

# Identyfikacja kluczowych podmiotów i ich ról oraz możliwości i barier dla wdrożenia koordynacji regionalnej procesu HB-HTA w Polsce

Małgorzata Gałązka-Sobotka<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-3889-3719>

Maciej Furman<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-0315-350X>

Iwona Kowalska-Bobko<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-3728-2323>

<sup>1</sup> Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa

<sup>2</sup> Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Iwona Kowalska-Bobko, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31–066 Kraków, iw.kowalska@uj.edu.pl

## Abstract

### *Identification of key actors involved in the implementation of a regional functional model for hospital evaluation*

The concept of Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA) is conducive to the rationalization of decisions made by the hospital management regarding the implementation of innovative medical technologies in hospital units.

This type of HTA is a bottom-up hospital initiative, but usually it is also supported systemically and involves other entities, such as: the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System, the payer, or regional authorities. Providing support to the hospital in making the final decision on the implementation of innovative medical technology may include such aspects as: obtaining necessary funding for the implementation of technology, identification of the competitive potential of the planned project, or following the HB-HTA methodology in reporting.

The process of decentralization of hospital management in Poland induces scholars to carry out research and draw conclusions about the involvement of regional authorities, mainly voivodeship offices and their departments responsible for health issues, in the HB-HTA process.

The primary objectives of this paper are to present the results of research and analysis of the development and popularization of HB-HTA in Poland. These will be discussed in relation to the implementation of a regional functional model for hospital evaluation of innovative medical technologies and the creation of rules of cooperation between important institutions of sectoral (health) policy to support and develop HB-HTA at the regional (voivodeship) level, as well as the dissemination of knowledge, popularization of HB-HTA, and promotion of good practices.

**Key words:** health care management, health technology assessment, Hospital-Based Health Technology Assessment, HB-HTA, health technology, hospital, hospital treatment

**Słowa kluczowe:** HB-HTA, lecnictwo szpitalne, ocena technologii medycznych, szpital, szpitalna ocena technologii medycznych, technologia medyczna, zarządzanie ochroną zdrowia

## Wprowadzenie

Koncepcja szpitalnej oceny technologii medycznych (*Hospital-Based Health Technology Assessment*, HB-HTA) sprzyja racjonalizacji decyzji podejmowanych przez kadre zarządzającą szpitalami, dotyczących wdrażania w jednostkach innowacyjnych technologii medycznych.

Tego rodzaju ocena technologii medycznych jest oddolną inicjatywą szpitalną, jednak zazwyczaj też systemowo umocowaną i angażującą inne podmioty: Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), płatnika czy władze regionalne. Wsparcie działań szpitala w podjęciu ostatecznej decyzji o wdrożeniu innowacyjnej technologii medycznej może

dotyczyć takich aspektów, jak: pozyskanie niezbędnego do wdrożenia technologii finansowania, identyfikacja potencjału konkurencyjnego planowanego przedsięwzięcia czy postępowanie zgodnie z metodyką HB-HTA przy tworzeniu raportu.

Decentralizacja zarządzania szpitalami w Polsce skłania do prowadzenia badań i wnioskowania na temat zaangażowania w proces HB-HTA władz regionalnych, głównie urzędów wojewódzkich i ich wydziałów właściwych do spraw zdrowia.

## Cel pracy

Podstawowym celem artykułu jest prezentacja wyników badań i analizy dotyczącej rozwoju koncepcji i popularyzacji HB-HTA w Polsce, w odniesieniu do wdrożenia modelu funkcjonalnego regionalnego dla szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych oraz wytworzenia zasad współpracy pomiędzy ważnymi instytucjami polityki sektorowej (zdrowotnej) w zakresie wsparcia i rozwijania HB-HTA na poziomie regionu (województwa), a także upowszechnianie wiedzy, popularyzacja HB-HTA, promocja dobrych praktyk. Jednym z dodatkowych/szczegółowych celów systemowych identyfikowanych także w procesie tworzenia regionalnego wsparcia dla szpitali w zakresie HB-HTA jest wypracowanie zasad koordynacji polityki zdrowotnej i procesu HB-HTA w województwie. Jest to bardzo ważny element wsparcia w zakresie regionalnego planowania i koordynacji w obszarze ochrony zdrowia.

Prawdopodobieństwo tego, czy dany model zostanie przyjęty, a następnie efektywnie implementowany, jest uzależnione od możliwości pozyskania dostatecznie silnych sprzymierzeńców wśród aktorów polityki zdrowotnej [1].

## Materiał i metody

Zaprezentowany w artykule model HB-HTA jest wynikiem podjętych badań, takich jak:

- wywiady pogłębione (*in-depth interviews*, IDI) z przedstawicielem Wydziału Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego (4 wywiady);
- warsztaty eksperckie z liderami opracowań poszczególnych modeli funkcjonalnych HB-HTA, z koordynatorami prac projektowych z Uniwersytetu Łazarckiego oraz Instytutu Kardiologii oraz ze specjalistą z zakresu zarządzania procesowego (14 warsztatów internetowych z wykorzystaniem platformy Zoom);
- panel ekspercki z przedstawicielami jednostek szpitalnych, urzędów wojewódzkich, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), AOTMiT, specjalistów HTA, badaczy, przeprowadzony 24 czerwca 2020 roku;
- zastosowanie metodyki *PolicyMaker* [2].

Program *PolicyMaker* (PM), autorstwa Michaela R. Reicha, opiera się na solidnych podstawach teoretycznych, wśród których autor wymienił: model racjonalnego zachowania, model administracji publicznej, model biurokratyczny, koncepcje grup interesu, model

wyboru publicznego [1]. Mapowanie polityczne wykorzystywane jest przede wszystkim do identyfikacji podmiotów (interesariuszy, udziałowców, aktorów) mogących mieć wpływ na realizację złożonego programu (zmiany, reformy), rozpoznania relacji zachodzących pomiędzy nimi, w odniesieniu do szans wprowadzenia w życie danej zmiany, reformy.

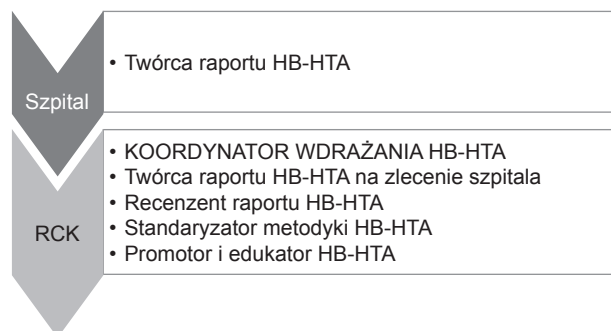
## Identyfikacja i rola interesariuszy w procesie HB-HTA. Identyfikacja kluczowych podmiotów i ich ról w procesie HB-HTA

Na potrzeby prowadzonej analizy wyróżniono następujących interesariuszy:

- urzędy wojewódzkie, wydziały zdrowia i tworzone w nich Regionalne Centra Kompetencji (RCK);
- NFZ oddział wojewódzki;
- urzędy marszałkowskie – instytucje pośredniczące w podziale środków Unii Europejskiej (UE), organ tworzący dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) / właściciel szpitali;
- uniwersytety medyczne – organy tworzące dla szpitali klinicznych);
- jednostki samorządu terytorialnego – organ tworzący dla szpitali);
- AOTMiT;
- NFZ Centrala;
- Ministerstwo Zdrowia (MZ);
- Agencja Badań Medycznych (ABM);
- szpitale z dużą skłonnością do innowacji;
- szpitale z małą skłonnością do innowacji;
- klinicyści / kadra zarządzająca;
- organizacje pacjenckie;
- media fachowe/ogólne.

