



HB HTA –

żeby decyzje inwestycyjne były lepsze

Co zrobić, aby jak najefektywniej wykorzystać doświadczenia i zwiększyć skuteczność decyzji inwestycyjnych w placówkach medycznych? Jak najlepiej pozyskać środki na wprowadzanie innowacyjnych technologii? Wreszcie – jak unikać błędów, które są kosztowne, a których konsekwencje ostatecznie poniesie płatnik? Pomóc może wdrożenie HB HTA – systemu, który w Polsce jeszcze nie istnieje, ale w wielu krajach na świecie jest już stosowany z pozytywnym skutkiem.

O HB HTA (*Hospital-Based Health Technology Assessment*) słyszymy od lat. Obserwacje zachodnich systemów medycznych dały nadzieję na wdrożenie także w naszych szpitalach technologii, które sprawiają, że będzie lepiej. Inwestycje w technologie medyczne będą rozsądniejsze, oparte na obiektywnych kryteriach i badaniach naukowych. Ma to pomóc w wyłanianiu rozwiązań bezpiecznych i skutecznych. W konsekwencji opłaci się to państwu, szpitalowi i przede wszystkim pacjentowi. A wiadomo, że to on jest w tym systemie najważniejszy.

Wzorem państw zachodnich

Oczywiście nie da się skopiować dokładnie funkcjonowania HB HTA w innych państwach, choć z pewnością niektóre z nich mogą być dla nas wzorem i inspiracją. Najbliższe ideałowi są rozwiązania z Ameryki Północnej – USA i Kanady. Jednak ze względu na to, że tam opieka zdrowotna funkcjonuje w zupełnie innych realiach, musimy wypracować własny system, który w naszych warunkach okaże się najlepszy. Dla

tego tak ważna jest analiza rozwiązań stosowanych na Zachodzie i porównanie ich z tym, co mamy u nas. Kolejny krok to przygotowanie wyspecjalizowanego, odpowiednio wykształconego zespołu, który podejmie się zadania. Pilotażowy projekt „Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych” realizowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach konsorcjum z Narodowym Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego oraz Uczelnią Łazarzkiego w Warszawie. Przedsięwzięcie jest finansowane przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR) w ramach strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych „Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków” GOSPOSTRATEG.

HB a HTA – na czym polega różnica?

System HTA (*Health Technology Assessment*) funkcjonuje w wielu krajach. Istnieje też w Polsce i ma ugruntowane

„Projekt HB HTA wpisuje się w niedawno przyjętą przez NFZ strategię, na którą składają się innowacyjność, efektywność systemu i otwarcie na pacjentów”

waną pozycję, a zadania z jego zakresu realizuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOT-MiT), która działa na zlecenie ministra zdrowia. Jej orzeczenia dotyczą technologii lekowych i mają kluczowe znaczenie przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych. Z kolei HB HTA, które ma być utworzone w Polsce, w założeniu skupia się na technologiach nielekowych, takich jak duże urządzenia do obrazowania czy testy diagnostyczne. W kontekście nie całego państwa, ale konkretnego szpitala. Ma także przyspieszyć podejmowanie decyzji inwestycyjnych, które na poziomie narodowym, ze względu na inne priorytety, zwykle zajmują dużo czasu. Jak wygląda obecnie sytuacja w placówkach medycznych i co wpływa na wybór innowacyjnej technologii? Do tej pory każdy szpital posługuje się własnymi, nie zawsze jasnymi kryteriami, a o wyborze technologii nielekowej rozstrzyga jego kadra menedżerska. W istocie system HB HTA dąży do tego, aby decyzje były przemyślane, gruntownie sprawdzone, oparte na badaniach i dokładnej analizie. Szpitali nie stać bowiem na błędy.

– *Choć nakłady na ochronę zdrowia rosną w ostatnich latach bardzo dynamicznie, co nas absolutnie cieszy, wciąż są za małe w stosunku do jeszcze szybciej rosnących potrzeb i cen technologii. Dlatego warto się zastanowić, czy zawsze podejmowane decyzje są efektywne, osadzone na mocnych podstawach ekonomicznych. Naszym celem jest szukanie inspiracji, które dałyby narzędzie menedżerom polskich placówek szpitalnych do metodycznego dokonywania oceny innowacyjnych technologii medycznych i tym samym zwiększania efektywności placówek pod względem klinicznym, ale również ekonomicznym* – komentuje dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego i koordynator projektu.

Dlaczego Hiszpania?

