

Dylematy oceny polityki zdrowotnej – przegląd piśmiennictwa międzynarodowego

Dilemmas in health policy assessment – international literature review

DOROTA CIANCIARA, JUSTYNA GRUDZIAŹ-SĘKOWSKA

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Wprowadzenie. Polityka zdrowotna stanowi zbiór decyzji i zobowiązań podjętych w celu przeprowadzenia działań ukierunkowanych na osiągnięcie celów związanych z poprawą zdrowia. Na jej kształt wpływa wiele, często sprzecznych czynników – konfliktów różnych wartości, potrzeb i możliwości. Stwarza to istotne problemy w sformułowaniu obiektywnych kryteriów, zgodnie z którymi powinna być przeprowadzana ocena tej polityki, jak również wskazaniu perspektywy takiej oceny.

Cel. Rozpoznanie, jakie postulaty dotyczące oceny polityki zdrowotnej zostały sformułowane w piśmiennictwie międzynarodowym.

Materiały i metody. Systematycznie przeszukano następujące bazy informacji medycznej: PubMed, ScienceDirect. Przeglądem objęte zostały 34 anglojęzyczne publikacje o zróżnicowanym charakterze, wśród których było dziewięć przeglądów systematycznych piśmiennictwa, z czego dwie prace posługiwały się tą metodą badawczą, jako jednym z elementów opisu zagadnienia oceny polityki zdrowotnej.

Wyniki. W treści poddanych ocenie publikacji stwierdzono występowanie odniesień do: potencjału (logistyki), wieloaspektowości, interdyscyplinarności oraz wielopoziomowości procesu oceny polityki zdrowotnej. Zidentyfikowano również szereg czynników mogących wywierać wpływ na ten proces (na jego przebieg lub rezultat). Wyniki przeglądu potwierdziły, że brak jest powszechnie przyjętych narzędzi oceny polityki zdrowotnej lub jej elementów składowych. Nie ma również pełnej zgodności, co do metodologii lub zasad dokonywania takiej oceny. Wspólnym mianownikiem proponowanych ujęć jest natomiast zalecenie przeprowadzania oceny polityk zdrowotnych w sposób całościowy (holistyczny). Wskazywano również na potrzebę wykorzystania dorobku nauk o polityce oraz powierzenia oceny podmiotom zewnętrznym.

Wnioski. Przeprowadzone badanie umożliwiło zidentyfikowanie listy zaleceń odnoszących się zarówno do organizacji procesu oceny polityk zdrowotnych, zakresu i metodologii ich przeprowadzania, proponowanych perspektyw badawczych, jak i konkretnych kryteriów oceny. Lista ta może stanowić punkt wyjścia w dyskusji nad narzędziem oceny polityki zdrowotnej o uniwersalnym zastosowaniu.

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, ocena polityki zdrowotnej, monitorowanie, ewaluacja

Introduction. Health policy is a set of decisions and commitments made in order to carry out actions aimed at achieving the objectives of health improvement. It is influenced by many often contradictory factors – conflicts of different values, needs and possibilities. This creates considerable problems when formulating objective criteria of evaluation of such policy as well as a right perspective for such an assessment.

Aim. To identify proposals concerning the assessment of health policy formulated in international literature.

Material & Method. The following literature databases were searched systematically: PubMed, ScienceDirect. The review covered the 34 English-language publications of various nature. Nine were systematic literature reviews, and another two referred to this method when describing the problem of health policies evaluation.

Results. The evaluated papers referred to various aspects of health policy evaluation, i.e.: its multi-dimensionality, interdisciplinary and multi-level nature, as well as ability (organizational conditions) to perform such an evaluation. The review also identified the number of factors that may influence this process (its course or outcome). The review results have confirmed that there are no widely accepted tools for the assessment of health policy or its components. Neither there is a full consensus about the methodology or principles for such an evaluation. However, the common denominator of the proposed approaches towards health policy evaluation was the recommendation of a holistic approach. The need to use achievements of political sciences and to entrust the assessment of the health policy to external entities were also pointed out.

Conclusion. The study has allowed to identify a list of recommendations relating to the organization, scope and methodology of the evaluation of health policies, as well as to the proposed research perspectives and specific criteria for such an evaluation. This list can serve as a starting point in the further debate on a universal health policy assessment tool.

