

## Проектиране на модел за изграждане на капацитет и институционализиране на ОЗТ практики

Ралица Райчева, Румен Стефанов

Катедра по Социална медицина и обществено здраве, Факултет  
по Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив

### Резюме

**Въведение:** Най-съществената характеристика на средата, в която се изгражда капацитета и се институционализира една ОЗТ структура, са динамичните промени, дължащи се на развитието и бързото разпространение на технологиите, както и скоростта на обмена на информация.

**Цел:** Извършено е международно проучване на ОЗТ практики, с цел набиране на информация за дейностите по ОЗТ; изследване на институционалния контекст и вида на приложение на ОЗТ принципите, логиката, методите и инструментите, за да се разработи теоретична рамка за изграждане на капацитет и институционализиране на ОЗТ структура.

**Материал и метод:** Използваният метод е международно уеб-базирано проучване на ОЗТ организации с разнообразен профил. В периода 2013 - 2015 г. се проведе обширно проучване на ОЗТ дейностите в 386 организации от 83 държави, включително 11 международни организации. Данните са получени от полу-структуриран въпросник, който съдържа 102 въпроса.

**Резултати:** Въз основа на резултатите от изследването е създаден динамичен интерактивен модел за изграждане на капацитет и институционализиране на ОЗТ структура. ОЗТ организацията е обвързана, съществува и се развива в макро-, мезо- и микро- среда.

**Заклучение:** ОЗТ структурата не е автономен обект, напротив, нейното създаване, съществуване, дейност и крайни резултати са изцяло зависими от външната за организацията среда. Моделът, който представяме не е алгоритъм за изграждане на ОЗТ организация, а е динамична рамка, която интегрира трите взаимно свързани равнища – макро, мезо и микро. С прилагането на итеративни и рекурсивни процеси е възможно постигането на баланс, синхронизирането и хармонизирането на дейностите и удовлетворяване на потребностите и на трите нива.

**Ключови думи:** оценка на здравни технологии, ОЗТ капацитет, ОЗТ структура, характеристики на средата, динамичен интерактивен модел

## Establishing a model of HTA capacity building and institutionalization

Ralitsa Raycheva, Rumen Stefanov

Department of Social Medicine and Public Health,  
Faculty of Public Health, Medical University of Plovdiv

### Abstract

**Introduction:** Dynamic development and rapid deployment of health technologies, as well as the increasing speed of information flow are the main characteristic that shape the environment of HTA capacity building and institutionalization.

**Objectives:** The international survey on HTA was designed to gain information about the present status of HTA activities; to examine its institutional contexts and the kind of application of its principles, logic, methods and tools; and to design a theoretical framework for capacity building and institutionalization of HTA practices.

**Materials and methods:** The method used was international Web-based survey of HTA organizations with diversified profile. During 2013 – 2015 an extensive survey of HTA activities was conducted among 386 organizations in 83 countries, including 11 international organizations. Data were obtained by semi-structured questionnaire, which contained 102 questions.

**Results:** Based on the results of the survey a Dynamic Interactive Model for capacity building and institutionalization of HTA structure was established. The HTA organization is bound, exists and develops in macro, meso and micro-environments.

**Conclusion:** The HTA organization is not an autonomous object; on the contrary, its establishment, existence, activity and final results are totally dependent on the external environment of the organization. The model we are presenting is not an algorithm for building an HTA organization but is a dynamic framework that integrates the three interrelated – macro, meso and micro levels. By applying iterative and recursive processes, it is possible to achieve balance, synergy and harmonization of activities and fitting the requirement of all three levels.

**Keywords:** health technology assessment, HTA capacity building, HTA units, HTA environmental characteristics, dynamic interactive model

### Кореспонденция:

Ралица Райчева  
e-mail: [dirdriem@gmail.com](mailto:dirdriem@gmail.com)

### Correspondence:

Ralitsa Raycheva, MEdon, PhD  
e-mail: [dirdriem@gmail.com](mailto:dirdriem@gmail.com)

## Въведение

Най-съществената характеристика на средата, в която се изгражда капацитета и се институционализира една ОЗТ структура, са динамичните промени, дължащи се на развитието и бързото разпространение на технологиите, както и на скоростта на обмена на информация.

