

4. ANALIZY EKONOMICZNE

- **Skąd czerpiemy informacje:**

- z APD, analizy klinicznej, analizy organizacyjnej – cel badania (UWAGA: wszystkie wybory muszą być zgodne z APD, analiza kliniczną, analizą organizacyjną; w szczególności wszystkie oszacowania efektów klinicznych muszą wcześniej być wykonane w analizie klinicznej)

- Z działań ekonomiczno – księgowych funkcjonujących w szpitalach

- **Co otrzymujemy:**

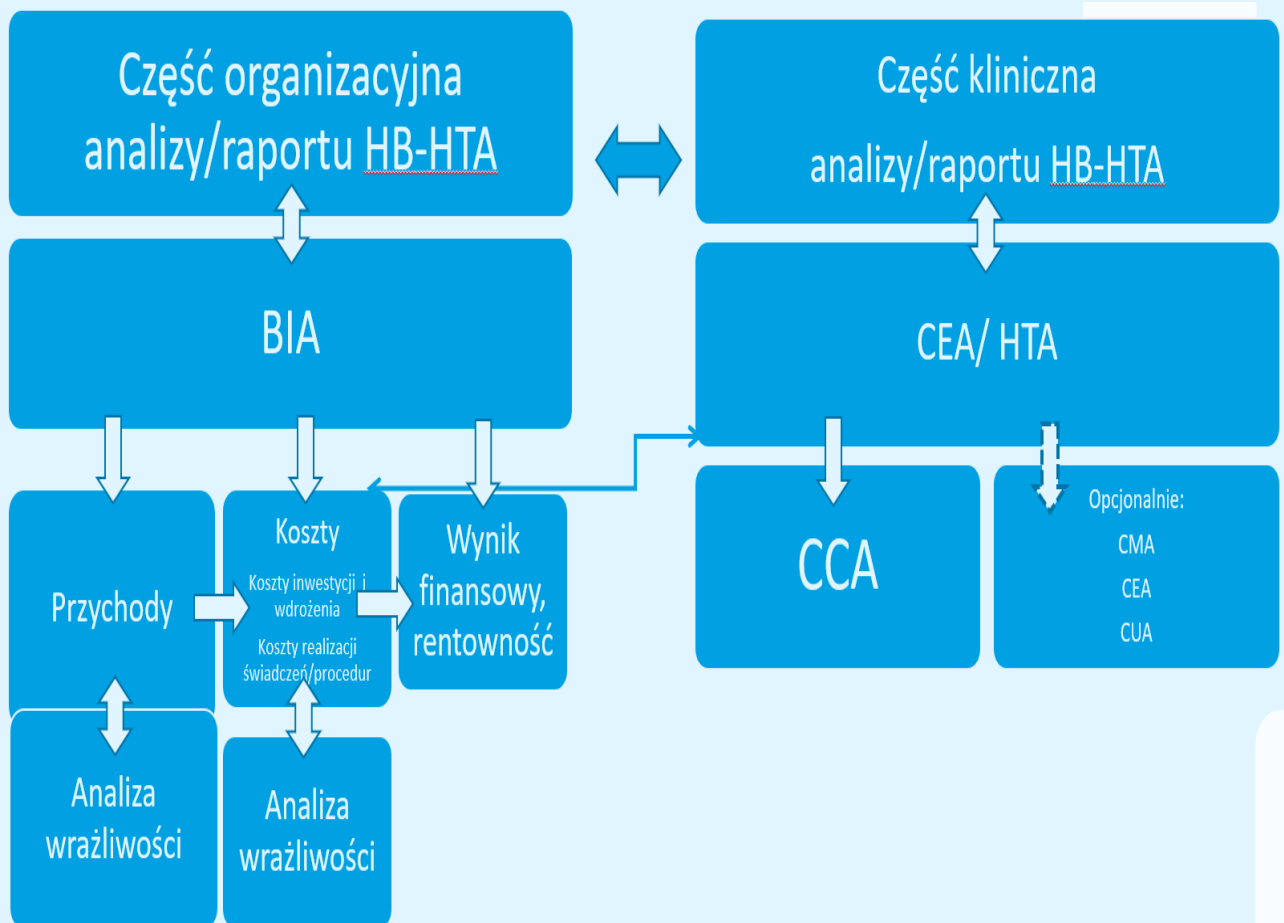
- Informację o kosztach dotychczas stosowanej/ nych technologii ,
- Informację o kosztach związanych z pozyskaniem, wdrożeniem i użytkowaniem nowej/nowych technologii w szpitalu z uwzględnieniem założeń planistycznych opisanych w APD,
- Informację o przychodach osiągniętych z dotychczas stosowanej technologii,
- Informację o szacunkowej wartości możliwego do osiągnięcia przychodu w kolejnych latach po wprowadzeniu nowej technologii w oparciu o założenia planistyczne opisane w APD,
- zidentyfikowane/skwantyfikowane w części klinicznej raportu HB-HTA korzyści zdrowotne, wynikające dla pacjentów z zastosowania nowej technologii w porównaniu z komparatorem,
- koszt/y jednostkowe/ych świadczenia/eń/procedur/y przynoszącego/ych ww efekty zdrowotne z zastosowania nowej technologii i komparatora, wyliczonych w I części analizy ekonomicznej.