W modelu tym zakłada się ukonstytuowanie nowych struktur HB-HTA – RCK w strukturach wojewódzkich wydziałów właściwych ds. zdrowia (WZ UW).

RCK jako kluczowe instytucje wojewódzkiego wsparcia dla procesu HB-HTA odpowiedzialne są za wytwarzanie raportów HB-HTA i/lub recenzję tych raportów, a także prowadzą repozytorium wiedzy na temat HB-HTA, odpowiadając za gromadzenie



**Rysunek 1. Role w procesie HB-HTA przypisane kluczowym podmiotom w strategicznym modelu funkcjonalnym z koordynującą rolą RCK**

Źródło: opracowanie własne.

i dyseminację informacji, edukację, identyfikację dobrych praktyk w zakresie szpitalnej oceny technologii medycznych. Metodyka HB-HTA stanowi doskonałe wsparcie i uzupełnienie dla systemu IOWISZ. Regionalny model HB-HTA jest istotny także dla usprawnienia mechanizmów koordynacji inwestycji w ramach polityki spójności UE, gwarantujących wsparcie w zakresie finansowania inwestycji w sektorze ochrony zdrowia.

W modelu tym szpitale z dużą skłonnością do innowacji samodzielnie przygotowują raport HB-HTA, natomiast

szpitale z małą skłonnością do innowacji zlecają przygotowanie takiego raportu RCK (rysunek 1).

### Analiza udziałowców – ich sił wspierających, hamujących i neutralnych

Aby prawidłowo zidentyfikować kluczowe podmioty dla analizowanego modelu, należy dokładnie ustalić treść polityki, poprzez wskazanie jej celów, priorytetów, mechanizmów i wskaźników im przypisanych (tabela 1).

Tabela 1. Treść polityki

Cel	Priorytet	Mechanizm	Wskaźnik
Rozwój koncepcji i wdrożenie modelu funkcjonalnego dla szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych HB-HTA	Wysoki	Zaangażowanie szpitali w rozwój koncepcji i budowanie kapitału dla HB-HTA we własnych strukturach	Liczba szpitali posiadających w strukturze wsparcie administracyjne dla HB-HTA
Rozwój koncepcji i wdrożenie modelu funkcjonalnego regionalnego (wojewódzkiego) dla szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych HB-HTA	Wysoki	Zaangażowanie władz regionalnych – WZ UW w rozwój koncepcji i budowanie kapitału dla HB-HTA we własnych strukturach – nowa komórka ds. HB-HTA – RCK	Liczba szpitali w regionie zwracających się o przygotowanie raportu HB-HTA i/lub o recenzję wytworzonego raportu HB-HTA w ramach własnych jednostek
Podjęcie działań związanych z koordynacją regionalnej polityki zdrowotnej	Wysoki	Stworzenie Wojewódzkich Rad Zdrowia (WRZ) w strukturze WZ UW – koordynatorów regionalnej polityki zdrowotnej	Liczba WZ UW z wytworzonymi rozwiniętymi strukturami RRZ
Podjęcie działań związanych z koordynacją regionalnej polityki zdrowotnej z silnym komponentem HB-HTA	Wysoki	Stworzenie RCK HB-HTA w strukturze Regionalnych Rad Zdrowia (RRZ) WZ UW	Liczba raportów HB-HTA opracowywanych i/lub recenzowanych przez RCK
Wytworzenie zasad współpracy RCK z ważnymi instytucjami polityki sektorowej (zdrowotnej) w zakresie wsparcia i rozwijania HB-HTA na poziomie regionu	Wysoki	Wypracowanie i standaryzacja procedur współpracy RCK w zakresie regionalnego HB-HTA z NFZ, AOTMiT, urzędem marszałkowskim, organizacjami pacjentskimi i innymi	Liczba wytworzonych procedur współpracy RCK w zakresie regionalnego HB-HTA z NFZ, AOTMiT, urzędem marszałkowskim, organizacjami pacjentskimi i innymi
Upowszednianie wiedzy, popularyzacja HB-HTA, promocja dobrych praktyk	Wysoki	Repozytorium wiedzy w RCK. Organizacja szkoleń, konferencji, webinarów. Współpraca z ekspertami, badaczami, naukowcami	Liczba przeprowadzonych szkoleń, konferencji, webinarów, zawartych umów o współpracy itp.

Źródło: opracowanie własne na podstawie metodyki PolicyMaker [2].

Tak zdefiniowana polityka realizowana będzie przy udziale różnego typu interesariuszy, którzy zostali zidentyfikowani i scharakteryzowani w tabeli 2.

Identyfikacja kluczowych podmiotów i ich ról w procesie HB-HTA w modelu regionalnym pozwala nie tylko na imienną identyfikację najbardziej zaangażowanych w proces budowania i realizacji HB-HTA interesariuszy, ale także na ustalenie zajmowanego przez nie stanowiska czy określenie siły wpływu. Identyfikujemy również poziom oraz sektor, z którego interesariusz się wywodzi.

Powyżej wyraźnie wykazano, że kluczowym podmiotem dla analizowanego modelu są wydziały właściwe ds. zdrowia w urzędach wojewódzkich (WZ UW) i tworzone tam na potrzeby wdrażania i koordynacji procesu HB-HTA w województwie RCK.

Najwięcej zidentyfikowanych w tym modelu podmiotów (5) działa w warunkach zdecentralizowanych. Poza WZ UW są to także: urząd marszałkowski, wojewódzki

oddział NFZ, uniwersytety medyczne jako właściciele szpitali klinicznych oraz samorząd lokalny (powiatowy i gminny) jako właściciele szpitali / podmioty tworzące SPZOZ. Wyraźnie widać, że mimo koncentracji na instytucjach działających w warunkach zdecentralizowanych nie można realizować wsparcia dla procesu HB-HTA bez istotnego udziału instytucji szpitalnych, ponieważ to one inicjują i ostatecznie wdrażają innowacyjną technologię medyczną, samodzielnie poszukując środków na realizację tego zadania. Wsparcie regionalne HB-HTA musi uwzględniać także współpracę RCK z podmiotami centralnymi, takimi jak AOTMiT, NFZ, MZ, ABM, które wspomagają RCK w zakresie pozyskania informacji niezbędnych do tworzenia raportów HB-HTA i/lub ich recenzji oraz są wsparciem dla szpitali w zakresie finansowania innowacyjnych technologii medycznych. Identyfikacja sektora właściwego dla wskazanych w prowadzonej analizie interesariuszy wskazuje na przewagę