Key words: health policy, health policy assessment, monitoring, evaluation

© Hygeia Public Health 2016, 51(3): 235-241

www.h-ph.pl

Nadesłano: 31.01.2016

Zakwalifikowano do druku: 01.09.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Justyna GrudziąŜ-Sękowska
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia
Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. 501 45 25 19, e-mail: jgrudziacz@cmkp.edu.pl

Wprowadzenie

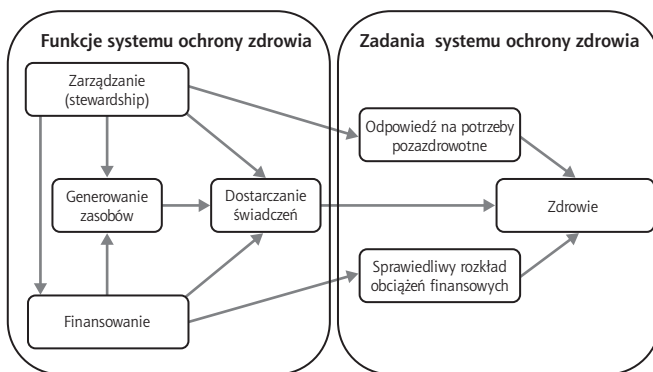
W syntetycznym ujęciu polityka zdrowotna (PZ – *health policy*), to zbiór decyzji i zobowiązań podjętych w celu przeprowadzenia działań ukierunkowanych na osiągnięcie celów związanych z poprawą zdrowia [1]. Starsze, formułowane pod koniec XX w. stanowiska przyjmowały, że PZ jest dokumentem, który jest składową krajowej polityki rozwoju i uwzględnia następujące elementy: a. cele działania oraz najważniejsze potrzeby zdrowotne, b. role i zadania podmiotów sektora prywatnego i publicznego związane z dostarczaniem oraz finansowaniem świadczeń, c. metody i narzędzia, które umożliwiają wykonanie zadań przez poszczególne podmioty, a także osiągnięcie złożonych celów. Dzięki takim elementom PZ łączy analizę problemu(-ów) z decyzjami o wykorzystaniu różnych zasobów oraz określa priorytety dla alokacji zasobów finansowych [2]. Nawet przy takim minimalistycznym ujęciu PZ nie służy tylko osiągnięciu konkretnych celów. Powinna być także rozumiana jako większy plan budowania potencjału i rozwoju organizacyjnego systemu zdrowia.

Aktualne koncepcje PZ obejmują znacznie szersze spektrum zagadnień. Uwzględnia się w nich m.in.: stworzenie nadrzędnego planu zdrowia, tworzenie etycznych podstaw działalności systemu zdrowia (*health system*, w Polsce częściej stosowane jest wyrażenie „system ochrony zdrowia”), zaangażowanie interesariuszy oraz grup społecznych (tzw. rządzenie interaktywne), analizę, ewaluację oraz modyfikację polityki [3].

Obecnie w większości krajów systemy ochrony zdrowia są uformowane pod względem strukturalno-instytucjonalnym oraz normatywnym, toteż nie ma potrzeby, aby w PZ określano szczegółowe role i zadania poszczególnych uczestników. Ważniejsze staje się wypracowanie porozumień, opisanie zasad współpracy wielosektorowej i wielopoziomowej wraz z etycznymi zasadami pracy. Ważniejsze jest przedstawienie długoterminowej wizji działania, niż celów krótko i średnioterminowych. Coraz częściej oczekuje się stworzenia podwalin do reakcji na przyszłe wyzwania, a nie tylko zaspokojenia bieżących potrzeb [4].

Współcześnie oczekuje się również, aby PZ pełniła funkcje informacyjne i edukacyjne w społeczeństwie obywatelskim.

Tworzenie i realizowanie PZ jest elementem zarządzania (*stewardship*) krajowym systemem zdrowotnym. Zarządzanie jest pierwszoplanową funkcją systemu i pokazuje to rangę PZ [5]:



Tworzenie i analiza polityk są uznawane za jedną z podstawowych umiejętności pracowników zdrowia publicznego [6, 7].

Sprostanie współczesnym wymaganiom stawianym przed PZ zależy w dużym stopniu od twórców polityk, ich wiedzy merytorycznej o problemie, umiejętności warsztatowych dotyczących tworzenia polityki, ale też zdolności wizjonerskich i animacyjnych. Ponieważ żadna polityka nie powstaje w kulturowej, społecznej, ekonomicznej i politycznej próżni, to wiele zależy również od takiego kontekstu oraz konieczności bilansowania kosztów i korzyści we wszystkich tych obszarach. W tworzeniu PZ mamy zatem do czynienia z pewnym konfliktem oczekiwań i ograniczeń.