## Цел

Извършено е международно проучване на ОЗТ практики, с цел набирание на информация за дейностите по ОЗТ; изследване на институционалния контекст и вида на приложение на ОЗТ принципите, логиката, методите и инструментите, за да се разработи теоретична рамка за изграждане на капацитет и институционализиране на ОЗТ структура.

## Материал и методи

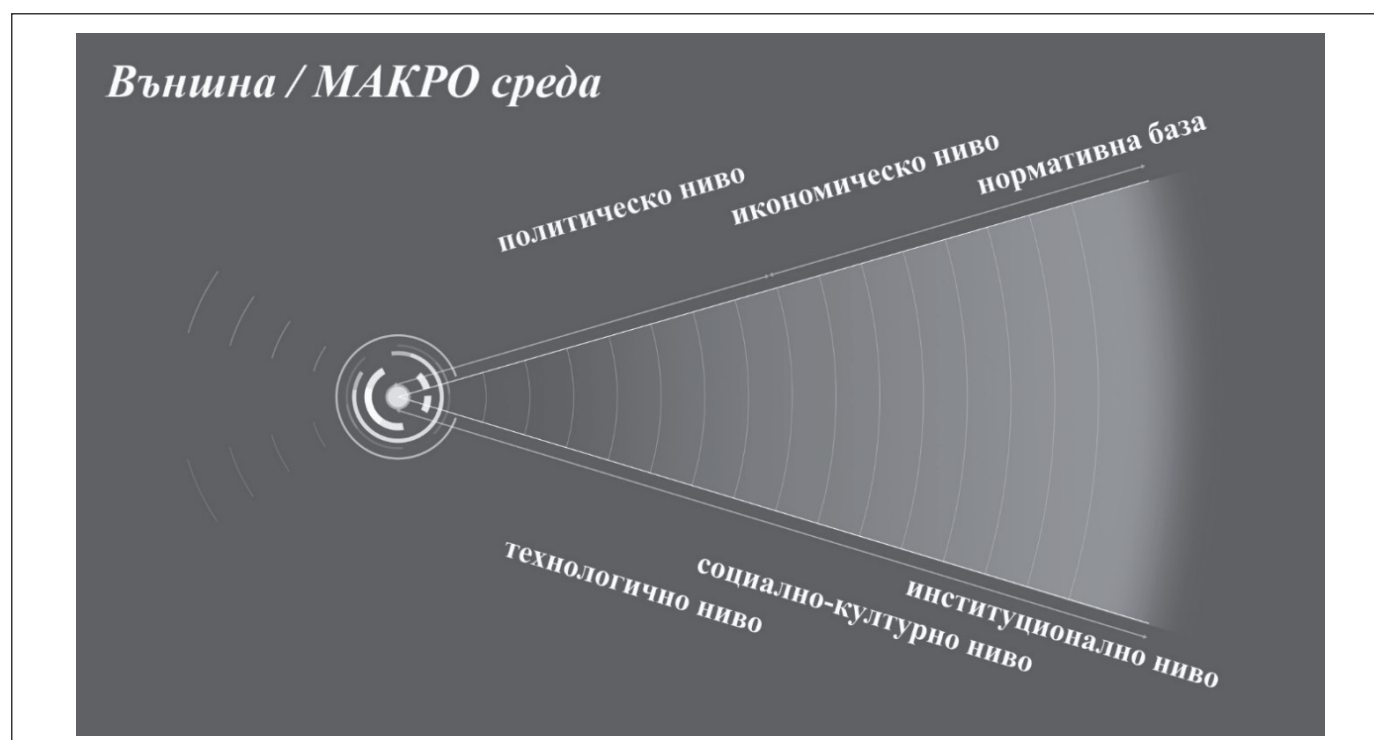
Използваният метод е международно уеб-базирано проучване на ОЗТ организации с разнообразен профил. В периода 2013-2015 г. се проведе обширно проучване на ОЗТ дейностите в 386 организации от 83 държави, включително 11 международни организации. Данните са получени от полуструктуриран въпросник, който съдържа 102 въпроса.

