w szpitalu. Jeżeli w jednostce są struktury HB-HTA, inicjatywa kierowana jest za ich pośrednictwem, jeżeli nie – bezpośrednio do dyrekcji/zarządu (dalej: dyrekcji) szpitala. Dyrekcja podejmuje decyzję o rozpoczęciu/nierozpoczęciu procedury (procesu) HB-HTA. Jeżeli jednostka posiada własne struktury, to one wykonują raport HB-HTA, jeżeli nie – wykonanie raportu zlecane jest szpitalom, które takie struktury posiadają.

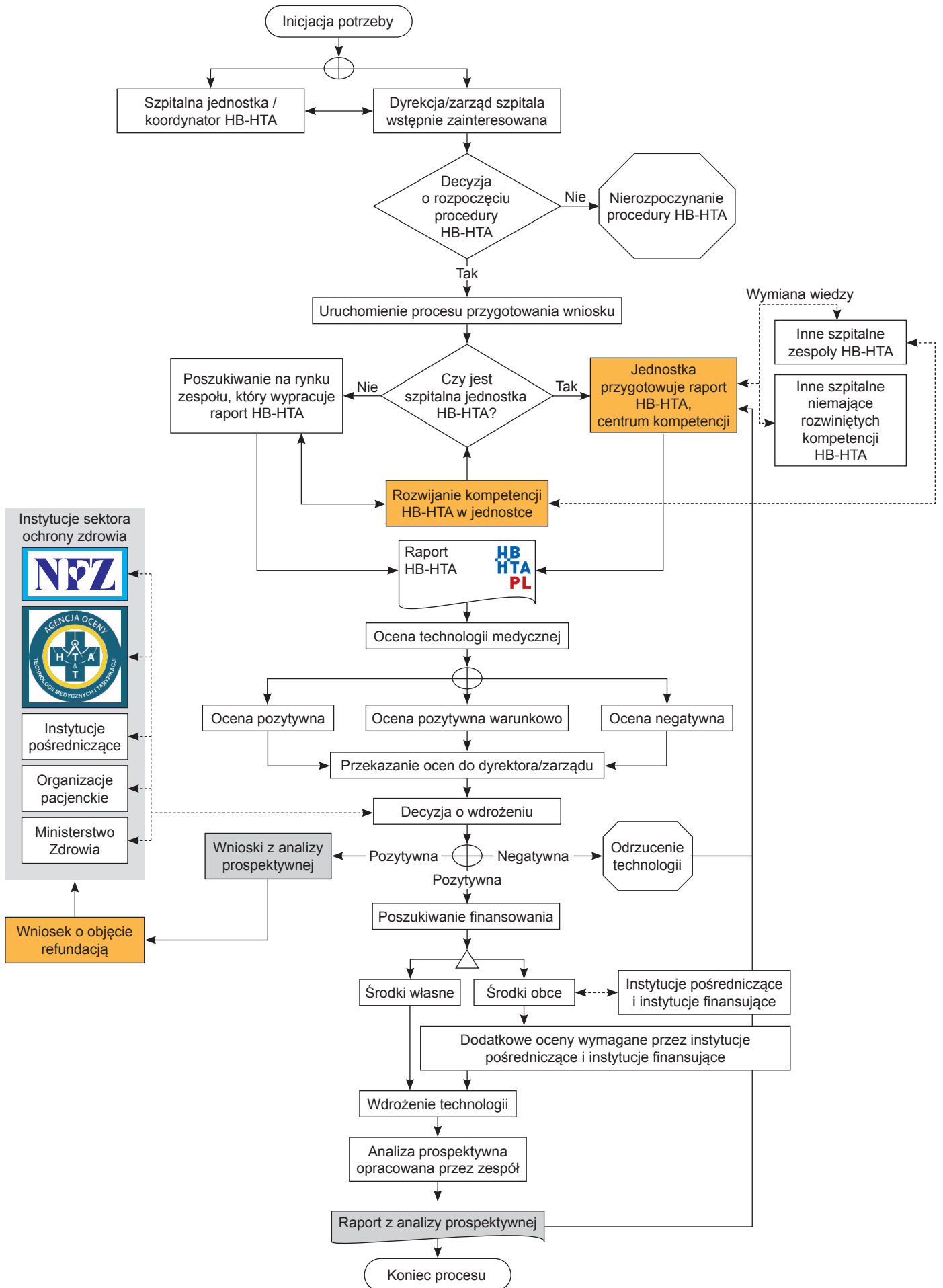
Na podstawie przygotowanego raportu możliwa jest ocena zgłaszanej technologii. Ocena ta przekazywana jest do dyrekcji, która może podjąć decyzję o wdrożeniu technologii lub jej odrzuceniu. Ten drugi przypadek oznacza koniec procesu, a raport dotyczący zgłaszanej technologii trafia do szpitalnego repozytorium wiedzy budowanego wraz z rozwojem struktur HB-HTA.