Cel

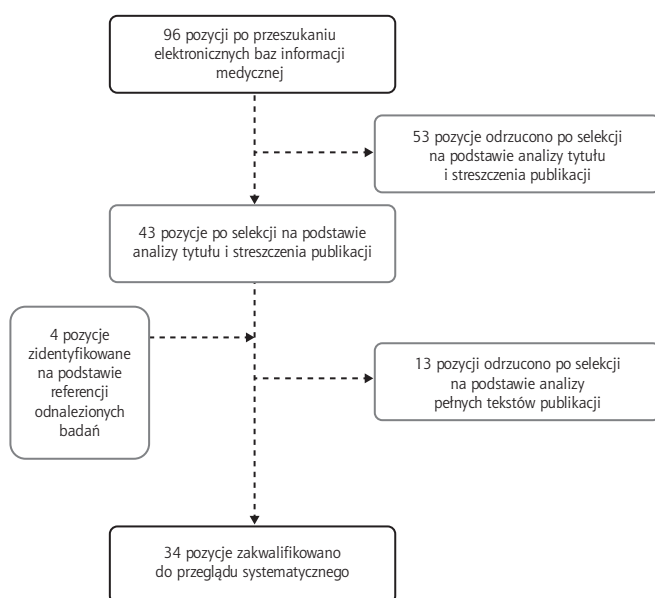
Konflikt oczekiwań i ograniczeń (potrzeb i możliwości) stwarza problemy w ocenianiu PZ, a zwłaszcza w sformułowaniu obiektywnych kryteriów, zgodnie z którymi powinna być przeprowadzana taka ocena. Kolejną trudnością w ocenianiu PZ jest punkt odniesienia, a więc perspektywa, z jakiej dokonuje się oceny. Czyje spojrzenie brać pod uwagę – polityków, administratorów, naukowców, profesjonalistów zdrowia publicznego, podmiotów realizujących, mediów czy organizacji społecznych i obywateli? Dlatego celem niniejszego badania było rozpoznanie, jakie propozycje odnośnie do analizy/oceny PZ zostały sformułowane w angielskojęzycznym piśmiennictwie międzynarodowym.

Materiały i metody

Postawiono następujące pytanie badawcze: Jakie wskazówki odnośnie do analizy/oceny PZ opisano w piśmiennictwie? W operacjonalizacji przyjęto, że przez wskazówki rozumie się problemy oraz propozycje analizy/oceny PZ. Przyjęto, że analiza polega na rozpoznaniu, uszczegółowieniu, a ocena na wartościowaniu. Zazwyczaj przeprowadzenie analizy poprzedza ocenianie, toteż nie rozdzielano tych dwóch procesów. W dalszej części opracowania używano wyłącznie określenia „ocena”.

W analizowanej literaturze podkreślano, że PZ podlega ocenie/może podlegać ocenie na każdym z etapów jej cyklu życia, tj. formułowania, wdrażania i oceny efektów. Dlatego też taki podział przyjęto w pracy.

Badanie prowadzono poprzez wyszukiwanie pozycji piśmiennictwa w bazach danych PubMed oraz ScienceDirect w okresie kwiecień-grudzień 2014 r. Do wyszukiwania użyto hasła *health policy*, zgodnie z MeSH 2014, gdzie PZ oznacza „decyzje, zazwyczaj podejmowane przez rządowych twórców polityk, których celem jest określenie obecnych i przyszłych celów w obrębie systemu opieki zdrowotnej”. Stosowano hasła: a. *health policy*, b. *health policy and framework*, c. *health policy and standards*, d. *health policy and strategy*, e. *health policy and evaluation*, f. *health policy and assessment*. Kryteriami wykluczenia publikacji ze zbioru były: brak wskazówek do oceny PZ, okres publikacji przed rokiem 2000, język publikacji inny niż angielski. Przebieg wyszukiwania artykułów spełniających kryteria przedstawiał się następująco:



Wyniki

Wyodrębniono 34 publikacje, które poddano jakościowej analizie treści. W analizie zawartości publikacji pod kątem problemów oceny PZ odnotowano i usystematyzowano poglądy autorów. Zakwalifikowane do przeglądu publikacje miały zróżnicowany charakter. Znalazło się wśród nich dziewięć przeglądów systematycznych piśmiennictwa, z czego dwie prace posługiwały się tą metodą badawczą, jako jednym z elementów opisu zagadnienia oceny PZ. Większość artykułów (20 prac) miała charakter teoretyczny, mniej było prezentacji wyników oceny realnej PZ (7 prac) oraz prac o charakterze mieszanym (7 prac). Jedynie

w 9 analizowanych artykułach zaproponowano gotowe narzędzia do oceny PZ, z tym jednak, że różniły się one pod względem swojej złożoności i szczegółowości. Pozostałe prace zawierały zasady oceny oraz opis warunków, które powinna spełnić ocena albo jej zakres.