## Резултати

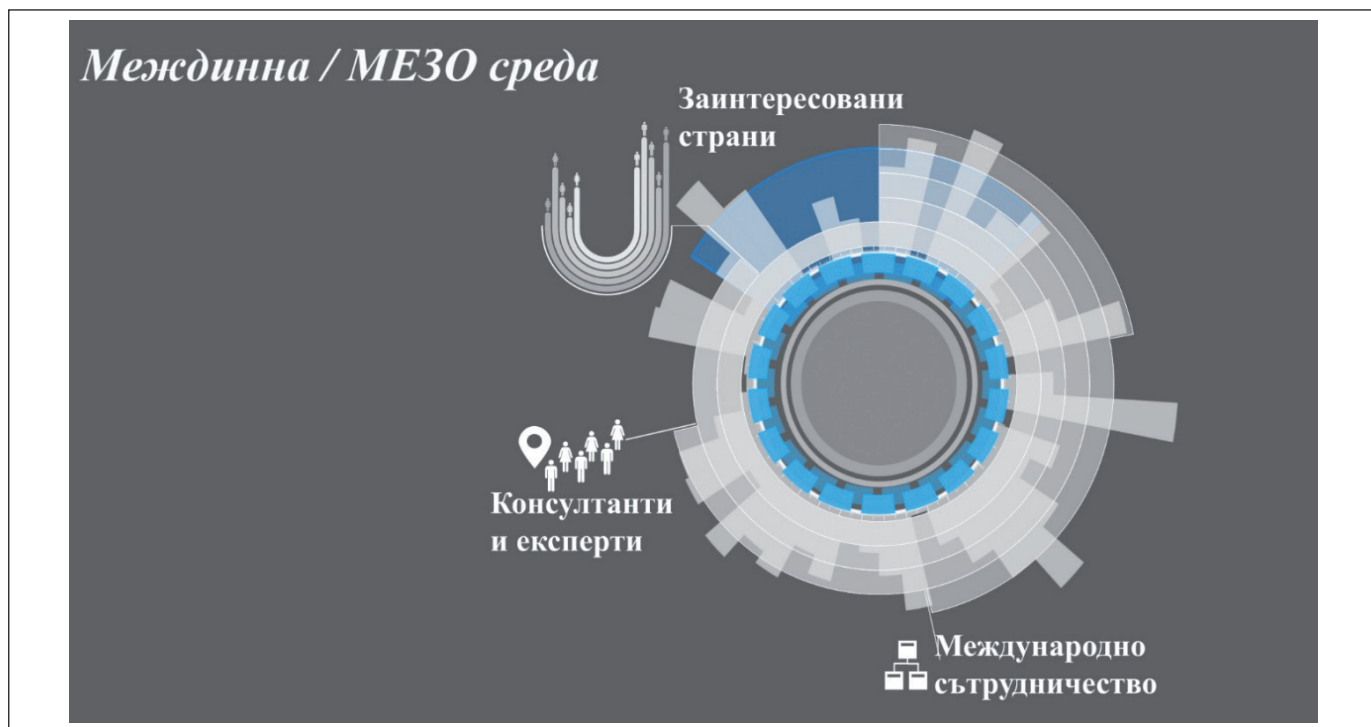
В литературата съществуват редица модели за изграждане на добри ОЗТ практики [1-8], но за по-добро разбиране на разделянето в организационната среда, е необходимо да се погледне от гледна точка на теорията на системите, където на организациите се гледа като на отворени системи,

черпещи ресурси от външната среда и предоставящи услуги и продукти обратно към външната среда. Когато се анализира външната среда на ОЗТ организацията се поставя въпроса за това какви дейности трябва да се извършат. Когато се анализира вътрешната среда се поставя въпроса какво е в състояние да бъде извършено в организацията. Този баланс между желанията и особено възможностите е основният въпрос, който получава отговор чрез анализа на средата.