Tabela 2. Interesariusze

Interesariusz	Poziom, z którego interesariusz się wywodzi (do wyboru: krajowy, regionalny, lokalny szpitalny)	Sektor, z którego interesariusz się wywodzi (np. socjalny, polityczny, szpitalny) <sup>1</sup>	Stanowisko interesariusza (do wyboru: mocny opór, średni opór, słaby opór, niemobilizowany/neutralny, słabo wspierający, średnio wspierający, mocno wspierający)	Siła wpływu interesariusza (do wyboru: niska, średnia, wysoka)
Urząd wojewódzki (wojewódzkie wydziały właściwe ds. zdrowia, RCK)	Regionalny	Polityczny	Mocno wspierający	Wysoka
NFZ oddział wojewódzki	Regionalny	Polityczny	Średnio wspierający	Średnia
Urząd marszałkowski	Regionalny	Polityczny	Słabo wspierający	Średnia
Uniwersytety medyczne (właściciele szpitali klinicznych)	Regionalny	Publiczny / szkolnictwa wyższego	Średnio wspierający	Wysoka
Jednostki samorządu terytorialnego (właściciele szpitali)	Lokalny	Polityczny	Słaby opór	Niska
AOTMiT	Centralny	Polityczny	Niemobilizowany	Wysoka
NFZ Centrala	Centralny	Polityczny	Średnio wspierający	Wysoka
Ministerstwo Zdrowia	Centralny	Polityczny	Mocno wspierający	Wysoka
ABM	Centralny	Polityczny	Mocno wspierający	Niska
Szpitaly z dużą skłonnością do innowacji	Szpitalny	Publiczny/komercyjny	Mocno wspierający	Wysoka
Szpitaly z małą skłonnością do innowacji	Szpitalny	Publiczny/komercyjny	Słaby opór	Niska
Klinicyści	Szpitalny	Publiczny/komercyjny	Mocno wspierający	Średnia
Kadra zarządzająca	Szpitalny	Publiczny/komercyjny	Średnio wspierający	Wysoka
Organizacje pacjenckie	Krajowy/lokalny	Socjalny	Mocno wspierający	Niska
Media fachowe/ogólne	Krajowy/lokalny	Komercyjny	Średnio wspierający	Średnia

Źródło: opracowanie własne na podstawie metodyki PolicyMaker [2].

sektora politycznego, co dodatkowo wzmacnia założenie, że wdrażanie HB-HTA w Polsce jest ważnym aspektem systemowej polityki zdrowotnej, definitywnie odnoszącej się wprost do procesu politycznego [3]. Większość ze wskazanych podmiotów (12 z 15) popiera regionalizację procesu HB-HTA na poziomie urzędów wojewódzkich i pozostałe zidentyfikowane cele, w tym 6 mocno, 5 średnio, 1 słabo. Mocno wspierający udziałowcy to urząd wojewódzki, MZ, ABM, szpitale z dużą skłonnością do innowacji, klinicyści oraz organizacje pacjenckie. Średnie wsparcie przypisano Centrali NFZ oraz wojewódzkim oddziałom NFZ, uniwersytetom medycznym (właścicielom szpitali klinicznych), kadrze zarządzającej i mediom. Słabe wsparcie przypisano urzędowi marszałkowskiemu. Za aktora neutralnego dla tworzenia regionalnego modelu HB-HTA uznano AOTMiT, a za przeciwnika samorząd lokalny występujący w roli podmiotu tworzącego dla szpitali oraz szpitale z małą skłonnością do innowacji. Największy wpływ na proces kreowania i wdrażania modelu funkcjonalnego regionalnego mają urzędy wojewódzkie, Centrala NFZ, Ministerstwo Zdrowia, szpitale z dużą skłonnością do innowacji i kadra zarządzająca.

Podsumowując, za głównego aktora odpowiedzialnego za koordynację i wdrażanie HB-HTA w analizowanym modelu należy uznać WZ UW i tworzone tam RCK. Wdrażanie tego modelu wymaga współpracy

z jednostkami administracji centralnej: NFZ, AOTMiT, MZ i jednostkami administracji publicznej działającymi w województwie: wojewodą (poprzez WZ UW), samorządem wojewódzkim, wojewódzkim oddziałem NFZ oraz, co najważniejsze, z jednostkami szpitalnymi. Uczynienie z WZ UW i RCK kluczowych aktorów w modelu regionalnym HB-HTA podyktowane jest kilkoma czynnikami. Po pierwsze, urząd wojewódzki jako jednostka rządowej administracji publicznej działająca w warunkach dekoncentracji zapewnia łatwość nawiązywania niezbędnych kontaktów z jednostkami administracji centralnej. Po drugie, UW nie nawiązuje ze szpitalami, dla których przygotowuje recenzję raportu HB-HTA lub raport HB-HTA, relacji właścicielskich czy płatniczych, co obiektywizuje cały proces regionalnego wsparcia HB-HTA. I wreszcie, jest to instytucja z ugruntowanymi kompetencjami systemowymi, takimi jak np.: tworzenie map potrzeb zdrowotnych, odpowiedzialność za system IOWISZ, tworzenie i finansowanie ratownictwa medycznego.

### Analiza konsekwencji i interesów poszczególnych interesariuszy

W ramach wyodrębnionych dla wskazanych w analizie interesariuszy konsekwencji należy zauważyć, że wdrożenie

regionalnego modelu funkcjonalnego dla HB-HTA gwarantuje nie tylko profesjonalizację procesu szpitalnej oceny technologii medycznych, wypracowanie standardów obiektywizacji w relacji do wszystkich podmiotów leczniczych zainteresowanych wdrażaniem innowacyjnych technologii medycznych w zakresie przygotowania raportu HB-HTA czy recenzji raportu przez RCK, ale także możliwość adaptacji mechanizmów HB-HTA do systemu IOWISZ oraz „sieciowanie szpitali” w województwie w odniesieniu do HB-HTA w celu wymiany informacji, identyfikacji dobrych praktyk czy organizacji szkoleń. Dodatkową konsekwencją systemową będzie wdrożenie pożądaných i identyfikowanych jako poważny deficyt sektorowy regionalnych mechanizmów koordynacyjnych, pozwalających na eliminowanie zjawiska odpowiedzialności rozmytej i marnotrawstwa [3]. Profesjonalne zarządzanie procesem HB-HTA w województwie zagwarantuje poprawę dostępności do wysokiej jakości innowacyjnych technologii medycznych, wpływając pozytywnie na wskaźniki systemowe i zdrowotne, prowadząc do efektywniejszej alokacji środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń. Dodatkową konsekwencją będzie trafniejsza alokacja środków finansowych przekazywanych w ramach polityki spójności UE i mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w ochronie zdrowia [4]. Urzędy marszałkowskie, mimo braku bezpośredniego zaangażowania w koordynację i wdrażanie HB-HTA w województwie, uzyskują jednak możliwość trafniejszej alokacji środków UE, wypełniając rolę instytucji pośredniczących oraz współtworzących regionalną politykę zdrowotną, poprzez uczestnictwo w zakresie jej strategicznego planowania [5].