Analizowane prace odnosiły się w większości do oceny już wdrożonej PZ, czyli oceny *ex post* (21 prac). Ocena PZ na etapie jej formułowania lub wdrażania była opisana w mniejszej liczbie artykułów (odpowiednio 16 i 6 prac). Przy czym niektóre prace obejmowały zagadnienia związane oceną PZ na więcej niż jednym z etapów cyklu życia PZ.

Wyodrębniono problemy (obszary problemów) związane z oceną PZ oraz określono stosowane przekroje oceny. Poszczególne publikacje mogły być przypisane do kilku grup albo do żadnej. Zastosowany podział treści nie wyczerpuje wszystkich wątków tematycznych wyselekcjonowanych publikacji i możliwych perspektyw analizy.

Wyodrębnione, najważniejsze problemy związane z oceną PZ dotyczyły:

- niskiego potencjału analitycznego władz publicznych
- atrybucji
- oczekiwania szybkich i spektakularnych efektów
- braku wsparcia *think-tanków*
- braku mechanizmów kontroli.

Ustalono, że zidentyfikowane podejścia do oceny PZ nie mają charakteru zupełnego, tj. nie odnoszą się do całości PZ (formy, treści, procesu, efektów). Zagadnienia związane z oceną PZ przedstawiano pod kątem wybranych aspektów, koncentrując się na jej poszczególnych elementach przedmiotowych lub podmiotowych. Stwierdzono następujące przekroje dokonywania oceny PZ:

- perspektywa
- założenia i podejścia do oceny PZ
- zakres tematyczny
- rodzaj danych
- podmiot dokonujący oceny.

Dyskusja

Problemy oceny PZ

W poddanej analizie literaturze zostały wskazane czynniki, które mogą wywierać niekorzystny wpływ na proces oceny PZ (na jego przebieg lub rezultat). Dotyczyły one kwestii potencjału wykonawczego (w tym umiejętności i motywacji) oraz kontekstu przeprowadzania oceny PZ. Były to:

1. brak wystarczającego potencjału analitycznego w organach władzy publicznej formułujących i wdrażających PZ. Gleeson i wsp. [8] stwierdzili, że wiedza i umiejętności pracowników oraz sposób działania organu odpowiedzialnego za tworzenie

- PZ warunkują skuteczność jej wdrożenia, w tym monitorowanie i ocenę
2. problem atrybucji (powiązania skutków z przyczyną). Jak stwierdzili Rosenbaum i Rubin [9], konieczność dokonywania oceny PZ po odpowiednio długim czasie wiąże się z ryzykiem niezauważenia lub marginalizowania oddziaływań innych niż dana PZ
 3. oczekiwanie szybkich, możliwie spektakularnych korzyści z wdrożenia PZ. Jak wskazali Gravelle i wsp. [10] cykl życia polityki jest z reguły bardzo długi. Dlatego często podejmuje się próby oceny przy wykorzystaniu bieżących danych, pomimo że nie oddają one rzeczywistych efektów długoterminowych ocenianej PZ
 4. brak wsparcia niezależnych *think-tanków* zajmujących się problematyką zdrowia [11]. Według Attanasio [12] podmioty niezależne od władzy publicznej powinny wspierać tworzenie PZ, a także dokonywać oceny jej skutków, ponieważ tylko taka ocena może być uznana za wiarygodną politycznie i naukowo
 5. istnienie nieformalnych procesów decyzyjnych, które przy braku transparentności w działalności organów władzy publicznej, a więc słabości mechanizmów demokratycznej kontroli nad ich działaniami, mogą prowadzić do decyzji nieoptymalnych, odzwierciedlających siłę określonych grup interesu [13]. Decyzje takie mogą dotyczyć w równym stopniu formułowania, wdrażania oraz ewaluacji PZ
 6. Bendor J i wsp. [14] oraz Cohen MD i wsp. [15] wskazali, że decyzje polityczne stanowią wynik splotu uczestników, szans i możliwości oraz problemów i rozwiązań
 7. według Cheung KK i wsp. [16] proces polityczny (decydowania politycznego) nie ma charakteru liniowego, nie jest racjonalny, obiektywny, zrównoważony ani analityczny.