От гледна точка на организационните граници всичко, което се намира в обхвата на ОЗТ структурата се счита за вътрешна среда, докато всичко извън нея се приема за външна среда. ОЗТ организацията е обвързана, съществува и се развива в макро-, мезо- и микро- среда. Макро- средата – външното за организацията пространство – е обобщение на икономическата, политическата, юридическата, социално-културната, физическата и институционална среди (диаграма 1). Мезо-средата – или още преходна или буферна зона между макро и микро средата – включва заинтересованите страни, външните за организацията експерти и консултанти и международните връзки и сътрудничество (диаграма 2). Специфичното за тази среда, в контекста на дейността на ОЗТ структурата, е възможността представителите ѝ да премишат в макро и микро- средата в зависимост от ролята, която е необходимо да изпълнят към даден момент на извършване на оценката. Микро- средата, вътрешното за организацията пространство, обхваща стратегията, йерархията в управлението, определянето на приоритетите, човешките ресурси, професионалната квалификация и умения на персонала, споделените ценности, разпространението и въздействието.



Диаграма 1. Външна макро-среда за ОЗТ организацията



Диаграма 2. Външна мезо- среда за ОЗТ организацията

Изграждането на капацитет и институционализирането започва от макро- средата с участието на правителство, министерство на здравеопазване, местни здравни власти или на друг изпълнителен орган, чрез отговорните за определянето на политики и вземане на решения в областта на здравеопазването. Друг възможен инициращ агент са изследователи в сферата на ОЗТ, чийто произход е мезо-средата, както и учредяването на международни консултативни комисии, които да подпомогнат страните със слаба институционализация да стартират ефективна национална стратегия. Възможно е и обединяване на представителите на макро- и мезо- средата в усилията им да изградят действаща национална ОЗТ агенция. Макро- средата се свързва с други два основополагащи, за стартиране на ОЗТ структура, елементи – законова рамка и финансиране. В настоящето изследване финансирането е посочено като основаната бариера пред изграждането на ОЗТ капацитет, т.е. успехът е силно обвързан със стратегията за финансиране, което в оптималния случай трябва да бъде от независими един от друг източници. Диверсификацията на паричния поток гарантира независимост на организацията от финансиращите институции, както и повишава прозрачността и качеството на доказателствата и резултатите на крайния ОЗТ продукт. Законната рамка се оформя от изпълнителната власт, в съответствие със здравните и социално-културни потребности на населението, което от своя страна гарантира контрол върху справедливото разпределение на оскъдните ресурси.

В глобален мащаб, през последните десетилетия,

областта на здравеопазването е силно динамична среда, която се характеризира с голям брой иновации. Здравните системи днес са системи на промените, в чиито обхват са все по-активни организации, които работят, за да ги адаптират към трансформиращата се среда. От началото на 21-ви век мултидисциплинарния подход за оценка на здравните технологии постига видима позиция и заема важно място в процеса на изготвяне на политики и вземане на решения в областта на здравеопазването. В редица сфери вече съществуват, а в други започва изграждането на капацитет и институционализирането на ОЗТ структури. Но според автори, които анализират организационната ефективност през 80-те г. на миналия век – структурата не е организация [9]. Същият авторски колектив разработва един от най-успешните и често прилагани модели за диагностика на ефективността на организациите, който гарантира координацията и балансирането на вътрешните оперативни дейности, необходими за успешното опериране на организацията. Тази теоретична рамка е известна под наименованието 7-S модел на МакКинси. Същността на модела е, че независимо от това, какви са промените в организацията, той може да се използва, за да се провери целостта и независимостта на различните организационни елементи, гарантирайки, че промените които стават на определено място са взети предвид навсякъде в организацията [9]. 7-S матрицата включва седем свързани фактора, които се категоризират като или „твърди“ – стратегия, структура, системи – или „меки“ – споделени ценности, умения, стил, персонал – елементи. „Твърдите“ елементи са по-лесни за оп-