Regionalny model funkcjonalny dla HB-HTA zakłada stałą współpracę pomiędzy jednostkami szpitalnymi (w tym klinicznymi) z WZ UW – RCK w zakresie przygotowania raportu HB-HTA czy też jego recenzji. Są to nowe i ważne dla koordynacji działań zdrowotnych na terenie województwa relacje. Z przeprowadzonej analizy wynika także, że szpitale ze słabą skłonnością do innowacji i ich podmioty tworzące ze względu na słabe zainteresowanie tematyką HB-HTA i niewielkie możliwości finansowania potencjalnych nowoczesnych technologii medycznych w swoich jednostkach mogą uznać wsparcie w tym zakresie za niepotrzebne lub go nie zauważyć. Fakultatywność HB-HTA w modelu regionalnym decyduje o tym, że wymiar wskazanej powyżej konsekwencji będzie raczej słaby dla procesu regionalizacji HB-HTA.

RCK jako jednostki, które mają dopiero powstać, muszą podjąć współpracę i wypracować jej zasady z ważnymi instytucjami systemowymi o ugruntowanej pozycji i doświadczeniu w zakresie HTA, takimi jak np. AOTMiT. Należy jednak wskazać, że brak bezpośredniego zaangażowania AOTMiT w opisywanym modelu wdrażania HB-HTA może osłabić potencjalne zainteresowanie taką współpracą ze strony Agencji. RCK z czasem powinny wystandaryzować metodykę HB-HTA, stworzyć repozytorium wiedzy na ten temat, szkolić i edukować, aby zwiększyć zainteresowanie samą tematyką,

i docelowo uporządkować procedury wnioskowania i wytwarzania raportu HB-HTA.

Rozmiar opisywanych konsekwencji jest bardzo duży ze względu na ważne systemowe znaczenie opisywanego modelu dla koordynacji regionalnej polityki zdrowotnej i inne aspekty opisane powyżej (trafniejsza alokacja środków finansowych na zdrowie, nowe formuły i kanały współpracy, ograniczenie zjawiska dublowania działań, dostęp do innowacyjnych technologii medycznych z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych w regionie itp.).

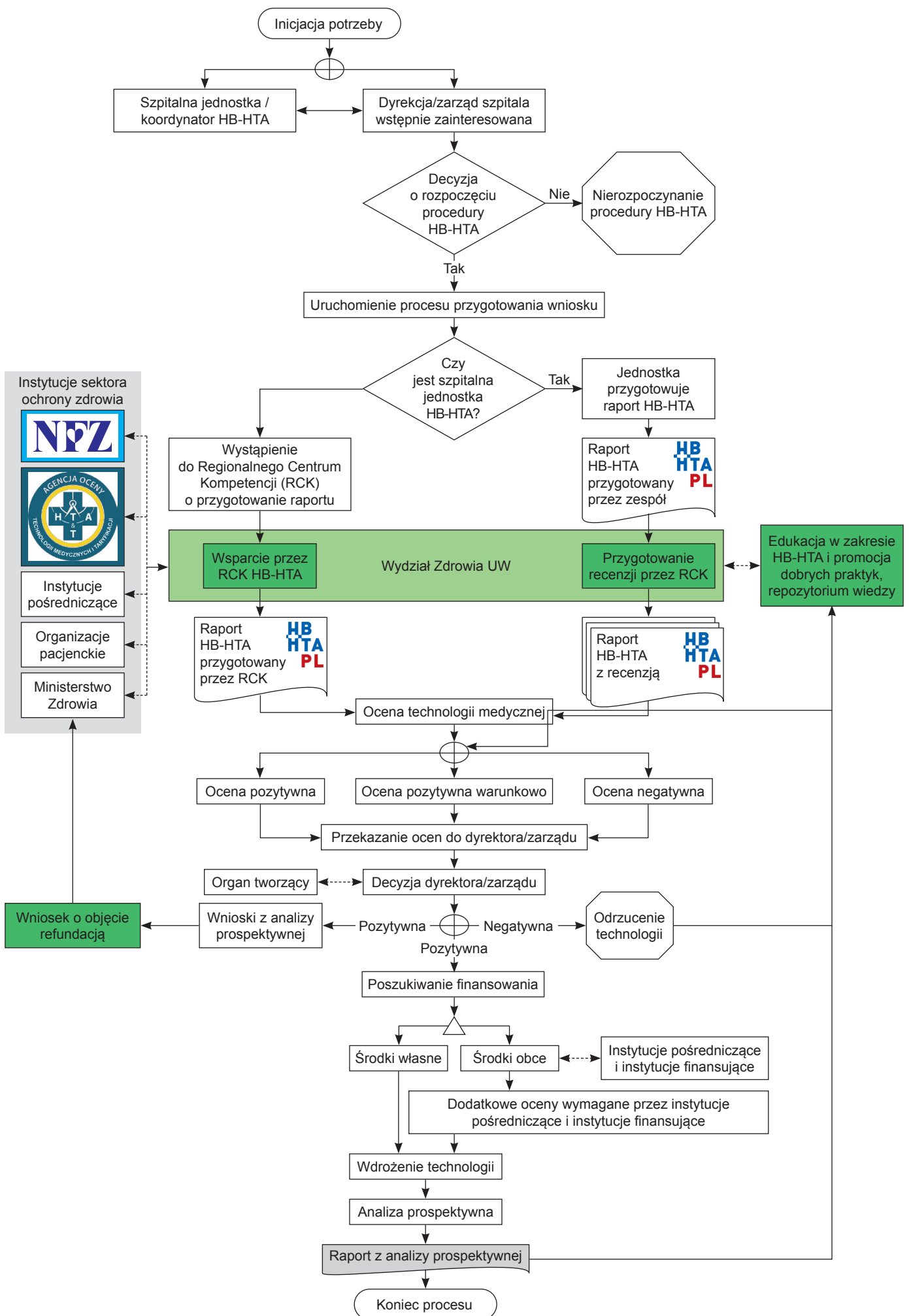
Opisywane powyżej zmiany mogą być zaimplementowane w perspektywie czasowej od 6 miesięcy do 3 lat. Szacuje się, że wytwarzanie niezbędnych struktur (RCK) w WZ UW będzie trwało około 6 miesięcy, a zaangażowanie w proces HB-HTA wszystkich wskazanych podmiotów do 3 lat.

Za najważniejsze korzyści ze stworzenia regionalnego modelu HB-HTA należy uznać wypracowanie standardów koordynacji w ochronie zdrowia i HB-HTA (regionalne profesjonalne wsparcie w zakresie przygotowania raportu HB-HTA czy też jego recenzji), obiektywizację procesu decyzyjnego w zakresie finansowania innowacyjnych technologii medycznych w szpitalach, adaptację metodyki HB-HTA do systemu IOWISZ, a także trafniejszą alokację środków finansowych przekazywanych w ramach polityki spójności UE i mechanizmów koordynacji. Dla NFZ i AOTMiT ważną korzyścią jest fakt, że przy takiej konstelacji decyzyjnej w zakresie HB-HTA wytworzone w RCK repozytorium wiedzy może być wykorzystywane w przyszłości przez te instytucje. Jest to szczególnie istotne w sytuacji, kiedy innowacyjna technologia medyczna zostanie zgłoszona do refundacji. Ułatwi to zdecydowanie proces podejmowania decyzji w tym zakresie. W modelu regionalnym zakładamy, że szpitale z dużą skłonnością do innowacji samodzielnie przygotowują raport HB-HTA, korzystają natomiast ze współpracy z RCK, aby uzyskać recenzję raportu. Podejmują one z RCK także wspólne inicjatywy dyseminacyjne, popularyzatorskie, ewaluacyjne w zakresie HB-HTA. Wysoce prawdopodobne jest także, że takie jednostki będą starały się tworzyć i rozbudowywać we własnej strukturze organizacyjnej jednostki zajmujące się HB-HTA, zatrudniać w nich analityków danych, specjalistów HTA.