Po pozytywnej decyzji następuje poszukiwanie źródeł finansowania. Mogą one pochodzić z jednostki lub – przynajmniej częściowo – być pozyskiwane ze źródeł zewnętrznych. Sfinansowanie bądź dofinansowanie wdrożenia może pochodzić ze środków publicznych (np. granty, dotacje) lub niepublicznych (finansowanie na zasadach komercyjnych) i może się wiązać z koniecznością wykonania przez jednostkę dodatkowych ocen planowanej technologii.

Po zabezpieczeniu środków następuje wdrożenie zakończonych analizą prospektywną opracowaną przez zespół HB-HTA i raportem z teje analizy, który kończy proces.

Raport z analizy trafia do repozytorium oraz do dyrekcji szpitala. Jeżeli wyniki raportu będą wskazywały na opłacalność technologii, dyrekcja może zdecydować o podjęciu starania o refundację omawianej technologii. Wyniki analizy prospektywnej stanowiąc będą podstawę do złożeniu wniosku o refundację, która to refundacja będzie przebiegać zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Przebieg procesu HB-HTA w modelu szpitalnym przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Przebieg procesu HB-HTA w modelu szpitalnym

Źródło: opracowanie własne.

Identyfikacja, siła wpływu i nastawienie interesariuszy oraz konsekwencje wdrożenia projektu dla interesariuszy

Podmioty wywierające wpływ na cele zdrowotne, kształtujące warunki i zasady ich realizacji oraz uczestniczące w ich osiągnięciu określa się mianem aktorów polityki zdrowotnej. Pewnych aktorów traktuje się zwykle jako najważniejszych (np. politycy, rząd, świadczeniodawcy, płatnicy, społeczeństwo), ale rolę kluczową mogą pełnić różni aktorzy, w zależności od ich rzeczywistego wpływu na przebieg zdarzeń [7].

Identyfikacja kluczowych podmiotów i ich ról w procesie pozwala ustalić, kto w danych warunkach będzie skutecznie oddziaływać na proces decyzyjny i wdrożeniowy, mając w związku z tym istotny wpływ na powodzenie zmiany¹. To, czy model zostanie przyjęty i wdrożony, zależy od możliwości pozyskania dostatecznie silnych sprzymierzeńców wśród aktorów polityki zdrowotnej [8].

Z uwagi na ograniczenia związane z objętością niniejszego tekstu dalsze rozważania przeprowadzono dla tych interesariuszy, których siłę wpływu uznano za wysoką (zostali oni oznaczeni poniżej pogrubioną czcionką). W prowadzonej analizie wyróżniono następujących interesariuszy:

- **Urząd wojewódzki,**
- **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oddział wojewódzki,**
- **Urząd marszałkowski,**
- **Organ tworzący szpitala,**
- **Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT),**
- **NFZ Centrala,**
- **Ministerstwo Zdrowia (MZ),**
- **Agencja Badań Medycznych (ABM),**
- **Szpitale z dużą skłonnością do innowacji,** czyli szpitale, które będą tworzyć struktury HB-HTA i będą skłonne wziąć udział w projekcie,
- Szpitale z małą skłonnością do innowacji, tj. takie, które nie będą tworzyć własnych struktur HB-HTA, mogą natomiast chcieć skorzystać z usług tych, które takie struktur będą tworzyć,
- **Klinicyści / kadra zarządzająca,**
- Organizacje pacjenckie,
- Media fachowe/ogólne,
- Komercyjne instytucje finansujące.