ределяне и идентифициране и по-податливи на пряко влияние от страна на мениджмънта. Това са елементи като стратегическа нотификация, организационна диаграма и нива на правомощия, формални процеси и ИТ системи (информационни технологии). По-трудните за описване са „меките“ елементи, които не са толкова веществени и се влияят повече от културата. Въпреки това, тези елементи не са по-малко важни от „твърдите“, ако организацията иска да постигне успех. Взаимно свързаните фактори на 7-S модела на МакКинси са изобразени на диаграма 3 [9].



Диаграма 3. 7-S модел на МакКинси

Стратегията включва разработване на документ, посочващ начина, по който организацията следва да премине от настоящата си ситуация в желана бъдеща ситуация. Това е набор от критерии за вземане на решения и вече взети и приложени решения за окончателната и постоянна посока на дейността и структурата на организацията. Тя представлява планираното поведение в отговор на или за предвидени промени във външната среда.

Структура обхваща начинът, по който е изградена организацията, йерархията на правомощията. Проектирана е като база за специализация и координация на организацията. Влияе се от стратегията, размера и разнообразието на дирекции и отдели в организацията.

Системите са ежедневните дейности и процедури извършвани от служителите, за да се осигури изпълнението на нейните цели. Процедурите могат да бъдат формални, или неформални и те трябва да подкрепят стратегията.

Стил / култура – състои се от два компонента: организационна структура, която включва доминиращите ценности, убеждения и норми, които се развиват с течение

на времето и остават относително трайни и независими свойства от дейностите на организацията; и стил на мениджмънт, който обхваща начина, по който мениджърите общуват със служителите и прекарват времето си. Културата е важен елемент в изпълнението на всяка стратегия в организацията.

Човешки ресурси са служителите, индивидите и техните способности. Управлението на персонала е процес, който се използва за усъвършенстване на мениджърите, процес на специализация, начини за изграждане на система от ценности на управление, наемане на нови служители в организацията, управление на кариерата на служителя.

Уменията представляват компетенциите на служителите в организацията, или отличителните компетенции – какво прави организацията най-добре, начинът на разширяване или трансформиране на всички способности на организацията.

Споделени ценности дефинират „по-високите цели“ – основните ценности на организацията, които се коренят в културата и цялостната трудов етика. Поставени в центъра на модела се подчертава тяхното значение и влияние върху всички други елементи на организацията. Стратегията, системите, стилът, персоналът и уменията следват от идеята, която лежи в основата при основаването на организацията. Първостепенното виждане за съществуването на организацията представлява виждането на основателите за нейното съществуване и областта на развитието ѝ. Заедно с промените в ценностите, се променя и целия комплект елементи на организацията [9].

Моделът се базира на теорията, че за да бъде една организация успешна, тези седем елемента трябва да бъдат съгласувани и взаимно да се подсилват. Така че моделът може да се използва, за да се определи кои променливи трябва да бъдат променени, за да се подобрят общите резултати или как да се променят останалите, за да бъдат в съответствие с направена промяна на една [9].