Jedną z największych zauważalnych korzyści wprowadzania proponowanego rozwiązania jest wsparcie mikroefektywności poprzez wytworzenie standardów transparentności i racjonalności decyzyjnej. Warto wymienić także dostęp do efektywnego/innowacyjnego leczenia blisko miejsca zamieszkania, adekwatnie do rozpoznanych potrzeb, oraz wzrost świadomości konsumenckiej na temat innowacyjnych technologii medycznych.

## ■ Relacja pomiędzy interesariuszami – model strukturalny

Relacje pomiędzy interesariuszami w modelu funkcjonalnym przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Model strukturalny strategicznego modelu funkcjonalnego z koordynującą rolą RCK

Źródło: opracowanie własne.

## Model funkcjonalny regionalny HB-HTA – opis skrócony

W modelu funkcjonalnym regionalnym HB-HTA zakłada się konieczność podjęcia współpracy pomiędzy szpitalem a zajmującą się HB-HTA jednostką wojewódzką – **Regionalnym Centrum Kompetencji (RCK)**, umiejscowionym w **wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego (WZ UW)**. WZ UW nie występują w roli podmiotów tworzących dla szpitali, nie są stroną w procesie kontraktowania świadczeń, co czyni je najbardziej obiektywnymi instytucjami wsparcia procesu HB-HTA w regionie. Dodatkowo przypisuje się im coraz więcej zadań istotnych dla prowadzonej w systemie polityki zdrowotnej, takich jak np. mapowanie potrzeb zdrowotnych czy prowadzenie systemu IOWISZ.

Za warunek niezbędny uruchomienia procesu szpitalnej oceny technologii medycznych uznaje się konieczność wyodrębnienia bardziej lub mniej rozwiniętych struktur na potrzeby wdrażania szpitalnej oceny technologii medycznych w **jednostce szpitalnej realizującej proces HB-HTA**. Struktury te mogą mieć zdolność samodzielnego przygotowania raportu HB-HTA lub wysyłają takie zapotrzebowanie do RCK. To ostatnie może zatem przygotowywać raport HB-HTA lub recenzję dla raportu HB-HTA przygotowanego w szpitalu. Następnie raport HB-HTA lub jego recenzja z odpowiednią opinią przekazywane są do dyrekcji/zarządu jednostki szpitalnej, które decydują o dalszym jego losie. Jeżeli zostanie podjęta decyzja o wdrożeniu innowacyjnej technologii medycznej, wówczas szpital rozpoczyna proces poszukiwania środków finansowych niezbędnych do wdrożenia technologii. Ważnym mechanizmem wsparcia finansowego jest w tym przypadku korzystanie ze środków unijnych w zakresie wsparcia rozwoju regionalnego, gwarantowanych w ramach polityki spójności UE i mechanizmów koordynacji tej polityki. Instytucjami pośredniczącymi i decydującymi o podziale tych środków są departamenty ds. zdrowia i polityki społecznej w urzędach marszałkowskich. Po uzyskaniu gwarancji finansowania technologii medycznej jednostka szpitalna decyduje o jej wdrożeniu oraz przygotowuje po jakimś czasie w ramach procedur ewaluacyjnych analizę prospektywną i raport z takiej analizy, który trafia do RCK (repozytorium wiedzy), ale także do zarządzających/menadżerów szpitali, którzy mogą podjąć na podstawie raportu z analizy prospektywnej decyzję o skierowaniu wniosku do Ministra Zdrowia o objęcie technologii refundacją.

**W modelu regionalnym twórcą raportu HB-HTA, recenzji raportu HB-HTA, odpowiedzialnym za standaryzację metodyki, wdrożenie i koordynację HB-HTA, a także edukację i promocję jest Regionalne Centrum Kompetencji** wdrażające innowacyjne technologie medyczne. Przy czym szpital może tworzyć raport HB-HTA, jeśli jest do tego odpowiednio przygotowany (zaplecze instytucjonalne i kompetencyjne), natomiast w wypełnianie pozostałych ról zaangażowane jest RCK. Należy jednak podkreślić, że w zakresie standaryzacji metodyki RCK może podjąć współpracę z AOTMiT i/lub zewnętrzną jednostką,

np. naukowo-badawczą specjalizującą się w HTA, a w zakresie promocji i edukacji – z wojewódzkim oddziałem NFZ i/lub wybraną uczelnią wyższą.

## Przebieg procesu HB-HTA, relacja podmiotów w kontekście przepływu danych, produktów, usług w ramach modelu

Dane używane w regionalnym modelu HB-HTA będą generowane przez szpitale z dużą skłonnością do innowacji oraz przez RCK – posłużą one do analiz opłacalności i skuteczności technologii, których wdrożenie będzie planowane. RCK na potrzeby stworzenia raportów HB-HTA podejmuje współpracę ze szpitalem zlecającym wytworzenie raportu HB-HTA, z podmiotem tworzącym dany szpital i – jeśli to konieczne – z AOTMiT. Obecnie trwają w AOTMiT prace nad standaryzacją metodyki w zakresie technologii medycznych nielekowych (chodzi przede wszystkim o wyroby medyczne). Poza pozyskanymi w ten sposób danymi każdy z podmiotów odpowiedzialnych za tworzenie raportu HB-HTA czy analizy prospektywnej i raportów z tej analizy dla wdrożonej technologii medycznej (RCK czy jednostka szpitalna) będzie pozyskiwał dane z przeglądów systematycznych literatury przedmiotu, stosowanych zwyczajowo przy analizach typu HTA. RCK od momentu swojego powstania tworzy repozytorium wiedzy, gdzie będą gromadzone raporty HTA, ich recenzje, przeprowadzone przeglądy systematyczne, raporty z analizy prospektywnej itp. Budowana będzie w ten sposób regionalna baza danych na temat HB-HTA, stanowiąca podstawę dla rozwijania działalności popularyzatorskiej, edukacyjnej, szkoleniowej w zakresie HB-HTA. Baza taka może służyć także do wyłuskiwania tzw. dobrych praktyk oraz być wykorzystywana na potrzeby uruchomionych procesów refundacyjnych w zakresie wdrożonej i efektywnie ocenionej innowacyjnej technologii medycznej. Powyższe oznacza, że jednostki szpitalne chcące wdrażać HB-HTA oraz RCK będą musiały prenumerować dostęp do różnych baz danych: medycznych, medyczno-ekonomicznych, społecznych itp. Zakłada się, że dane będą wytwarzane przez szpitale z dużą skłonnością do innowacji oraz przez RCK przy wykorzystaniu własnych środków. W przypadku tworzenia raportów przez RCK dla innych podmiotów własność danych oraz możliwość ich udostępniania będzie warunkowana zapisami umowy. Wytworzone dane (raporty) będą przechowywane przez jednostki je wytwarzające, które ponoszą odpowiedzialność prawną za ich przechowywanie, zabezpieczenie i udostępnianie. Jeżeli jednostka będzie wnioskować o dofinansowanie wdrażania technologii lub refundację wdrożonej technologii, dane będą także udostępniane stosownym instytucjom biorącym udział w dofinansowaniu/procesie refundacji.