Z punktu widzenia omawianego procesu kluczowymi podmiotami są klinicyści / kadra zarządzająca – podejmujący decyzję o wdrożeniu procesu lub jego niewdrażaniu, oraz komórki (struktury) zajmujące się opracowaniem raportów. Oczywiście wdrożenie modelu warunkowane jest nastawieniem pozostałych interesariuszy, których rolę można określić jako wspomagające, wspierające. Są oni „beneficjentami” wdrożenia, nie biorąc bezpośredniego udziału w samym procesie HB-HTA. Cechą wyróżniającą omawiany model jest więc relatywnie mała liczba kluczowych podmiotów, których interesy nie stoją ze sobą w konflikcie.

Zapisy zawarte w tabeli 1 wskazują, że kluczowi interesariusze mocno wesprą projekt. Analiza możliwości

i zagrożeń wskazuje najistotniejsze kwestie, jakie powinny być brane pod uwagę przy próbie oceny możliwości wdrożenia projektu z punktu widzenia interesariuszy:

- Dla interesariuszy „wewnętrznych” (**szpital jako taki, zarządzający, klinicyści**) będzie to poprawa: współpracy wewnętrznej, wyniku finansowego (przez ww. współpracę, usprawnienie procesów związanych z wdrażaniem technologii), jakości zarządzania; oszczędności z tytułu wdrożenia technologii oraz przychody ze sprzedaży usług HB-HTA. Nie mniej istotna będzie zmiana kultury organizacyjnej, możliwość ściągania kadry otwartej na innowacje i przedsiębiorczość – stworzenie swego rodzaju koła zamachowego, inkubatora dla dynamizacji rozwoju szpitala. Elementami utrudniającymi wdrażanie projektu dla tych interesariuszy będzie konieczność pozyskania wspomnianej kadry dla tworzenia raportów HB-HTA i zabezpieczenia środków na jej utrzymanie. Po stronie klinicystów może się też pojawić niechęć do podejmowania działań o charakterze administracyjnym/ekonomicznym. Z pewnością problemem może okazać się zniechęcenie (lub spadek zainteresowania) wspieraniem procesu HB-HTA, jeśli pierwsze doświadczenia będą nieudane (np. kilkukrotne odrzucanie wniosków o refundację).
- **AOTMiT** powinna wspierać projekt ze względu na wzrost znaczenia analiz HTA jako takich i wzrost świadomości społecznej nt. HTA, a przez to znaczenia Agencji. Wdrożenie projektu pozwoliłoby na poprawę relacji i usprawnienie komunikacji między szpitalami a AOTMiT (pojawienie się w szpitalach osób znających problematykę HTA). Niechęć do wsparcia projektu przez AOTMiT może wynikać z obawy o osłabienie wiodącej roli Agencji w obszarze HTA i obawy przed utratą deficytowych specjalistów na rzecz szpitali.
- **Centrali NFZ** wprowadzenie projektu pozwoli uzyskać oszczędności finansowe związane z powszechniejszym dostępem do skutecznych metod leczenia, poprawę alokacji środków, a w dłuższej perspektywie poprawę wizerunku NFZ jako instytucji wspierającej innowacje. Wdrożenie projektu może się też wiązać z koniecznością dzielenia się przez NFZ wiedzą i posiadanymi informacjami, co wymagać będzie dodatkowej kadry, podjęcia nowych obowiązków, stworzenia systemu zarządzania informacją. Powyższe spowoduje dodatkowe koszty. Największe obawy budzi natomiast problem ewentualnego braku środków w NFZ na finansowanie działań, które okażą się efektywne, a których NFZ nie wesprze w związku z ograniczeniami budżetowymi.
- Podobne powody oporu przed realizacją projektu można przypisać **Ministerstwu Zdrowia**. Docho- dzą do tego obawy przed nierównym rozwojem regionalnym (promowane będą bowiem zapewne jednostki większe i akademickie, czyli te mieszczące się w dużych miastach), a przez to narastaniem nierówności w zdrowiu. Przeważają jednak korzyści, jakie MZ może odczuwać: poprawa dostępności do innowacyjnych technologii, poprawa