Моделът е изключително подходящ за адаптиране към динамичния мултидисциплинарен профил на ОЗТ организацията, в която промени настъпват в различни моменти на различни нива, а за да се гарантира ефективна дейност е необходимо синхронизирането и хармонизирането на всички седем елементи. Хармонизацията е итеративен процес, с цел постигане на по-високо ниво на ефикасност в процес на изпълнение на стратегията на организацията, както и за постигане на целите, очертани в стратегията. Целта на ОЗТ организацията определя нейната същност – да информира здравната политика и да подпомага процеса на вземане на решение, по отношение на здравните технологии [10]. Структурата на ОЗТ организацията е разнородна: от големи сложни йерархични структури на национално равнище до частни фирми с ограничен брой наети



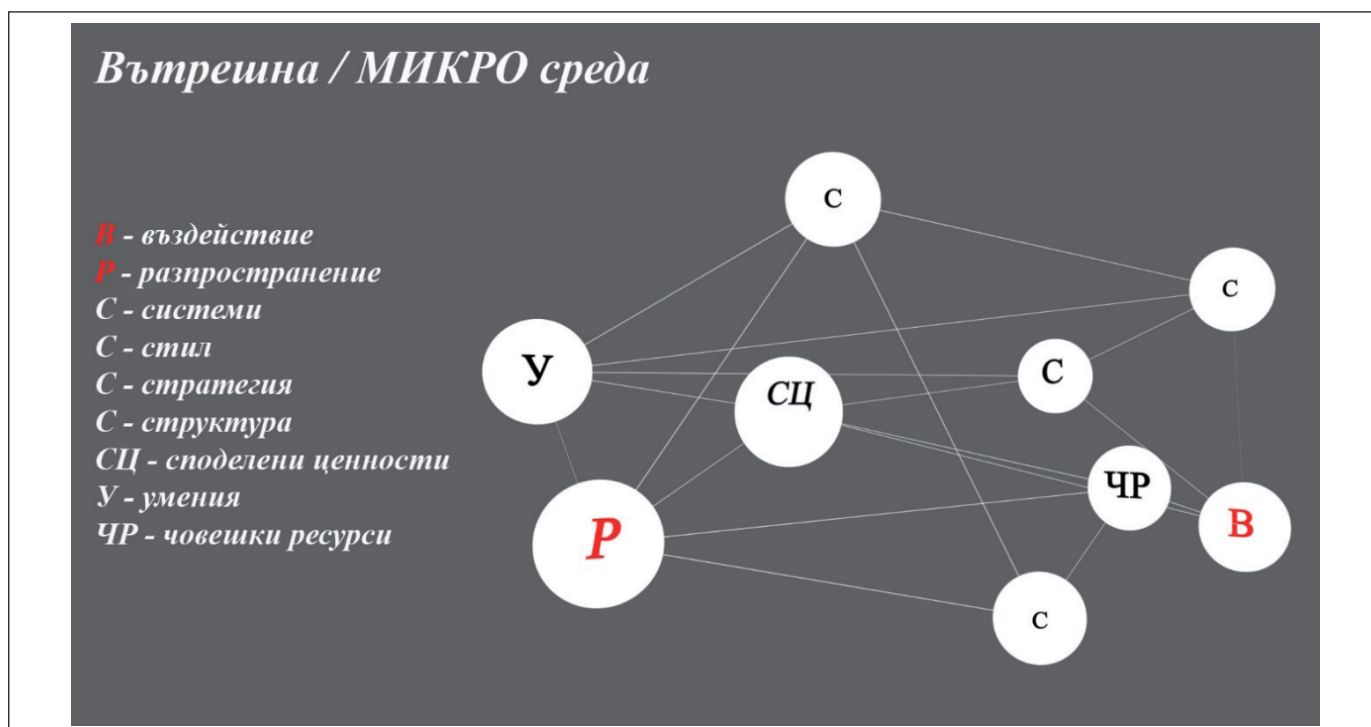
служители. Ежедневните дейности и процедури, извършвани от служителите основно са свързани с конкретиката на технологията подложена на оценка. Това е изключително динамична дейност, чието многообразие се дължи на множеството разнородни технологии и необходимостта от прилагането на индивидуален подход за оценка към всяка от тях. Стилът / културата е елементът, който в най-голяма степен е устойчив и възпроизвежда характеристиките, свойствени за по-голямата част от организациите в областта. Разбира се, всички организации имат свой отделен стил и култура на управление, който включва водещите ценности, убеждения и норми, които се развиват с течение на времето и остават относително трайни в организационния живот. Това обхваща и начина, по който мениджърите общуват със служителите и прекарват времето си. От друга страна, тъй като, целите и най-общо дейността на ОЗТ организациите е подобна и предвид съществуването на тесни между-организационни връзки на национално и международно ниво е логично стилът и културата също да са сходни. Човешките ресурси и техните умения бяха подробно разгледани и анализирани в изложението до тук, но отново може да се подчертае, че осигуряването на квалифицирани, макар и малко на брой, експерти в ОЗТ областта е ключово за цялостния успех на изграждането на капацитет и институционализирането на ОЗТ. Продължаващото обучение на персонала, както и обучението на нови служители вътре и извън организацията също е решаващо. В заключение, 7-S моделът на МакКинси е изключително подходящ и полезен за организиране и управление на активната среда на оценката