Przekroje oceny PZ

Perspektywa

W publikacjach wskazano dwie zasadnicze perspektywy oceny PZ: 1. teoretyczno-naukową i 2. praktyczną. Wybór perspektywy może mieć decydujący wpływ na pozostałe elementy procesu oceny.

Teoretyczno-naukową perspektywę wskazali Cacace i wsp. [17]. W zależności od stanu wiedzy naukowej w danej dziedzinie ocena może mieć charakter: opisowy, objaśniający lub porównawczy. Odpowiednio polega to na: przedstawieniu PZ; analizie przyczyn i warunków, które wpływają na kształt ocenianej PZ; zestawieniu z rozwiązaniami zastosowanymi w innych politykach lub identycznego problemu w innym re-

gionie/państwie. Ten ostatni typ oceny jest stosowany przede wszystkim na etapie planowania PZ.

Perspektywę praktyczną podnosili natomiast Pohjola i wsp. [18]. Uznali, że ocena powinna dać odpowiedź na pytanie o skutki/oddziaływanie (*outcomes*) wdrożonej PZ, czyli o stopień, w jakim zrealizowano postawione cele. Według ich opinii ważne jest odróżnienie skutków od rezultatów (*outputs*) – wyników częściowych lub tymczasowych. Zasadność tego postulatu potwierdza obserwacja Williamsa i wsp., zgodnie z którą, szczególnie na poziomie lokalnym – podmiotów wdrażających politykę zdrowotną – dobór sposobów działania oparty jest często jedynie na ocenie ich kosztów i rezultatów (*outputs*), bez uwzględniania szerszego kontekstu systemowego i długofalowych skutków podejmowanych działań (jak to ma miejsce w przypadku oceny skutków – *outcomes*) [19].

Założenia i podejścia do oceny PZ

Stwierdzono, że w analizowanych publikacjach wystąpiły odniesienia do: potencjału (logistyki), wieloaspektowości, interdyscyplinarności oraz wielopoziomowości oceny.

Bennett i wsp. [11] oraz Kansagra i wsp. [20] podkreślili znaczenie właściwego przygotowania i organizacji oceny PZ. Stwierdzili, że podstawowe ustalenia na temat zakresu danych do oceny polityki powinny zapaść na etapie jej formułowania. Jest to szczególnie istotne z uwagi na potrzebę wykorzystywania wskaźników zdrowotnych. Według opinii Walt i wsp. [10], Waitzkin i wsp. [21] oraz Bhuyan i wsp. [22] proces oceny PZ można podzielić na następujące fazy: a. powołanie grupy eksperckiej, b. określenie parametrów oceny i oczekiwań wobec wyników (ich zastosowania), c. przygotowanie narzędzi badawczych z przewagą metod jakościowych, d. wybór kluczowych respondentów/informatorów, e. przeprowadzenie badania, f. zebranie i analiza wyników, g. rozpowszechnienie wniosków.

Wieloaspektowe podejście do oceny PZ proponowali Petticrew i wsp. [23]. Stwierdzili, że ocena nie może ograniczać się do analizy efektów/wskaźników zdrowotnych, ale powinna obejmować ocenę konceptualizacji interwencji. Prawidłowa ocena wymaga zatem opracowania również modelu logicznego PZ, co umożliwi identyfikację obszarów badania. Ocena ta powinna być przeprowadzona na dwóch poziomach: ogólnym (makro) i realizacyjnym (mikro). W przedstawionej przez Walt i wsp. w 1994 r. i nadal wykorzystywanej [10] koncepcji trójkąta polityki (*policy triangle framework*) postulowano natomiast, aby ocena obejmowała kontekst, zawartość polityki, proces oraz aktorów, czyli jednostki, grupy i organizacje. Hardy i wsp. [24] stwierdzili, że uwzględnienie lokalnych uwarunkowań wdrażania PZ stanowi konieczne uzu-

pełnienie podejścia opartego na *Evidence-based medicine* (EBM), umożliwiające korzystanie z najlepszej dostępnej wiedzy pochodzącej z systematycznych badań naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa [25].