Należy zatem uznać, że procesy zachodzące w modelu regionalnym można podzielić na procesy główne, tj. wynikające ze specyfiki podmiotowej modelu (zaangażowanie RCK), decydujące i przesądzające o trwałości przyjmowanych rozwiązań; oraz procesy pomocnicze, służące efektywnej organizacji podejmowanych działań i stabilności/trwałości przyjmowanych rozwiązań.

**Tabela 3. Procesy główne zachodzące w modelu funkcjonalnym z koordynującą rolą RCK wspartego przez NFZ oraz AOTMiT – model regionalny**

Proces główny	Opis
Prowadzenie analiz HB-HTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analizy uwzględniające specyficzne potrzeby jednostek zamawiających prowadzone są na zlecenie szpitali.</li> <li>Aby analizy miały wysoką jakość, konieczne jest wsparcie tego procesu głównego przez wiele procesów pomocniczych, spośród których jednym z najważniejszych jest budowanie bazy ekspertów.</li> </ul>
Budowanie rozpoznawalności RCK jako instytucji odpowiedzialnej za wdrażanie i koordynację HB-HTA w województwie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konieczne jest podjęcie działań upowszechniających taki model wśród pozostałych ważnych zaangażowanych podmiotów, głównie jednostek szpitalnych.</li> <li>RCK musi – poza uzyskaniem niezbędnego umocowania prawnego – być oparte na bliskim współdziałaniu z ekspertami, bogatej bazie wiedzy oraz szerokiej ofercie analitycznej i doradczej.</li> <li>Z tego powodu rola edukatora, promotora jest jedną z kluczowych.</li> </ul>
Budowanie repozytorium wiedzy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tworzenie bazy wiedzy na podstawie materiałów gromadzonych w trakcie wykonywanych sukcesywnie analiz i materiałów pochodzących z przeglądów literatury.</li> <li>Budowanie i publikowanie katalogu opracowań specjalistycznych i wydarzeń z obszaru HB-HTA.</li> </ul>
Działalność edukacyjna dla kadry szpitali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informowanie o tym, czym jest HB-HTA, wyjaśnianie, do czego służą analizy HB-HTA, identyfikacja dobrych praktyk oraz budowanie świadomości społecznej/konsumenckiej w przedmiotowym zakresie.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.



**Rysunek 3. Procesy pomocnicze zachodzące w modelu funkcjonalnym – model regionalny**

Źródło: opracowanie własne.



Procesy główne dla modelu regionalnego prezentuje tabela 3.

Opisane powyżej procesy główne są ze sobą powiązane i względem siebie zależne, przesądzają o trwałości przyjętych w modelu mieszanym rozwiązań instytucjonalnych i funkcjonalnych oraz o profesjonalizacji procesu wdrażania i koordynacji HB-HTA.

Z kolei procesy pomocnicze są to działania, bez których nie można obsługiwać procesów głównych. Procesy pomocnicze występujące w modelu regionalnym przedstawia rysunek 3.

### Analiza potencjału kompetencyjnego jednostki koordynującej

Mimo iż w modelu regionalnym HB-HTA zakłada się powstanie jednostki koordynującej i odpowiedzialnej za wdrożenie HB-HTA w postaci RCK, należy uznać, że jednostki szpitalne posiadają mniej lub bardziej rozwinięte struktury HB-HTA. Ten fakt czyni model

regionalny modelem kompetencyjnie rozproszonym. W modelu zakłada się fakultatywną formę współpracy z RCK w zakresie wytwarzanego raportu HB-HTA, ale obligatoryjną w zakresie uzyskania recenzji takiego raportu. RCK jako jednostka koordynująca i wdrażająca, ale także recenzująca raporty HB-HTA, edukująca i promująca na temat HB-HTA musi zadbać o odpowiednie zaplecze kompetencyjne. Należy przyjąć, że w początkowym okresie RCK będzie wspomagane w ramach wymaganego w projekcie pilotażu przez zaplecze kompetencyjne wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich (rysunek 4). Struktury HB-HTA będą zapewne oparte na już zatrudnianej (choć obecnie nielicznej) kadrze i istniejącej infrastrukturze, ze stosunkowo niewielkim udziałem dodatkowych osób. Jednak rozwój HB-HTA będzie wymuszał profesjonalizację, co oznacza, że szpitale i RCK będą poszukiwać specjalistów, ekspertów HB-HTA oraz rozbudowywać własne struktury (infrastruktura, powiązania organizacyjne, oprogramowanie), co pozwoli na podniesienie efektywności podejmowanych działań w tym obszarze.

Kompetencje rejestrowo-kontrolne	Kompetencje w zakresie ratownictwa medycznego i doskonalenia kadr	Potrzeby zdrowotne	Zdrowie publiczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>rejestr podmiotów leczniczych</li> <li>prowadzenie kontroli różnych podmiotów leczniczych i jednostek transportu sanitarnego</li> <li>kontrola prowadzona przez konsultantów wojewódzkich i lekarza uzdrowiska</li> <li>nadzór na stażem podyplomowym lekarzy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne</li> <li>zapewnienie obsługi techniczno-biurowej Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych</li> <li>wykonywanie zadań z zakresu organizacji specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sporządzanie, opiniowanie i aktualizacja regionalnych map potrzeb zdrowotnych</li> <li>przygotowywanie projektów priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej</li> <li>prowadzenie postępowań w zakresie opiniowania celowości przeprowadzania inwestycji w sektorze zdrowia (system IOWISZ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sporządzanie informacji zbiorczych wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej</li> <li>wydawanie dla jednostek samorządu terytorialnego opinii dotyczącej zgodności planowanego programu polityki zdrowotnej z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia</li> </ul>

Rysunek 4. Kompetencje urzędów wojewódzkich w ochronie zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie [3].

Obecnie na rynku działa wiele firm zajmujących się HTA, zatrudniających analityków danych, specjalistów przeglądów systematycznych, specjalistów HTA. Możliwa, zalecana, a wręcz pożądana jest współpraca z AOTMiT, szczególnie z wydziałami zajmującymi się technologiami nielekowymi. Mając na względzie rosnące zainteresowanie omawianą tematyką oraz istniejące już obecnie instytucje kształcące w zakresie zdrowia publicznego, a także samej HTA, można przyjąć, że na rynku pracy istnieją pewne zasoby

ludzkie, które mogą relatywnie szybko być wdrożone do podjęcia obowiązków związanych z przygotowaniem opracowań HB-HTA. Odbywać się to będzie po stosunkowo krótkim przeszkoleniu (doszkoleniu) tych osób. W strukturach CM UJ na Wydziale Nauk o Zdrowiu planuje się uruchomienie studiów II stopnia: zarządzanie w ochronie zdrowia, z modułami kształcenia specjalistycznego w zakresie HTA i HB-HTA, a także studiów podyplomowych poświęconych tematyce HB-HTA.