на здравни технологии и независимо от вида на промяната, в която и да е от бързо модифициращите се характеристики на елементите, той може да се използва, за да се разбере доколко организационните елементи са взаимосвързани, като по този начин се гарантира, че въздействие на промените, направени в един от елементите, е взето под внимание и резонира, настройвайки всички останали спрямо него. В допълнение към тези седем елемента ние добавихме още два специфични за ОЗТ дейността и организацията – разпространение и въздействие. Тези два елемента, вътрешни за организацията, са нейната връзка с мезо- и макро- средата. И така както се синхронизират с останалите седем елемента, така и се конфигурират според потребностите на външната среда (диаграма 4).

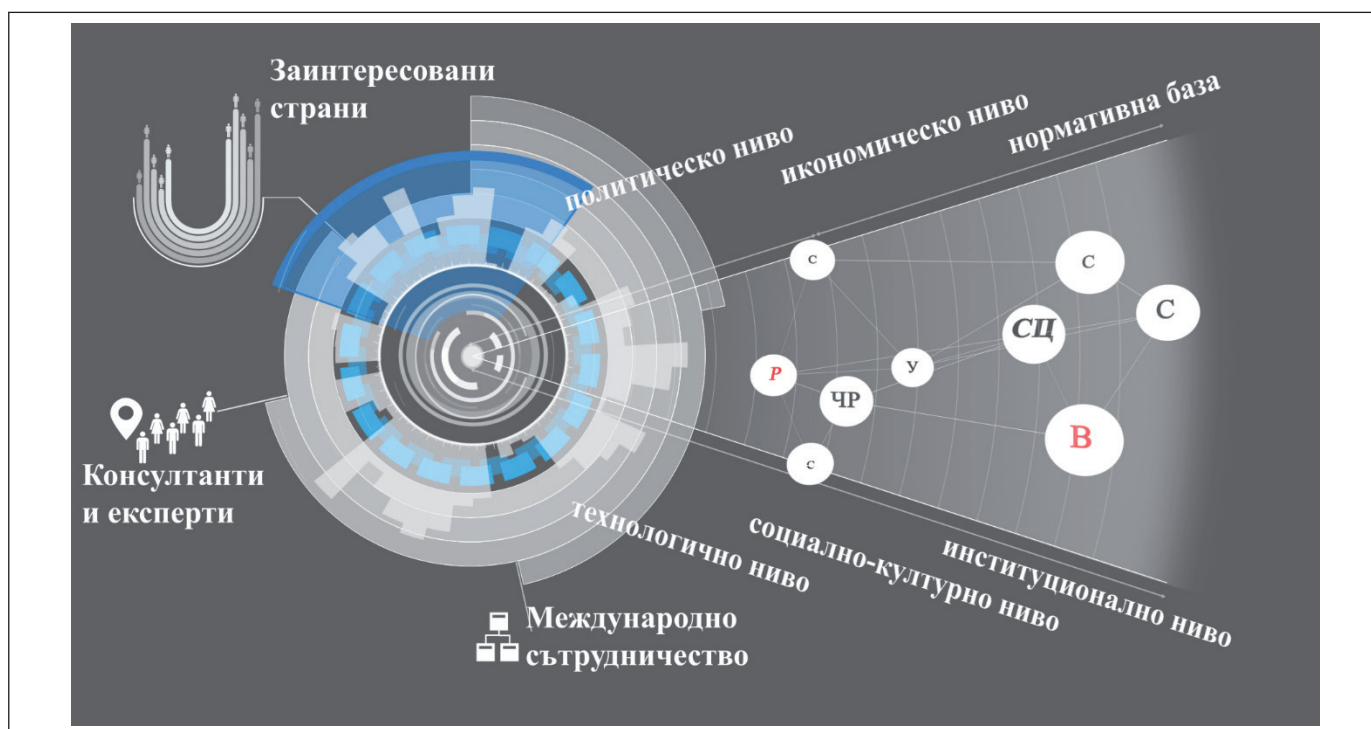
ОЗТ структурата не е автономен обект, напротив, нейното създаване, съществуване, дейност и крайни резултати са изцяло зависими от външната за организацията среда. Моделът, който представяме не е алгоритъм за изграждане на ОЗТ организация, а е динамична рамка, която интегрира трите взаимно свързани равнища – макро, мезо и микро (диаграма 5). С прилагането на итеративни и рекурсивни процеси е възможно постигането на баланс, синхронизирането и хармонизирането на дейностите и удовлетворяване на потребностите и на трите нива.