Gilson i wsp. [26] wskazali na konieczność uwzględnienia dorobku nauk z zakresu polityki, władzy i procesów. Pomimo braku uniwersalnych narzędzi i metod mogących służyć kategoryzacji i ocenie polityk publicznych, opisująca je nauka – politologia – oferuje wiele koncepcji opisu i analizy procesu politycznego, które mogą być przydatne do oceny wybranych aspektów polityki zdrowotnej. W przypadku polityk zdrowotnych odnoszących się do węższych, specjalistycznych zagadnień (np. e-zdrowie) konieczne ma być sięgnięcie również po inne nauki (np. informatykę).

Waitzkin i wsp. [21] zaproponowali ocenę PZ na poziomie jednostki, społeczności i populacji, a Petticrew i wsp. [23] na poziomie ogólnym i realizacyjnym. Dixon i wsp. [27] postulowali włączenie do oceny podmiotów objętych realizowaną polityką i równoległe – nie objętych, a spełniających takie same warunki. Podejście wielopoziomowe było obecne również w zaproponowanym przez Bhuyan i wsp. [22] schemacie oceny wdrożenia PZ, który przewidywał odrębne badanie opinii podmiotów wdrażających politykę oraz decydentów politycznych.

Zakres tematyczny

W analizowanych publikacjach odnoszono się zarówno do przedmiotowego, jak podmiotowego zakresu oceny PZ. Główne propozycje dotyczyły oceny kontekstu (tło społeczno-kulturowe, polityczne, prawno-ekonomiczne) oraz potencjału (umiejętności, interaktywność procesu). Ponadto sygnalizowano, aby przy ocenie PZ mieć odpowiedni punkt odniesienia.

Buse [13] sugerował, aby ocena obejmowała zjawiska wynikające z kontekstu społeczno-politycznego, w tym szanse i zagrożenia dla realizacji PZ. Zwrócił też uwagę na potrzebę oceny formalnych i nieformalnych procesów decyzyjnych, a także działalności różnych grup interesu – celów ich działania, stanowisk, determinacji i zaangażowania oraz rzeczywistego wpływu na PZ.

Gleeson i wsp. [8] postulowali, aby w zakresie oceny mieściło się zagadnienie budowy zdolności analitycznych i decyzyjnych podmiotów kreujących PZ. W wyniku przeglądu literatury z zakresu zarządzania publicznego ustalili bowiem, że odpowiedni potencjał analityczny organu władzy publicznej jest koniecznym warunkiem skuteczności polityk publicznych. Podobne stanowisko zajęła Graham [4] twierdząc, że zdolności analityczne mają związek z trafnym określaniem celów i narzędzi aktualnych i przyszłych PZ.

Kolejne stanowisko dotyczyło oceny PZ w kontekście tzw. zarządzania interaktywnego. Downs i wsp. [28], Gavriilidis i wsp. [29] oraz Kenny i wsp. [30] wskazali na potrzebę oceny upodmiotowienia (*empowerment*) i aktywizacji osób, do których adresowana jest PZ. Podkreślali pozytywny wpływ zaangażowania społeczeństwa na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia.

Odnotowano też głosy związane z punktem odniesienia oceny. Zdaniem Dixona i wsp. [27] właściwa ocena PZ wymaga uwzględnienia perspektywy podmiotów nie objętych zakresem ocenianej polityki. Natomiast Attanasio [12] stwierdził, że efekty wdrożenia PZ mogą być ocenione jedynie przez zestawienie ich ze stanem braku takiej PZ (przy zachowaniu innych warunków możliwie niezmienionych). Marmor i Wendt [31] zwrócili zaś uwagę, że należy wyraźnie oddzielić badania nad PZ od badań, których przedmiotem jest system ochrony zdrowia.

Rodzaj danych

Do oceny PZ autorzy postulowali wykorzystanie różnorodnych metodologii, obejmujących zarówno sformalizowane zasady przeprowadzania badań klinicznych z grupą kontrolną [27], jak i mniej rygorystyczne podejścia z zakresu politologii i nauk o zarządzaniu publicznym [22, 26, 32, 33].

Podmiot dokonujący oceny

Zwraca uwagę, że w analizowanych publikacjach zalecano przede wszystkim tzw. zewnętrzną ocenę PZ (*external evaluation*). Buse [13] postulował, aby oceny dokonywał podmiot zewnętrzny wobec organów władzy publicznej i innych podmiotów zaangażowanych w formułowanie oraz wdrażanie ocenianej polityki. W opinii Gleeson i wsp. [8] za takim rozwiązaniem przemawiał przede wszystkim brak przygotowania podmiotów publicznych do przeprowadzania badań oceniających skomplikowane polityki publiczne oraz zależność oceniającego od decydentów, realizatorów lub adresatów ocenianej PZ.