- **Wyniki są wkładem do:**

- analizy kosztów i przychodów oraz analizy wyniku finansowego
- analizy wrażliwości
- analizy prognozy rentowności
- analizy typu koszt- konsekwencje (zdrowotne) CCA
- opcjonalnej analizy typu:
 - ❖ CMA, jeśli w części klinicznej wykazano, że porównywane technologie przynoszą takie same korzyści zdrowotne,
 - ❖ CEA, jeśli w części klinicznej podano dane o najważniejszym efekcie zdrowotnym bezpośrednim (np. LYG) lub pośrednim (np. całkowite usunięcie nowotworu) dla nowej technologii i komparatora,
 - ❖ CUA, jeśli w części klinicznej wyrażono w QALY korzyści zdrowotne ze stosowania nowej technologii i komparatora.
- Sformułowania (części) rekomendacji.

Analiza ekonomiczna obejmuje dwie części:

- I – wykorzystującą informacje ustalone w części organizacyjnej raportu, a realizowaną z punktu widzenia szpitala jako podmiotu gospodarczego, pozwalającą na ocenę wpływu wprowadzenia nowej technologii medycznej na budżet i rentowność szpitala, czyli analizę typu BIA (Budget Impact Analysis),
- II – wykorzystującą informacje ustalone w części klinicznej raportu, polegającą na ocenie efektywności ekonomicznej/kosztowej względem korzyści zdrowotnych/HTA, zakładanych do osiągnięcia w wyniku implementacji nowej technologii.
Część II może zostać uznana za opcjonalną/ uzupełniającą.



Część I. Analiza wpływu wdrożenia nowych technologii na budżet szpitala (BIA). Jej wykonanie wymaga zebrania danych a następnie dokonania obliczeń/oszacowań.

KONIECZNE ZAŁOŻENIA, DANE I OBLICZENIA:

A. Strona kosztowa

- a. identyfikacja źródeł pokrycia pełnych kosztów nabycia nowej technologii (środki własne, kredyt, środki pochodzące ze wsparcia Unii Europejskiej, z uwzględnieniem czasu utrzymania trwałości inwestycji) oraz kosztów dezinvestycji (wycofania części aktywów), wynikających z wprowadzenia do szpitala nowej technologii,
- b. identyfikacja dodatkowych kosztów dostosowawczych, koniecznych do poniesienia w związku z wdrożeniem nowej technologii, w tym kosztów szkoleń koniecznych do rozpoczęcia stosowania nowej technologii,
- c. identyfikacja kosztów stosowania komparatora oraz nowej technologii wraz z kosztami ich utrzymania (certyfikaty, dopuszczenia, części serwisu i napraw, itp.)
- d. oszacowanie jednostkowego/ych kosztu/ów świadczenia/eń/procedur/y wykonywanego/ych przy zastosowaniu nowej technologii medycznej, z wyróżnieniem kosztów bezpośrednich (wg przyjętych norm zużycia czynników produkcji/zasobów na świadczenie jednostkowe – leków, wyrobów medycznych, procedur),
- e. kalkulacja kosztu/ów jednostkowych świadczenia/eń/procedur/y wykonywanej/ych przy użyciu komparatora,
- f. oszacowanie kosztów całkowitych realizacji świadczenia/eń/procedur/y wykonywanego/ych przy zastosowaniu komparatora w poszczególnych okresach w analizowanym horyzoncie czasowym,
- g. oszacowanie różnicy między bezpośrednimi kosztami normatywnymi świadczenia/eń/procedur/y wykonywanego/ych przy użyciu nowej technologii a bezpośrednimi kosztami świadczenia/ń/procedur z użyciem technologii komparatywnej (w zakładanej proporcji),
- h. oszacowanie zmiany całkowitych kosztów wytworzenia świadczenia/eń/procedur/y z użyciem nowej technologii i z użyciem komparatora (w zakładanej proporcji) w poszczególnych okresach, na podstawie założeń przyjętych w części organizacyjnej analizy HB-HTA odnośnie do liczby planowanych do wykonania świadczeń

A. Strona przychodowa:

- a. przyjęcie założeń co do wysokości stawki płatnika/ów instytucjonalnych (publicznych i niepublicznych) i/lub ceny dla pacjentów indywidualnych w odniesieniu do świadczenia/procedur/y komparatywnego/ej i świadczenia/eń//procedur/y z użyciem nowej technologii medycznej,
- b. wykorzystanie założeń planistycznych z APD na każdy z analizowanych okresów co do liczby wykonań świadczeń/procedur z użyciem technologii nowej i komparatywnej i zasad ich finansowania,
- c. oszacowanie wartości możliwego przychodu w kolejnych latach po wprowadzeniu nowej technologii w oparciu o założenia planistyczne opisane w APD na każdy z analizowanych okresów co do liczby wykonań świadczeń/procedur z użyciem technologii nowej i komparatywnej,
- d. identyfikacja przychodów z dezinvestycji i ich oszacowanie.