Tabela 1. Interesariusze, ich siła wpływu, konsekwencje polityki dla interesariusza i ich waga

Interesariusz	Stanowisko interesariusza	Siła wpływu interesariusza	Najistotniejsze konsekwencje polityki dla interesariusza	Waga konsekwencji
Urząd wojewódzki	Średnio wspierający	Średnia	<ul style="list-style-type: none"> • Profesjonalizacja HB-HTA • Wypracowanie standardów obiektywizacji procesu decyzyjnego finansowania innowacji w szpitalach w regionie • Adaptacja mechanizmów HB-HTA do systemu IOWISZ • Poprawa efektywności szpitali 	Średnia
NFZ Oddział wojewódzki	Słabo wspierający	Średnia	<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa dostępności do innowacyjnych technologii medycznych, poprawa wskaźników systemowych i zdrowotnych, większa ilość środków na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych • Wypracowanie standardów obiektywizacji procesu decyzyjnego finansowania innowacji ze środków publicznych 	Wysoka
Urząd marszałkowski	Średnio wspierający	Średnia	<ul style="list-style-type: none"> • Ułatwienie procesu podejmowania decyzji alokacyjnych • Trafniejsza alokacja środków finansowych 	Wysoka
Podmiot tworzący szpitala	Słabo wspierający	Średnia	<ul style="list-style-type: none"> • Ewentualna niechęć do nowych potencjalnych rozwiązań spowodowana brakiem struktur HB-HTA • Poczucie zobligowania organów do udzielania wsparcia swoim jednostkom przy braku możliwości (ograniczeniach) finansowania inwestycji • Ewentualne konflikty dotyczące tego, kto odpowiada za badania, publikuje itp. w przypadku szpitali uniwersyteckich • Poprawa wyniku finansowego szpitala • Wzrost prestiżu własnej jednostki posiadającej struktury uznawane za innowacyjne 	Wysoka
AOTMIT	Niezmobilizowany	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • Standaryzacja ważnego obszaru oceny technologii medycznych – HB-HTA • Profesjonalizacja HB-HTA • Dostęp do repozytorium wiedzy (wymiana informacji) • Utrata monopolu na HTA 	Wysoka
NFZ Centrala	Średnio wspierający	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa dostępności do innowacyjnych technologii medycznych, poprawa wskaźników systemowych i zdrowotnych, większa ilość środków na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych • Konieczność dzielenia się wiedzą, informacjami ze szpitalami wdrażającymi HB-HTA • Wypracowanie standardów obiektywizacji procesu decyzyjnego finansowania innowacji ze środków publicznych 	Wysoka
MZ	Mocno wspierający	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa dostępności do innowacyjnych technologii medycznych, poprawa wskaźników systemowych i zdrowotnych, większa ilość środków na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych • Dodatkowe profesjonalne i obiektywne wsparcie procesu rozdziału środków Unii Europejskiej (UE) • Adaptacja mechanizmów HB-HTA do systemu IOWISZ • Odpowiedzialność za własne jednostki (rola właścicielska) • Poprawa jakości zarządzania szpitalami. 	Wysoka
ABM	Niezmobilizowany	Niska	<ul style="list-style-type: none"> • Profesjonalizacja wniosków o dofinansowanie badań • Adaptacja metodyki HB-HTA do oceny wniosków składanych do ABM • Docelowo możliwe wystandaryzowanie wniosków zgodnie z metodyką HB-HTA 	Średnia