Tempo rozwoju HB-HTA będzie w sporym stopniu warunkowane skutecznością w zakresie pozyskania środków finansowych na wdrażanie innowacyjnych technologii medycznych (programy międzynarodowe, krajowe, badania kliniczne itp.) oraz skłonnością instytucji państwowych (Centrala NFZ, oddziały wojewódzkie NFZ) do refundacji technologii, które okażą się skuteczne i efektywne. Skłonność ta będzie wyznaczała możliwości rozbudowywania potencjału kompetencyjnego HB-HTA zarówno w szpitalach, jak i w RCK. Jeżeli szpitale przekonają się, że działalność HB-HTA wpływa pozytywnie na wyniki finansowe i zdrowotne prowadzonej działalności, będą bardziej skłonne ów potencjał rozbudowywać. Podobnie z RCK – jeśli wdrożenie i rozwój HB-HTA w regionie wpłynie na zdrowie mieszkańców, poprawę dostępu do innowacyjnych technologii medycznych, finansowanie publiczne, wydziały zdrowia UW będą zainteresowane kadrowym kompetencyjnym wsparciem RCK.

Efekty działań w jednostkach wdrażających HB-HTA oraz uzyskane profesjonalne wsparcie (RCK) będą rzutowały na możliwość oddziaływania na inne jednostki i zachęcania ich do stosowania omawianych rozwiązań. Szpitale nie mają, co prawda, możliwości bezpośredniego, administracyjnego oddziaływania na inne jednostki, ale stanowią doskonałe przykłady do naśladowania. Jeżeli jakieś rozwiązania sprawdzają się w jednym szpitalu, dla pozostałych jest to dowód, że taka nowość może być stosowana także u nich, i powód, by chcieć takie rozwiązanie wdrożyć.

### Zasady generalne: aspekty finansowe, możliwości podtrzymywania sieci

Finansowanie RCK opartego na strukturze WZ UW wymaga zmian regulacyjnych, głównie modyfikacji i nowelizacji przepisów prawnych zawartych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.) [6]. W tym zakresie możliwe jest przeprowadzenie procesu legislacyjnego, którego celem będzie opracowanie podstawy prawnej dla istnienia RCK, m.in. poprzez włączenie go jako nowego podmiotu w proces decyzji inwestycyjnych. Tym samym (zgodnie z § 28 Regulaminu pracy Rady Ministrów z 29 października 2013 r.) [7] w części przedmiotowego projektu zwanej Oceną Skutków Regulacji (OSR) koordynator OSR powinien wskazać wpływ rozwiązania na sektor finansów publicznych oraz wskazać źródło finansowania danego projektu.

Koszt nowych etatów niezbędnych do obsługi zadań związanych z prowadzeniem RCK wymaga zwiększenia środków budżetu państwa w części 46 – Zdrowie oraz części 85 – Budżety wojewodów. Zmiana zaszerogowania pracownika w ramach urzędu wojewódzkiego niestety nie wchodzi w grę, ponieważ wymagałoby to zmiany rozporządzenia w sprawie określenia stanowisk urzędniczych, wymaganych kwalifikacji zawodowych, stopni służbowych urzędników służby cywilnej, mnożników

do ustalania wynagrodzenia oraz szczegółowych zasad ustalania i wypłacania innych świadczeń przysługujących członkom korpusu służby cywilnej wydawanego przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 99 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 265 ze zm.) [8].

### Analiza barier i możliwości dla analizowanego scenariusza

Przyjęcie modelu regionalnego HB-HTA stwarza możliwości profesjonalizacji HB-HTA z poziomu regionu (województwa) i działających tu jednostek szpitalnych poprzez wzmocnienie roli i odpowiedzialności UW za politykę zdrowotną na swoim terenie. Stworzenie regionalnej jednostki koordynującej proces wdrażania i dalszych działań w zakresie HB-HTA (RCK w UW) wzmacnia obiektywizację procesu decyzyjnego w zakresie finansowania innowacji w szpitalach na terenie województwa oraz transparentność i racjonalność procesów decyzyjnych podejmowanych przez zarządzających placówkami medycznymi w zakresie wdrażania innowacyjnych technologii medycznych. Regionalna (województwa) perspektywa HB-HTA daje szansę na wypracowanie zasad sieciowania własnych szpitali, w celu wymiany wiedzy, identyfikacji dobrych praktyk, wspólnych inicjatyw. Koordynacja polityki zdrowotnej w regionie pozwoli na wyeliminowanie efektu odpowiedzialności rozmytej, dublowania podejmowanych działań i ograniczenie marnotrawstwa.

Bardzo ważnym następstwem wdrożenia modelu regionalnego HB-HTA jest przyjęcie regionalnej perspektywy w zakresie planowania strategicznego w województwie w odniesieniu do jednostek szpitalnych i wdrażanych tam technologii medycznych, co zwiększa możliwości wykorzystania ich dla własnej populacji. Ta regionalna perspektywa wymusza konieczność podjęcia współpracy pomiędzy UW jako jednostką koordynującą HB-HTA, urzędem marszałkowskim jako podmiotem tworzącym dla szpitali i instytucją pośredniczącą w podziale środków finansowych UE oraz oddziałem wojewódzkim i Centralą NFZ, odpowiedzialnymi za finansowanie świadczeń i politykę refundacyjną. Ważną instytucją wsparcia w zakresie HB-HTA jest AOTMiT, która jak do tej pory nie wyraża co prawda dużego zainteresowania tą tematyką, ale podejmuje działania z zakresu standaryzacji metodyki w zakresie oceny technologii nielekowych (głównie wyrobów medycznych). Regionalna perspektywa HB-HTA daje też możliwości zawierania nowych porozumień z miejscowymi uczelniami, np. Instytutami Zdrowia Publicznego, w porozumieniu z którymi można wzmacniać potencjał kompetencyjny HB-HTA w województwie, zarówno w RCK, jak i jednostkach szpitalnych.

Podstawową barierą/przeszkodą jest przede wszystkim to, że model regionalny wymaga wytworzenia zaplecza instytucjonalnego w postaci RCK w WZ UW, co wiąże się z koniecznością zmian regulacyjnych (nowelizacja ww. ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) oraz uzyskania finansowania nowych etatów niezbędnych do obsługi zadań związanych z prowadzeniem nowej jednostki.

Innym problemem może być konieczność zatrudniania specjalistów HTA, analityków medycznych chcących podjąć zatrudnienie w sektorze publicznym.

Możliwe są także potencjalne konflikty kompetencyjne na linii RCK–szpital, w tym ze szpitalami klinicznymi, które do tej pory znajdują się poza jakąkolwiek kontrolą władz regionalnych; oraz RCK–urząd marszałkowski (instytucja pośrednicząca, podmiot tworzący SPOZ). Należy także założyć, że możliwości przejścia nowych wyzwań i zadań przez wydziały zdrowia UW nie są identyczne w każdym województwie. W tej sytuacji nierównomierny rozwój regionalnych ośrodków wsparcia HB-HTA jest bardzo prawdopodobny, co przełoży się na niejednorodność procesu wdrażania i rozwoju HB-HTA w każdym województwie.