Ponadto, w odniesieniu do podmiotów oceniających wdrożenie PZ, Bennett i wsp. [11] wskazali na konieczność zapewnienia im odpowiednich warunków funkcjonowania, wyrażających się: a. stabilnym finansowaniem działalności (zróżnicowanie źródeł finansowania), b. promowaniem niezależności i ciągłości badań (niezależne rady programowe, wieloletnie plany działalności) oraz c. zaangażowaniem w proces decyzyjny na wczesnym etapie (uwzględnianie potrzeby badania w planach interwencji zdrowotnych).

Istnienie odpowiedniego zaplecza analitycznego wskazywane jest zarówno jako warunek formułowania efektywnej PZ, jak i jej oceny. Budowa zdolności

analitycznych może przy tym stanowić jedno z działań towarzyszących wdrażaniu PZ lub wręcz jeden z elementów samej PZ [11].

Wnioski

Analiza publikacji wskazuje, że brak jest powszechnie przyjętych narzędzi oceny polityki zdrowotnej lub jej elementów składowych. Nie ma również zgodności, co do metodologii lub zasad dokonywania takiej oceny [8].

Podstawowym problemem oceny PZ jest, powszechnie akcentowana, złożoność procesów związanych z formułowaniem, wdrażaniem i wreszcie oceną PZ. Szczególne trudności wiążą się z próbą oceny procesu formułowania (określenia celu i wyboru narzędzi) oraz wdrażania polityki zdrowotnej. Wynika to z politycznego charakteru tych etapów i składających się nań szeregu interakcji pomiędzy różnymi instytucjami, interesami i ideami [10, 14-16].

Można jednak stwierdzić, że wspólnym mianownikiem proponowanych ujęć jest ogólne zalecenie oceny PZ w sposób całościowy (holistyczny) – jako jednej z wielu polityk publicznych, bez akcentowania jej odrębności i rozczłonkowania jej na poszczególne wycinki (polityki szczegółowe) [34, 35].

Z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa wynikają następujące zalecenia:

1. ocena PZ powinna być wieloaspektowa (w zakresie uwzględnianych w ocenie PZ czynników) oraz interdyscyplinarna (w zakresie doboru metod przeprowadzania oceny);

2. oceną należy obejmować każdy etap cyklu życia PZ (formułowanie, wdrażanie i ocenę);
3. sposób przeprowadzania oceny PZ (w szczególności jej rezultatów) oraz zakres niezbędnych w tym zakresie danych winny być ustalone już na etapie formułowania PZ;
4. ocena PZ powinna uwzględniać różne perspektywy (decydentów, realizatorów, adresatów oraz wszystkich innych grup interesariuszy);
5. do oceny efektów PZ należy brać pod uwagę jej długofalowe skutki (*outcomes*);
6. ocena efektów PZ musi opierać się na analizie danych ilościowych oraz jakościowych (stosowanych w przypadku braku lub nieadekwatności opisu za pomocą danych ilościowych);
7. warto, aby ocena dokumentu PZ obejmowała zarówno jego strukturę, treść, jak i okoliczności jego powstawania (tzw. *pre-policy*), w celu ustalenia kontekstu powstania i wdrożenia ocenianej PZ;
8. ocena struktury i treści dokumentu PZ powinna obejmować: a. wszechstronność i kompleksowość analizy problemu; b. naukowe podstawy, adekwatność i adaptowalność proponowanych rozwiązań; c. opis zdolności analitycznych, realizacyjnych i decyzyjnych (*capacity building*); d. sposób gromadzenia informacji na potrzeby monitoringu i ewaluacji oraz e. upodmiotowienie realizatorów i adresatów (*empowerment*);
9. ocenę PZ winien przeprowadzać podmiot niezależny (na płaszczyźnie kadrowej, finansowej i programowej/badawczej);
10. należy upowszechniać wyniki ocen PZ.