### Заклучение

Създаването на ОЗТ организация или стартирането на ефективна ОЗТ програма, която да информира ключови политически решения е амбициозна мисия. ОЗТ концепцията еволю-



Диаграма 4. Вътрешна микро- среда за ОЗТ организацията



**Диаграма 5. Динамичен интегративен модел за изграждане на капацитет и институционализиране на организация за оценка на здравни технологии**

ура и преминава през различни фази, но най-вече се усложнява поради изключително динамичния иновативен процес, който се наблюдава през последните 40 г. в областта на здравните технологии. В литературата не съществуват стандартни модели или подходи, поради големите разлики между страните / регионите – култура и ценности, здравни системи, организации на труда, обществени приоритети, управление и др. Всяка страна, регион и провинция е необходимо да открие своя собствена възможно най-ефикасна алтернатива, подходяща за здравния и организационен контекст, в който съществува. Друга възможна стратегия е използването на международен опит и експерти.

*Настоящата разработка е подкрепена от Министерство на образованието и науката по Националната програма за научни изследвания „Млади учени и постдокторанти“.*

#### Библиография:

1. WHO: Institutionalization of Health Technology Assessment. Geneva, 2001

2. EUnetHTA Work Package 8. EUnetHTA Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building. Barcelona (Spain): Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Catalan Health Service. Department of Health Autonomous Government of Catalonia, 2008
3. Hass M, Hall J, Viney R, Gallego G, Goodall S, Norman R, Van Gool K. A model for best practice HTA. Centre for Health Economics Research and Evaluation. Sidney (Australia): Faculty of Business. University of Technology, 2008
4. Glassman A, Chalkidou K: Priority-Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending, 2012
5. Doherty J: Effective Capacity-Building Strategies For Health Technology Assessment: A Rapid Review Of International Experience, 2015
6. World Health Organization: 2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities. Main findings, 2015.
7. Hawkins B, Parkhurst J: The “good governance” of evidence in health policy. Evidence & policy : a journal of research, debate and practice. 2016;12(4):575–592.
8. Li R, Hernandez-Villafuerte K, Towse A, et al. : Mapping Priority Setting in Health in 17 Countries Across Asia, Latin America, and sub-Saharan Africa. Health Systems & Reform. 2016;2(1):71–83.
9. Waterman RH, Peters TJ, Phillips JR (1980). Structure Is Not organization. Bus. Horiz., 23(3):14-26.
10. EUR-ASSESS. Introduction to the EUR-ASSESS Project. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 1997; 13:133–143.