Na koniec warto zauważyć, że tematyka HB-HTA jest nowa w polskim systemie ochrony zdrowia, mało

zrozumiała, trudna, różnie interpretowana, a zatem jej wdrażanie wymaga przygotowania merytorycznego, permanentnego upowszechniania wiedzy na ten temat, promocji i szkoleń, udoskonalania i standaryzacji metodyki, z uwzględnieniem głosu profesjonalistów, menadżerów jednostek szpitalnych, badaczy, środowisk pacjentów i mediów. Ze względu na to, że wdrażanie HB-HTA jest procesem także politycznym, należy mieć na uwadze próbę jego upolitycznienia, szczególnie jeśli jego formuła okaże się atrakcyjna, bądź wyhamowania, jeśli będzie odwrotnie.

### Podsumowanie – kryteria różnicujące

W tabeli 4 przedstawiona została syntetyczna charakterystyka strategicznego modelu funkcjonalnego z koordynującą rolą RCK.

**Tabela 4. Strategiczny model funkcjonalny z koordynującą rolą RCK – kryteria różnicujące**

Wskaźniki różnicowania modeli	Wniosek ogólny
Wsparcie finansowe procesu HB-HTA (tj. możliwości pozyskania środków na finansowanie jednostki HB-HTA na poziomie szpitala i jednostki koordynującej)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konieczne działania w kierunku pozyskania środków na ukonstytuowanie RCK (tworzenie nowej infrastruktury, miejsc pracy)</li> <li>Trafniejsza alokacja środków finansowych przekazywanych w ramach polityki spójności UE i mechanizmów koordynacji oraz w ramach mechanizmów IOWISZ</li> </ul>
Szanse na trwałość modelu/wdrożenia HB-HTA (możliwość podtrzymania po zakończeniu pilotażu)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionalne wsparcie dla procesu HB-HTA jest gwarancją wytworzenia trwałych standardów współpracy opartych na mechanizmach koordynacji regionalnej (eliminacja rozmywania odpowiedzialności i dublowania aktywności)</li> </ul>
Dostęp do danych niezbędnych do analiz HB-HTA, takich jak rejestry, zasoby biblioteczne, dane gromadzone przez NFZ, AOTMiT itp. (w strukturze jednostki koordynującej)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ograniczony. Konieczność opierania się w dużym stopniu na źródłach zewnętrznych – NFZ, AOTMiT, uniwersytety medyczne. Z czasem własne repozytorium wiedzy w RCK</li> </ul>
Dostęp do ekspertów/specjalistów HB-HTA (w strukturze jednostki koordynującej)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ograniczony. Niewielu ekspertów na rynku. Konieczne wsparcie – np. specjaliści zdrowia publicznego (wydziały nauk o zdrowiu na uczelniach medycznych w regionie)</li> </ul>
Możliwości promocji dobrych praktyk HB-HTA (np. seminaria, konferencje, baza wiedzy, repozytorium raportów)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wysoka. RCK prowadzi repozytorium wiedzy, odpowiada za edukację, dyseminację wiedzy w tym zakresie, promocję dobrych praktyk HB-HTA, organizację szkoleń, konferencji</li> </ul>
Zagrożenie nadmierną formalizacją procesu HB-HTA (np. usztywnianiem procedur, ograniczaniem elastyczności, twarde wytyczne regulacyjne)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formalizacja procesu wyłącznie na koniecznym regulowanym poziomie w zakresie wytworzonych standardów współpracy pomiędzy wyodrębnionymi interesariuszami (RCK, szpital, instytucja pośrednicząca itd.)</li> </ul>
Możliwości „sieciowania szpitali” dla popularyzacji HB-HTA (tj. potencjał do sieciowania, integrowania na rzecz HB-HTA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Sieciowanie szpitali” w zakresie HB-HTA (wymiana wiedzy, identyfikacja dobrych praktyk, szkolenia) jest ważną częścią koordynacji HB-HTA w regionie</li> </ul>
Możliwości utrzymania zgodności raportów z metodyką HB-HTA (tj. dostępność narzędzi do ewaluacji zgodności z wytycznymi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wysoka. Powołanie specjalnej jednostki RCK spowoduje konieczność standaryzacji postępowania zgodnie z metodyką HB-HTA (wypracowane narzędzia ewaluacji w WZ UW)</li> </ul>
Możliwości rozwoju narzędzi wspierających proces HB-HTA (np. systemów informatycznych, aktualizacja metodyki)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wysokie. Rozwój narzędzi w jednostce zajmującej się HB-HTA (RCK) jest wpisany w logikę jej funkcjonowania i konieczny do jej rozwoju i profesjonalizacji</li> </ul>
Możliwości oddziaływania na szpitale w celu wdrażania HB-HTA (np. wywieranie wpływu na pojedyncze szpitale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mechanizmy miękkie (edukacja, wsparcie, dobre praktyki, „sieciowanie”, seminaria, szkolenia)</li> </ul>
Ryzyko konfliktu interesów między ośrodkiem koordynującym a podmiotami sieciowymi (pojedynczymi szpitalami)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencjalne konflikty kompetencyjne pomiędzy urządzeniami: marszałkowskim i wojewódzkim oraz NFZ. Brak jednoznacznej zgody na przejście roli koordynatora polityki zdrowotnej w regionie przez UW i koordynatora HB-HTA</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

## Przypisy

<sup>1</sup> Identyfikacja poziomu i sektora pozwala na wskazanie cech szczegółowych procesu. W odniesieniu do poziomu widoczna jest przewaga sektora regionalnego/lokalnego – 7 podmiotów, następnie szpitalnego, który w HB-HTA jest głównym punktem odniesienia dla 5 podmiotów, i na końcu centralnego – 4 główne instytucje systemowe, ważne dla procesu wdrażania HB-HTA w każdym modelu funkcjonalnym.

## Piśmiennictwo

1. Włodarczyk C., Koprowska I., *Wykorzystanie programu policy maker w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” 2000; 2: 63–87.
2. Reich M.R., Cooper D.M., *PolicyMaker: Computer-Assisted Political Analysis. Software and Manual*, PoliMap, Brookline MA 1996.
3. Kowalska-Bobko I., *Decentralizacja a systemy zdrowotne. W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
4. Kowalska-Bobko I., Frączkiewicz-Wronka A., *Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w ochronie zdrowia stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce*, „Zarządzanie i Finanse” 2018; t. 16, 3, cz. 2: 139–154.
5. Holecki T., Kowalska-Bobko I., Frączkiewicz-Wronka A., Wegrzyn M. (2020), *Realization of the EU's Cohesion Policy in Health Care in the Visegrad Group Countries in the Perspective 2014–2020*, „Frontiers in Public Health” 2020; t. 8: 133.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).
7. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 265 ze zm.).
9. 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. Sakellariou, Open University Press, Philadelphia 1998.