Interesariusz	Stanowisko interesariusza	Sila wpływu interesariusza	Najistotniejsze konsekwencje polityki dla interesariusza	Waga konsekwencji
Szpital z dużą skłonnością do innowacji	Mocno wspierający	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • Profesjonalizacja i rozbudowa struktur HB-HTA • Większa łatwość wdrażania innowacyjnych technologii • Zwiększona skłonność do stosowania innowacyjnych technologii • Użytkowanie oszczędności z tytułu wdrażania innowacyjnych technologii • Możliwość generowania (niewielkich) przychodów poprzez świadczenie usług HB-HTA • Możliwość ściągania kadry bardziej otwartej na innowacje, przedsiębiorczej • Poprawa współpracy między pionem klinicznym i nieklinicznym • Poprawa jakości zarządzania szpitalami 	Wysoka
Szpital z małą skłonnością do innowacji	Niezmobilizowany	Niska	<ul style="list-style-type: none"> • Profesjonalizacja HB-HTA oparta na współpracy ze szpitalami z dużą skłonnością do innowacji • Poprawa współpracy między szpitalami w regionie – „sieciowanie”, wspólne inicjatywy • Rozwarcie szpitali na te z większą i mniejszą skłonnością do innowacji • Możliwość utraty/nieemożność pozyskania kadry bardziej otwartej na innowacje, przedsiębiorczej 	Wysoka
Klimicyści	Mocno wspierający	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • Standaryzacja procesu wnioskowania o wdrożenie technologii medycznych we własnych jednostkach • Profesjonalizacja tworzenia raportu HB-HTA we współpracy ze strukturami HB-HTA we własnej jednostce • Konieczność poprawy współpracy z pionem nieklinicznym 	Wysoka
Kadra zarządzająca	Mocno wspierający	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • Uporządkowanie procedur wnioskowania i wytwarzania raportu HB-HTA • Wsparcie mikroefektywności • Ułatwienia w relacjach z przedstawicielami kadry klinicznej • Poprawa jakości zarządzania szpitalem 	Wysoka
Organizacje pacjenckie	Mocno wspierający	Niska	<ul style="list-style-type: none"> • Profesjonalizacja i coraz wyższa partycypacja organizacji pacjenckich na rzecz efektywnego/innowacyjnego leczenia • Wzrost świadomości społecznej na temat HB-HTA 	Wysoka
Media fachowe/ogólne	Mocno wspierający	Niska	<ul style="list-style-type: none"> • Propagowanie wiedzy na temat nowoczesnych technologii medycznych i nieklinikowych 	Średnia
Komercyjne instytucje finansujące	Średnio wspierający	Niska	<ul style="list-style-type: none"> • Możliwość finansowania innowacyjnych rozwiązań 	Niska

Źródło: opracowanie własne na podstawie metodyki PolicyMaker [3].

wskaźników systemowych i zdrowotnych, lepsza alokacja środków finansowych oraz, podobnie jak w przypadku NFZ, poprawa wizerunku instytucji (wspieranie innowacji). Dodatkowo MZ powinno odczuć poprawę jakości zarządzania szpitalami i ich wyników finansowych, co pozwoli na sprawniejsze funkcjonowanie systemu.

Analiza potencjału modelu szpitalnego: bariery i możliwości

Brak jednostki centralnej (koordynującej) w modelu szpitalnym sprawia, że model ten można określić mianem rozproszonego. Brak sztywnych i formalnych powiązań oraz duża swoboda decyzyjna jednostek wdrażających HB-HTA stwarzają większą szansę na innowację [9]. Omawiany model bazuje na duchu przedsiębiorczości i otwartości na zmiany w szpitalach, nie jest oparty na strukturach biurokratycznych.