Przy omawianiu HB HTA za wzór podaje się Hiszpanię. Stamtąd pochodzi najwięcej raportów, które mogą być wykorzystane podczas badawczego etapu analizy HB HTA. Dlaczego? Bo tam idea HB HTA trafiła na najbardziej podatny grunt. Przyczyną jest decentralizacja systemu opieki zdrowotnej z odrębnym mandatem podziału środków publicznych na zdrowie przez tzw. regiony autonomiczne. Narodowa ochrona zdrowia w Hiszpanii zapewnia kompleksowy dostęp m.in. do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej. Jednak to do regionów należy decyzja, jakie są dodatkowe kryte-

ria włączania do koszyka świadczeń gwarantowanych technologii medycznych, takich jak leki czy urządzenia medyczne. Efektem jest pojawienie się nowych możliwości w zarządzaniu procesem leczenia na poziomie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Szpitalne HB HTA na gruncie polskim

Innowacyjny projekt naukowo-badawczy zaczął się 1 stycznia 2019 r. Autorzy mają jeszcze dwa lata na jego dopracowanie, do końca grudnia 2021 r. Istotną kwestią jest podjęcie decyzji, gdzie ma się znajdować ośrodek koordynujący przedsięwzięcie, aby pilotażowe jednostki szpitalne tworzące sieć HB HTA najlepiej ze sobą współpracowały i wymieniały się doświadczeniami. To ważny projekt, nie tylko dla sponsora, czyli NCBiR, lecz także dla NFZ. Wpisuje się on w niedawno przyjętą przez Fundusz strategię, na którą składają się innowacyjność, efektywność systemu i otwarcie na pacjentów.

– *HB HTA jest narzędziem skrojonym na miarę potrzeb szpitali. Będzie wykorzystywane w celu wspierania decyzji podejmowanych na poziomie szpitali, co ma się przełożyć na mikroefektywność systemu* – zapowiada dr Iga Lipska, kierownik projektu HB HTA z Konsorcjum Naukowo-Badawczego NFZ-NIK-UŁ.

Pierwszy etap przedsięwzięcia, który ma potrwać półtora roku, to faza badawcza. Polega ona na krytycznej analizie systemu szpitalnego HTA w Europie, USA i Polsce (benchmarking). W jej ramach przewidziano także przeanalizowanie aspektów politycznych, etycznych, prawnych, ekonomicznych, społecznych i technologicznych, co ma być podstawą do implementacji nowych technologii w szpitalach (analiza PEST). Zaplanowano także zabezpieczenie know-how wdrażanych u nas technologii medycznych.

– *W pierwszej fazie, którą będziemy kończyć w tym roku, chcemy wypracować rozwiązania i procedury umożliwiające wprowadzenie innowacyjnych technologii medycznych w Polsce, które będziemy rekomendowali do drugiej fazy, czyli wdrożenia. Następnym etapem będzie ich pilotaż. To bardzo istotne, że mamy na to trzy lata, czyli wystarczająco dużo czasu, aby skorygować wszelkie rozwiązania* – mówi dr Iga Lipska.

Bariery i obawy

Jakie wnioski nasuwają się po roku od wprowadzenia pilotażowego programu HB HTA? Przede wszystkim wiadomo, że nie jest to łatwe zadanie i po drodze pojawia się wiele przeszkód. Zdaniem dr. n. med. Tomasza Maciocha podstawowym problemem, z którym trzeba się zmierzyć, jest brak polskich wzorców.

– *Musieliśmy sprawdzić, jak analizy są przeprowadzane na świecie, głównie w USA, Kanadzie oraz w Europie, gdzie krajem z bogatą historią i doświadczeniem w HB HTA jest Hiszpania, skąd pochodzi aż 75 proc. raportów. Dotarliśmy także do polskiego raportu poświęconego procesom wprowadzania innowacji w dużych szpitalach, zwłaszcza wyrobów medycznych, uwzględniającego opisy przypadków.*

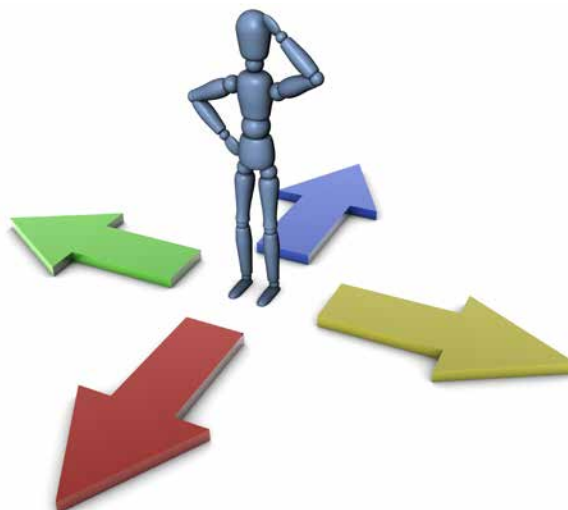
Prześledziliśmy dostępne piśmiennictwo. Problemem było to, że analizy oceny technologii medycznych na poziomie szpitali nie były publikowane, a raporty, do których dotarliśmy, były szczątkowe, wybiórcze, niskiej jakości i nie zawsze aktualne. Większość z nich została przygotowana ok. 2010 r. i dotyczyła głównie technologii lekowych, ich cen, bezpieczeństwa, kosztów i wpływu na budżet, co akurat nie jest przedmiotem pilotażowego systemu HB HTA, ponieważ u nas zajmuje się tym AOTMiT – relacjonuje dr Macioch.