Piśmiennictwo / References

1. WHO. Health Topics. Health Policy. [http://www.who.int/topics/health_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/http://www.who.int/topics/health_policy/en/) (13.12.2015).
2. Cassels A. A guide to sector-wide approaches for health development. WHO/DANIDA/DFID/European Commission, Geneva 1997 (unpublished document WHO/ARA/97.12).
3. WHO. Pathways to Health System Performance Assessment, Copenhagen 2012.
4. Graham H. Where Is the Future in Public Health? *Milbank Q* 2010, 88(2): 149-168.
5. The world health report. 2000. Health systems: improving performance. WHO, Genewa 2000: 25. http://who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 (13.12.2015).
6. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals Revisions Adopted June 2014: 7-10. http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf (13.12.2015).
7. Public Health Agency of Canada. Core competencies for public health in Canada. Release 1.0, 2008: 18-19. <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf> (13.12.2015).
8. Gleeson DH, Legge DG, O'Neill D. Evaluating health policy capacity: Learning from international and Australian experience. *Aust New Zealand Health Policy* 2009, 6: 3.
9. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001, 55(2): 111-122.
10. Walt G, Shiffman J, Schneider H, et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan* 2008, 23(5): 308-317.
11. Bennett S, Corluca A, Doherty J, et al. Approaches to developing the capacity of health policy analysis institutes: a comparative case study. *Health Res Policy Syst* 2012, 10: 7.
12. Attanasio OP. Evidence on public policy: Methodological issues, political issues and examples. *Scand J Public Health* 2014, 42(13 suppl): 28-40.

13. Buse K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. *Health Policy Plan* 2008, 23(5): 351-360.
14. Bendor J, Moe TM, Shotts KW. Recycling the garbage can: an assessment of research program. *Am Polit Sci Rev* 2001, 95(1): 169-190.
15. Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage can model of organizational choice. *Adm Sci* 1972, 17(1): 1-25.
16. Cheung KK, Mirzaei M, Leeder S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Aust Health Rev* 2010, 34(4): 405-413.
17. Cacace M, Ettelt S, Mays N, Nolte E. Assessing quality in cross-country comparisons of health care systems and policies: towards a set of generic quality criteria. *Health Policy* 2013, 112(1-2): 156-162.
18. Pohjola MV, Pohjola P, Tainio M, Tuomisto JT. Perspectives to Performance of Environment and Health Assessments and Models-From Outputs to Outcomes? *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10(7): 2621-2642.
19. Williams I, McIver S, Moore D, Bryan S. The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation. *Health Technol Assess* 2008, 12(7): 1-192.
20. Kansagra SM, Farley TA. Public Health Research: Lost in Translation or Speaking the Wrong Language? *Am J Public Health* 2011, 101(12): 2203-2206.
21. Waitzkin H, Schillaci M, Willging CE. Multimethod Evaluation of Health Policy Change: An Application to Medicaid Managed Care in Rural State. *Health Serv Res* 2008, 43(4): 1325-1347.
22. Bhuyan A, Jorgensen A, Sharma S. Taking the Pulse of Policy: The Policy Implementation Assessment Tool. Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order I. Washington DC 2010.
23. Petticrew M, Eastmure E, Mays N, et al. The Public Health Responsibility Deal: how should such a complex public health policy be evaluated? *J Public Health (Oxf)* 2013, 35(4): 495-501.
24. Hardy LJ, Bohan KD, Trotter RT. Synthesizing Evidence-Based Strategies and Community-Engaged Research: A Model to Address Social Determinants of Health. *Public Health Rep* 2013, 128(suppl 3): 68-76.
25. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. *BMJ* 1996, 312: 71.
26. Gilson L, Buse K, Murray SF, Dickinson C. Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. *Health Policy Plan* 2008, 23(5): 291-293.
27. Dixon BE, Zafar A, Overhange JM. A Framework for evaluating the costs, effort, and value of nationwide health information exchange. *J Am Med Inform Assoc* 2010, 17(3): 295-301.
28. Downs TJ, Larson HJ. Achieving Millennium Development Goals for Health: Building Understanding, Trust and Capacity to Respond. *Health Policy* 2007, 83(2-3): 144-161.
29. Gavriilidis G, Östergren PO. Evaluating a traditional medicine policy in South Africa: phase 1 development of a policy assessment tool. *Glob Health Action* 2012, 5: 17271.
30. Kenny A, Hyett N, Sawtell J, et al. Community participation in rural health: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2013, 13: 64.
31. Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy* 2012, 107(1): 11-20.
32. Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health* 2005, 119(3): 192-196.
33. Macinko J, Silver D. Improving State Health Policy Assessment: An Agenda for Measurement and Analysis. *Am J Public Health* 2012, 102(9): 1697-1705.
34. Burris S, Wagenaar AC, Swanson J, et al. Making the case for laws to improve health: a framework for public health law research. *Milbank Q* 2010, 88(2): 169-210.
35. Chriqui JF, O'Connor JC, Chaloupka FJ. What gets measured, gets changed: evaluating law and policy for maximum impact. *J Law Med Ethics* 2011, 39(s1): 21-26.