Zakłada się, zgodnie z planami projektu, że w początkowym okresie jednostki, które będą wdrażały HB-HTA, będą wspomagane przez uczestnictwo w pilotażu. Struktury HB-HTA będą opierały się zapewne na już zatrudnionej (choć niezbyt licznej) kadrze i istniejącej infrastrukturze. Rozwój HB-HTA będzie wymuszał profesjonalizację [10], co oznacza, że szpitale będą poszukiwać osób posiadających stosowne kompetencje oraz tworzyć struktury (infrastruktura, powiązania organizacyjne, oprogramowanie), by podnieść efektywność podejmowanych działań.

Obecnie istnieją na rynku firmy zajmujące się HTA, zatrudniające osoby mające stosowne kompetencje. Podobne kompetencje mają osoby zatrudniane przez AOTMiT. Rosnące zainteresowanie omawianą tematyką oraz istnienie instytucji kształcących w zakresie zdrowia publicznego oraz samej HTA oznaczają, że na rynku pracy są już osoby, które mogą podjąć obowiązki związane z przygotowaniem opracowań HB-HTA.

Tempo rozwoju potencjału HB-HTA będzie w sporym stopniu warunkowane skłonnością instytucji publicznych do refundacji technologii, które okażą się skuteczne i efektywne. Podobnie działa refundacja dla małych i średnich przedsiębiorstw przy wprowadzaniu nowych technologii [11]. Jeżeli szpitale przekonają się, że działalność HB-HTA wpływa pozytywnie na ich finanse, będą skłonne ów potencjał rozbudowywać. Finansowanie rozwoju będzie możliwe dzięki wspomnianej refundacji oraz oszczędnościom uzyskiwanym przez szpitale po wdrożeniu innowacyjnych technologii. Oczywiście państwo nie ma obowiązku refundowania każdej technologii, jaka zostanie zgłoszona. Jeżeli jednak szpitale pocują, że ich starania nie są doceniane, a technologie, które w ich ocenie są skuteczne, nie są refundowane (np. z powodu ograniczeń budżetu NFZ), ich motywacja do inwestowania w rozwój HB-HTA będzie malała. Będą bowiem musiały dokonywać tego rozwoju wyłącznie przy zaangażowaniu środków własnych, a nie są one na tyle duże, aby ów rozwój następował w sposób dynamiczny. Jeżeli szpitale przekonają się, że ich wysiłki dążące do poprawy efektywności są nagradzane, będą silnie zmotywowane

do poszukiwania nowych rozwiązań technologicznych i weryfikowania ich za pomocą HB-HTA. Zjawisko to nie będzie jednak raczej miało charakteru masowego. Warto jednak pamiętać, że ruch HB-HTA nie będzie obligatoryjny, ale musi mieć liderów, którzy zainspirują jednych do tworzenia własnych struktur HB-HTA, a dla innych będą świadczyć usługi, które skłonią te jednostki do większej otwartości na zmiany.

Efekty uzyskane przez szpitale wdrażające HB-HTA będą rzutowały na możliwość oddziaływania na innych i zachęcania ich do stosowania omawianych rozwiązań. Szpitale nie mają możliwości oddziaływania administracyjnego, ale stanowią doskonałe przykłady do naśladowania dla innych przez dobre praktyki [12]. Jeżeli jakieś rozwiązania sprawdzają się w jednym szpitalu, to dla pozostałych jest to dowód, że taka nowość może być stosowana także u nich, i powód, by takie rozwiązanie wdrożyć. Proponowane w niniejszym artykule rozwiązanie ma więc istotną przewagę nad innymi w kwestii miękkiego oddziaływania na szpitale, by także rozwijały idee i kompetencje w tym obszarze. W omawianym modelu jednostka wdrażająca HB-HTA staje się liderem zmiany: nie stosuje środków przymusu i jest akceptowana przez innych [13]. Konsekwencją wdrożenia modelu szpitalnego będzie więc stopniowy wzrost zainteresowania HB-HTA w jednostkach, które nie wejdą do pilotażu. Początkowo zapewne będą korzystać z doświadczeń tych, które wzięły w nim udział, zlecać im opracowanie raportów dla weryfikacji swoich pomysłów, a następnie tworzyć własne komórki HB-HTA. W mniejszych placówkach, nawet w przypadku dużego zainteresowania omawianą tematyką, „struktury” te będą zapewne oznaczały jedną osobę, która będzie ułatwiać własnym pracownikom kontakt ze szpitalami, w których można będzie zamówić raport HB-HTA, i czuwać nad tym procesem. W większych szpitalach dojdzie zapewne do tworzenia bardziej rozbudowanych i w pełni samodzielnych struktur (komórki organizacyjne, działy).