ANALIZY:

1. **Wykonaj analizę kosztów i przychodów oraz wyniku finansowego** (Formularze i instrukcje wykonawcze – cz. II, pkt III Zestawienie o kosztach i przychodach oraz Propozycje konstrukcji tabel służących zebraniu koniecznych informacji – tabela III A, III B, IV, V).
2. **Wykonaj analizę wrażliwości** dla kluczowych zmiennych m.in. co do szacowanych kosztów inwestycji, kosztów jednostkowych świadczeń z użyciem nowej technologii pod wpływem zmian cen ich składowych, co do założeń o liczbie kontraktowanych/kupowanych świadczeń danego rodzaju, co do zapotrzebowania na świadczenia szpitalne z użyciem nowej technologii (pkt 7.7 oraz Formularze i instrukcje wykonawcze – cz. I, pkt 4 Analiza wrażliwości).
3. **Wykonaj analizę progu rentowności** (pkt 7.4 , pkt 7.6.1 oraz Formularze i instrukcje wykonawcze – cz. I, pkt 3 Obliczanie progu rentowności (BEP) i opcjonalnie – innych wybranych wskaźników rentowności).

Obliczeń i analiz należy dokonać w kilkuletnim horyzoncie czasowym, najlepiej takim, w którym co najmniej uzyskujemy równowagę finansową czyli pokrycie poniesionych kosztów uzyskanymi przychodami. Stan równowagi nie zawsze będzie możliwy, zwłaszcza w początkowym okresie. Akceptowalne są sytuacje, gdy nowa technologia będzie wymagała stałego wsparcia z innych źródeł (zidentyfikowanych i wystarczających na pokrycie deficytu szpitala). Akceptowalny jest także scenariusz oczekiwania przez określony czas na włączenie nowej technologii do systemu rozliczeniowego płatnika (NFZ).

Część II. Analiza efektywności ekonomicznej/kosztowej korzyści zdrowotnych/HTA

Jest wykonywana na podstawie określenia i wyliczenia:

- korzyści zdrowotnych zidentyfikowanych/skwantyfikowanych w części klinicznej raportu HB-HTA, wynikających dla pacjentów z zastosowania nowej technologii w porównaniu z komparatorem,
- kosztu/ów jednostkowego/yh świadczenia/eń/procedur/y przynoszącego/yh ww efekty zdrowotne z zastosowania nowej technologii i komparatora, wyliczonych w I części analizy ekonomicznej.

Analiza ta odpowiada na pytanie, na ile efektywniej ekonomicznie szpital potrafi wytworzyć określoną korzyść zdrowotną przy zastosowaniu nowej technologii medycznej w porównaniu z komparatorem.

Rekomenduje się, by szpital wykonywał w ramach HB-HTA analizę typu koszt-konsekwencje (zdrowotne) CCA, bowiem polega ona na zestawieniu wszystkich zidentyfikowanych kosztów i korzyści, pozwalając decydom na poziomie szpitala zorientować się, jaki jest związek między ponoszonymi kosztami a zwiększeniem korzyści zdrowotnych dla pacjentów. Tego typu analiza jest rekomendowana szczególnie w sytuacji, gdy porównywane technologie różnią ze względu na szereg efektów zdrowotnych i efektów odnoszących się do zdrowia (*health-related*), niekiedy trudnych do precyzyjnej kwantyfikacji.

Opcjonalnie można wykonać analizę efektywności kosztowej/HTA typu:

- CMA, jeśli w części klinicznej wykazano, że porównywane technologie przynoszą takie same korzyści zdrowotne,
- CEA, jeśli w części klinicznej podano dane o najważniejszym efekcie zdrowotnym bezpośrednim (np. LYG) lub pośrednim (np. całkowite usunięcie nowotworu) dla nowej technologii i komparatora,
- CUA, jeśli w części klinicznej wyrażono w QALY korzyści zdrowotne ze stosowania nowej technologii i komparatora.

Wyniki analizy efektywności kosztowej korzyści zdrowotnych mogą stanowić ważny argument dla kierownictwa szpitala w negocjowaniu wyższych stawek za efektywniejsze kosztowo świadczenia z zastosowaniem nowej technologii oraz na pozyskanie środków finansowych na wdrożenie.