Dodatkową trudnością, która wyłoniła się podczas pierwszej fazy projektu, był opór części profesjonalistów wobec wprowadzania HB HTA. Klinicyści obawiali się ograniczenia ich kompetencji przez pojawienie się nowych technologii, a sami dyrektorzy, zwłaszcza mniejszych szpitali, z pewnym niepokojem odnieśli się do ewentualnego obciążenia ich np. zadaniami administracyjnymi związanymi z przygotowaniem wniosków, uzasadnieniem skuteczności zakupu i wdrożenia określonej technologii medycznej.

– Problemem jest także brak profesjonalnej kadry przeszkolonej w zakresie HB HTA na rynku pracy. Tymczasem mamy mnóstwo specjalistów, którzy są naturalnymi kandydatami do wspierania tych procesów na poziomie szpitala. Obiecujemy, że będziemy systematycznie organizować spotkania i szerzyć wiedzę na temat HB HTA, żebyśmy wszyscy to pojęcie rozumieli. W ramach projektu mamy zaplanowany cykl szkoleń, który będzie przede wszystkim obejmował analityków szpitali – zapewnia dr Gałązka-Sobotka. – Myślę, że wyłania się nowy rynek pracy – dodaje.

Wyniki badań

Ankiety przeprowadzone w ramach fazy badawczej pozwalają na sformułowanie istotnych wniosków. Można stwierdzić, że osobami wnioskującymi o wdrożenie innowacyjnych technologii medycznych są najczęściej pracownicy kierujący placówką, a ostateczną decyzję o wyborze konkretnej technologii podejmuje dyrektor. Korzysta przy tym głównie ze środków własnych szpitali oraz środków pozyskanych w ramach realizacji projektów unijnych. Nie zawsze konsultuje się z Ministerstwem Zdrowia, NFZ, AOTMiT, organizacjami pacjenczkimi, konsultantami krajowymi i wojewódzkimi czy też z innymi szpitalami. Poziom sformalizowania procesu podejmowania tych decyzji jest niski. Jasno określona ścieżka decyzyjna obowiązuje w co czwartym badanym szpitalu, najczęściej w obszarze procedur terapeutycznych (25 proc.), najrzadziej w obszarze systemów wspomagających udzielanie świadczeń (16 proc.). Wprawdzie w szpitalach jest potencjał do przeprowadzenia analizy klinicznej oraz ekonomicznej, czego zwykle podejmują się pracownicy o kompetencjach analitycznych, ale brakuje wyszkolonych osób z wiedzą z zakresu HTA. W tej dziedzinie już organizowane są szkolenia, a także tworzone są nowe ścieżki kształcenia w ramach studiów na kierunku zdrowie publiczne.



„System HB HTA dąży do tego, aby decyzje były przemyślane, gruntownie sprawdzone, oparte na badaniach i dokładnej analizie. Szpitali nie stać bowiem na błędy”

Czego oczekują pacjenci?

Jakie są oczekiwania pacjentów w związku z wdrażaniem innowacyjnych technologii? Taką ankietę opracowano wspólnie z fundacją „My pacjenci”. Zapytano pacjentów kardiologicznych i onkologicznych, co jest dla nich w tym zakresie najistotniejsze.

– W obszarze kardiologii za najważniejsze uznano brak dolegliwości, zwiększenie komfortu życia, pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Z kolei dla pacjentów z nowotworami liczyła się skuteczność leczenia, długość przeżycia bez pogorszenia się stanu zdrowia i długość przeżycia. Niezwykle ważne w ocenie technologii medycznych dla obu grup były aspekty etyczne, dla których opracowano algorytm postępowania w analizie HB HTA. Zadano w nim pytanie: „Czy istnieją problemy moralne, psychologiczne lub społeczne, które mogą być istotne z punktu widzenia świadczeniobiorców, świadczeniodawców lub innych grup społecznych?” – komentuje koordynator projektu Krzysztof Łach z Narodowego Instytutu Kardiologii.

Podsumowując – wypracowanie szpitalnego HB HTA ma na celu analizę technologii medycznych w odniesieniu do konkretnego szpitala, z uwzględnieniem jego zasobów kadrowych, organizacji i infrastruktury wewnętrznej. Takie rozwiązanie powinno korzystnie wpłynąć na system ochrony zdrowia w Polsce, poprawić komfort pracy kadry medycznej, ułatwić pacjentom dostęp do świadczeń i przyczynić się do poprawy procedury przetargowo-zakupowej poprzez dostarczanie systematycznej i przejrzystej oceny innowacyjnych technologii medycznych.

Agata Misiurewicz-Gabi