Działania związane z wdrożeniem projektu powinny uwzględniać co najmniej następujące elementy:

- Wystąpienie ryzyka porażki pojedynczych wdrożeń. W związku z tym, że wdrażane mają być nowe pomysły/technologie, istnieje spore prawdopodobieństwo, że niektóre nie będą skuteczne. Sukces projektu zależy w dużym stopniu od przekonania szpitali rozważających tworzenie struktur HB-HTA, że w przypadku niepojawienia się w krótkim czasie korzyści, a także wystąpienia niepowodzeń, konieczne będą nowe próby, wyciąganie wniosków z porażek i uczenie się na błędach. Nie należy dopuszczać do sytuacji, w której szpitale nabiorą przekonania, że są karane za to, że odważyły się na działania obarczone ryzykiem – a każda zmiana organizacyjna jest nim obciążona [14].
- Fundusz wsparcia. Szpitale mogą doświadczać problemów z finansowaniem działań HB-HTA w pierwszym okresie, co jest tym bardziej prawdopodobne, że szpitale będą musiały zdobywać doświadczenie i uczyć się całego procesu oraz będą musiały finansować takie działania z innych, posiadanych środków

(tak długo, jak nie pokażą się pozytywne finansowe efekty wdrożeń). Nie wolno zapominać o oczywistości: okres zwrotu kapitału, nawet przy stosunkowo wysokiej stopie zwrotu, będzie relatywnie długi. Szpitale mogą więc nie być w stanie wdrażać nowych technologii, jeżeli miałyby samodzielnie finansować wszystkie działania. Dlatego należy rozważyć stworzenie funduszu dla szpitali zainteresowanych rozwojem HB-HTA. Proponuje się, by szpitale mogły aplikować o środki częściowo bezzwrotne, a częściowo możliwie nisko oprocentowane. Powinno to pozwolić szpitalom na bardziej dynamiczne działania w analizowanym obszarze.

Podsumowanie

Mała liczba interesariuszy w przedstawionym modelu pozwala na łatwiejsze i mniej kosztochłonne zarządzanie procesem HB-HTA, ogranicza konieczność prowadzenia ustaleń z innymi interesariuszami, przyspiesza proces podejmowania decyzji. Szpital do momentu wystąpienia o dofinansowanie wdrożenia/refundację technologii nie jest w żadnym stopniu zależny od innych partnerów.

Wdrażanie innowacji i oparcie analizowanego systemu na szpitalach pozwala przypuszczać, że stworzone (wzmocnione) zostaną warunki do poprawy jakości zarządzania szpitalami i do zmiany ich kultury organizacyjnej. Można mieć nadzieję, że szpitale z sukcesem wdrażające HB-HTA przyciągną osoby będące zwolennikami zmian, nowych idei, stając się w ten sposób inkubatorami postępu. Powinno to zaowocować korzyściami w skali całego systemu ochrony zdrowia.

Rozproszenie, a przez to brak kontroli organów centralnych (MZ, NFZ) nad procesem, a także brak mocy sprawczej (administracyjnej) tworzonych ośrodków HB-HTA powodować będzie zróżnicowanie geograficzne rozpowszechnienia HB-HTA. Jednocześnie owo rozproszenie oraz możliwości technologiczne sprawiają, że mniejsze jednostki będą mogły zamawiać raporty HB-HTA w dowolnych ośrodkach, które wytworzą potencjał (odpowiednie struktury i wiedzę) do tworzenia raportów HB-HTA. W dłuższej perspektywie fakt, że pierwotnie dochodzić będzie do otwierania ośrodków HB-HTA w większych szpitalach, zapewne w miastach akademickich, nie powinien więc stanowić przeszkody w rozwoju modelu opartego na szpitalach.

Przypisy

¹ W omawianym przypadku: wdrożenie systemu HB-HTA oparte na modelu z koordynującą rolą szpitala.

Piśmiennictwo

1. Uczelnia Łazarskiego, *Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych, finansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju: Opis projektu*, 2020, <https://www.lazarski.pl/pl/badania-i-rozwoj/projekty/projekty-naukowe/realizowane-projekty/wdrozenie-systemu-hospital-based-hta-hb-hta-szpitalnej-oceny-innowacyjnych-technologii-medycznych> (dostęp: 30.12.2020).
2. Misiurewicz-Gabi A., *HB-HTA – żeby decyzje inwestycyjne były lepsze*, Menedżer Zdrowia Aktualności, 21.04.2020, <https://www.termedia.pl/mz/HB-HTA-zeby-decyzje-inwestycyjne-byly-lepsze,37577.html> (dostęp: 29.12.2020).
3. Reich M.R., Cooper D.M., *PolicyMaker: Computer-Assisted Political Analysis. Software and Manual*, PoliMap, Brookline MA 1996.
4. Arksey H., O'Malley L., *Scoping Studies: Towards a Methodological Framework*, „International Journal of Social Research Methodology” 2005; 8 (1): 19–32, doi: 10.1080 / 1364557032000119616.
5. Pogorzelski K., Robakowska M., Ślęzak D., *Analizy ekonomiczne a kształt polityki zdrowia w Polsce*, w: *Rola i wyzwania nauk medycznych*, red. M. Maciąg, K. Maciąg, Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2018: 19.
6. Rozwadowski W., *Rzymska koncepcja własności w kulturze prawnej Europy*, „Zeszyty Prawnicze UKSW” 2010; 10.1.
7. Kokko S., Hava S., Ortun V., Leppo K., *The Role of State in Health Reform*, w: *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, red. R. Saltman J. Figueras, C. Sakellaried, Open University Press, Philadelphia 1998.
8. Włodarczyk C., Koprowska I., *Wykorzystanie programu policymaker w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i dyskusje” 2000; 2: 63–87.
9. Piecuch T., *Rozwój przedsiębiorczości korporacyjnej, perspektywa indywidualna i organizacyjna*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów 2018, <https://oficyna.prz.edu.pl/fcp/0GBUKOQtTKIqhbX08SikTUgXQX2o8DAoHNIwFE1xVTnhbFVZpCFghUHcKVigEQUw/18/public/otwarty-dostep/2020/piecuch-rozwoj-przedsiębiorczosci-18.pdf> (dostęp: 01.01.2021).
10. Poczowski A., Pauli U., *Profesjonalizacja zarządzania zasobami ludzkimi w małych i średnich przedsiębiorstwach*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2013; 3–4 (92–93): 9–22.
11. Sitkowska R., *Wspomaganie rozwoju przedsiębiorstw funduszami strukturalnymi*, „Polish Journal of Continuous Education” 2005; 2.
12. Brajer-Marczak R., *Dobre praktyki w doskonaleniu procesów biznesowych*, „Studia Informatica Pomerania” 2017; 1 (43).
13. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
14. Mosadeghrad A.M., Ansarian M., *Why do Organisational Change Programmes Fail?* „International Journal of Strategic Change Management” 2014; 5 (3): 189, doi: 10.1504 / IJSCM.2014.064460.